

2.8 Коечный фонд офтальмологической службы Алтайского края

Первые специализированные глазные койки в Алтайской губернии появились на рубеже веков, когда в 1902 году была открыта Барнаульская городская больница на 50 коек и в составе больницы было глазное отделение, в разные годы – на 5 – 10 коек. Заведовал больницей основатель известной в Алтайском крае династии врачей Смирновых – Смирнов Александр Иванович. Он был разносторонним специалистом, в том числе курировал больных с глазной патологией.

В 1905 году начала работать первая частная бесплатная глазная клиника на 15 коек в г. Бийске, которую основал и содержал на свои средства так же родоначальник большой династии врачей, в том числе – врачей-офтальмологов в Алтайской и Новониколаевской губерниях (Алтайском крае и Новосибирской области) – Чехов Пётр Андреевич, по некоторым данным – дальний родственник известного русского писателя Антона Павловича Чехова. После второго прихода Советской власти на Алтай, в 1919 году клиника была национализирована, а в 1920 году – закрыта, в связи с отсутствием средств на её содержание.

В 1921 году Барнаульская уездная больница была расширена до 400 коек и в её составе было развёрнуто полноценное офтальмологическое отделение на 20 коек; руководил отделением известный и единственный в то время на Алтае врач, имевший клиническую подготовку по офтальмологии в течение 3-х лет на базе глазной клиники Томского университета (по современным понятиям – клиническая ординатура) - Баталин Александр Хрисанфович; он активно оперировал, в том числе катаракту, глаукому, травму глаза. Доктор Баталин А.Х. в течение нескольких лет был главным врачом Барнаульской уездной больницы, совмещая руководящую работу с лечебной. В зависимости от наплыва больных, иногда количество глазных коек в больнице увеличивалось до 50. Ординатором в глазном отделении был Киркинский Михаил Павлович, так же из большой династии известных в Барнауле начале XX века врачей.

К началу 1930-х годов среднегодовое число глазных коек в уездной больнице установилось на уровне 25.

Помимо чисто стационарных офтальмологических коек, в то время периодически развёртывались временные глазные койки в местах расположения передвижных глазных отрядов. Нам известно о работе таких отрядов, возглавляемых окулистами Чеховым Петром Петровичем, Мицкевичем, Чепуриным Н.С., Кайбышевым Ханафи Галеевичем. Число коек составляло от 3-х

до 10, госпитализировались на них больные, в основном, только для проведения глазных операций, в том числе по поводу катаракты и для хирургической коррекции осложнённых форм трахомы.

Именно начало организованной борьбы с трахомой дало толчок к развитию сети офтальмологических коек, в первую очередь – за счёт коек в трахоматозных диспансерах.

В 1935 году организуется Барнаульский городской противотрахоматозный диспансер со стационаром на 40 коек (главный врач – Кукис Анна Исаевна), в 1935 году – Троицкий районный трахоматозный диспансер на 20 коек (главный врач Улисов Леонид Евгеньевич), в 1949 году Барнаульский детский дом № 6 перепрофилирован в Барнаульскую трахоматозную детскую больницу на 75 коек (начальник больницы Попова Елена Сергеевна), в том же 1949 году в Барнауле организована Детская трахоматозная больница № 5 на 100 коек (заведующая больницей Кузнецова Мария Ивановна), в 1950 году в г. Камне на базе детского дома для эвакуированных из Ленинграда детей открыта Детская трахоматозная больница № 2 на 75 коек (начальник больницы Доброскокова Антонина Терентьевна), в 1951 году открыта Детская трахоматозная больница № 1 в Славгороде на 70 коек (главный врач – Чашина Валентина Ивановна), в 1956 году открыт Каменский трахоматозный диспансер на 25 коек. Таким образом, к исходу 1950-х годов только специализированных глазных коек для лечения больных трахомой в Алтайском крае было 405 (85 в трахоматозных диспансерах и 320 – в специализированных детских трахоматозных домах).

В 1950 году председателем Комитета по здравоохранению Алтайского крайисполкома тов. Воронцовым был утверждён «Комплексный план общесанитарных мероприятий Краевого трахоматозного диспансера по оздоровлению населения от трахомы», подготовленный главным врачом диспансера Кукис Анной Исаевной. Согласно этому плану, в течение января 1951 года лечебному сектору крайздрава и заведующим горздравотделами предписано «в городах края выделить специализированные койки... на базе городских объединённых больниц: в гор. Барнауле – 18 коек, Бийске – 15 коек, Рубцовске – 15 коек, Камне – 10 коек.

... В целях расширения стационарной глазной помощи развернуть 80 постоянных и 80 временных трахоматозных коек на базе участковых больниц (приложение № 2 к Плану)».

Приложение № 2.

Постоянные трахоматозные койки

№	Название	Число	Развертыван
---	----------	-------	-------------

	района	коек в больнице	ие коек
1	Алтайский	50	10
2	Благовещенски й	42	5
3	Зональный	25	5
4	Косихинский	45	5
5	Петропавловск ий	15	3
6	Родинский	55 (?) 50	7
7	Сорокинский	75	10
8	Сростинский	35	5
9	Чарышский	35	5
10	Шарчинский	43	5
11	Г-Алтайская А.О.	170	20
	ИТОГО		80 коек

Временные трахоматозные койки

№	Название района	Число коек в больнице	Развертыван ие коек
1	Грязнухинский	35	3
2	Завьяловский	60	10
3	Крутихинский	35	3
4	Краснощёковски й	30	3
5	Кулундинский	23	2
6	Романовский	25	5
7	Ребрихинский	10	3
8	Солонешенский	35	5
9	Топчихинский	50	5
10	Хабарский	60	6
11	У-Калманский	30	3
12	Шипуновский	50	5
13	Мамонтовский	50	5
14	Ключевской	55	5
15	Баевский	55	7
16	У-Пристанский	55	8
	ИТОГО		80 коек

Трахоматозные – постоянные и временные койки, согласно данному плану, дополнительно к штатному числу коек вводились в районных больницах.

Помимо того, к оказанию стационарной помощи больным трахомой была привлечена обширная сеть участковых больниц. Так, в том же 1951 году для стационарного лечения больных с тяжёлым, упорным течением трахомы, в крае было дополнительно развёрнуто 1200 (!!!) коек на базе участковых больниц (так называемые «развёрнутые койки»). Число «развёрнутых коек» ежегодно утверждалось отдельным приказом Крайздрава; в разные годы, вплоть до конца 1950-х годов, оно составляло от 300 и более коек (Гос. архив АК, 1376, опись 2, св. 1, дело № 8, Лист 48.).

Таким образом, с учетом всех коек в трахоматозных диспансерах, основных и дополнительных коек в районных больницах, «развёрнутых коек» в участковых больницах, в наиболее активном 1951 году для оказания стационарной помощи больным трахомой в Алтайском крае было выделено около 1800 (!!!) стационарных коек.

По мере сокращения числа больных активными формами трахомы, соответственно, сокращалась и сеть трахоматозных коек. К 1960 году отпала необходимость специализированных трахоматозных койках в районных больницах и «развёрнутых» - в участковых больницах.

Сеть специализированных стационарных учреждений для борьбы с трахомой (трахоматозные диспансеры Краевой, Троицкий, Каменский, а также трахоматозные детские дома № 5 и № 6 в Барнауле) было решено сохранить до полной ликвидации этого заболевания в крае.

Помимо специализированных трахоматозных, параллельно развивалась сеть «общеглазных» коек. Так, на конец 1960 года коечный фонд офтальмологической службы края составлял всего 454 койки (без учета специализированных детских трахоматозных больниц), из них – в городах и рабочих посёлках – 267, в сельской местности - 187

Структура офтальмологического коечного фонда выглядела следующим образом:

Офтальмология		
Коечный фонд (города, р/посёлки), 1960 год		
Город, Р/п	ЛПУ	Число коек
Краевые	ККБ	30
	КПТД	40
Барнаул	Б-ца котлозавода	20

Бийск	ГБ № 3	15
	ГБ № 4	5
Камень	Тр. диспансер	30
Рубцовск	АТЗ	30
Славгород	Гор. больница	20
Чесноковк а	Гор. больница	5
Г-Алтайск	Областная б-ца	25
Б-Исток	ЦРБ	3
Локоть	ЦРБ	10
Поспелих а	ЦРБ	5
Сорокино	Тягун	2
	Заринская	2
Тальменк а	ЦРБ	5
Троицкое	Тр. диспансер	20
Итого		267

Офтальмология			Офтальмология		
Коечный фонд (сельские койки), 1960 год			Коечный фонд (сельские койки), 1960 год		
Район	ЛПУ	Число коек	Район	ЛПУ	Число коек
Алтайский	ЦРБ	2	Петропавловский		2
Баевский	ЦРБ	2	Ребрихинский		3
Белоглазовский*	ЦРБ	2	Родинский		2
Благовещенский	ЦРБ	3	Романовский		2
Бурлинский	ЦРБ	5	Славгородский	ЦРБ	3
Быстро- Истокский	ЦРБ	2		Некрасово	3
Волчихинский	ЦРБ	2	Смоленский		4
Грязнухинский*	ЦРБ	2	Солонешенский		2
Егорьевский	ЦРБ	3	Солтонский		2
Ельцовский	ЦРБ	2	Сорокинский*	ЦРБ	3
Завьяловский	ЦРБ	2		Хмелёвка	2
Залесовский	ЦРБ	3		Афанас.	2
Знаменский*	ЦРБ	2		Салаир	2
	Орлово	3		Н-Копылово	2
Зональный	ЦРБ	2	Старо_Бардински й*	ЦРБ	2
	Усятка	2		Сростки	2
Калманский		2	Суетский	ЦРБ	2
Каменский		2	Табунский	ЦРБ	2
Ключевской	ЦРБ	3	Тальменский	Анисимово	2
	Целинное	2		Зайцево	2

Косиха	ЦРБ	3	Тогульский	ЦРБ	2
	Налобиха	2	Топчихинский	ЦРБ	3
	Бобровка	2	Третьяковский	ЦРБ	2
Краснощековский	ЦРБ	2	Троицкий	ЦРБ	2
	Березовка	2	Тюменцевский	ЦРБ	3
Краюшкинский*	Озёрки	3	Угловский	ЦРБ	3
	Повалиха	4	Усть-Калманский	Чарыш	2
Крутихинский	ЦРБ	2		Бураниха	2
Кытмановский	ЦРБ	3	Усть-пристанский	ЦРБ	2
Локтевский	ЦРБ	3	Шарчинский*	ЦРБ	2
Мамонтовский	ЦРБ	3		Корчино	2
Марушинский*	ЦРБ	2	Шелаболихинский	ЦРБ	2
	Маруш.УБ	2	Шипуновский	ЦРБ	2
Михайловский	ЦРБ	3	Яминский*	Овсянник.	2
Новичихинский	ЦРБ	3	Горно-Алт. АО		19
Панкрушихинский	ЦРБ	3	Всего село		187
Парфёновский	ЦРБ	2	Всего город и р/п		267
			Всего край		454
Белоглазовский район - упрощён в 1963 году, территория передана в Шипуновский район.					
Грязнухинский район - в 1960 году переименован в Советский район.					
Знаменский район - упразднен в 1963 г., территория передана в Хабаровский район.					
Краюшкинский - упразднен в 1963 г., переименован в Первомайский район.					
Марушинский район - упразднен в 1963 г., территория передана в Целинный район.					
Парфёновский район - упразднен в 1963 г, терр-я передана в Топч., Алей., Ребрих. р-ны.					
Сорокинский район - в 1979 году переименован в Заринский.					
Старо-Бардинский район - в 1960 г переименован в Красногорский район					
Шарчинский район - упразднен в 1963 году, территория передана в Ребрихинский р-н.					
Яминский район - в 1960 году переименован в Целинный район.					

В 1950 – 1970-е годы за счёт открытия новых офтальмологических отделений и перепрофилирования учреждений противотрахоматозного профиля произошло существенное увеличение числа «общеглазных» коек. Практически, ежегодно происходило открытие, расширение или реорганизация офтальмологических отделений края.

1954 год - открыто офтальмологическое отделение на 20 коек в г. Славгороде (заведующий отделением Мацедонский М.А., врач-ординатор Чепан Р.Э.);

1958 год - открыто офтальмологическое отделение на 30 коек в Краевой клинической больнице (заведующая – Рубанова Галина Владимировна);

1961 год - открыто Городское офтальмологическое отделение на 45 коек при МСЧ КХВ (Завода № 521) (заведующая – Лебедева Людмила Фёдоровна);

1962 год – на базе хирургического отделения Городской больницы № 1 г. Рубцовска выделены 10 офтальмологических коек (врач-офтальмолог – Пушенко Виолетта Яновна);

1963 год – открыто офтальмологическое отделение на 30 коек на базе Городской больницы № 4 г. Бийска (заведующая – Весельева Лидия Григорьевна);

1964 год - Троицкий трахоматозный диспансер, имевший стационар на 20 коек, перепрофилирован в глазное отделение районной больницы той же мощности, (заведующая – Овсянникова Людмила Георгиевна);

1965 год – детская трахоматозная больница № 6 реорганизована в Алтайскую краевую детскую офтальмологическую больницу на 75 коек (начальник больницы – Попова Елена Сергеевна);

1966 год – офтальмологическое отделение МСЧ КХВ расширено до 60 коек;

1967 год – открыто офтальмологическое отделение на базе Детской городской больницы № 7 г. Барнаула на 30 коек (заведующая – Житкова Зоя Ивановна); отделение функционировало до 1992 года;

1969 год – открыто офтальмологическое отделение на 40 коек в г. Рубцовске при МСЧ АТЗ (Городская больница № 3), (заведующая – Пушенко Виолетта Яновна);

1969 год – офтальмологическое отделение Краевой клинической больницы расширено с 60 до 70 коек;

1976 год – открыто офтальмологическое отделение на 20 коек при городской больнице г. Новоалтайска; в течение многих лет отделением заведовал Хмара Валерий Григорьевич;

1987 год – Каменский трахоматозный диспансер реорганизован в офтальмологическое отделение при Каменской ЦРБ (заведующая – Мартин Зинаида Григорьевна);

1988 год – открыты два офтальмологических отделения по 60 коек каждое: № 1 - микрохирургии глаза (заведующая – Еврасова Светлана Фёдоровна) и № 2 – неотложной офтальмологической помощи (имеет статус краевого офтальмотравматологического центра), (заведующая – Степанова Зоя Павловна) при Городской больнице № 8 г. Барнаул;

1991 год – в связи с полной ликвидацией трахомы и её отдалённых последствий в Алтайском крае издан приказ об организации Краевой офтальмологической больницы путём слияния Краевого противотрахоматозного диспансера и Алтайской краевой детской офтальмологической больницы, мощностью 200 коек, из них детских – 120 (главный врач – Тарасов Геннадий Михайлович); фактически больница начала принимать больных в декабре 1992 года;

1994 год – открыто офтальмологическое отделение на 30 коек при Узловой больнице на станции Алтайская (заведующий Белянов Валерий Анатольевич); отделение просуществовало до 1999 года.

По мере формирования сети офтальмологических коек, сосредоточенных на базе специализированных отделений и больниц, постепенно ликвидировались офтальмологические койки при городских и сельских больницах; в числе последних были упразднены глазные койки в Егорьевской и Локтевской ЦРБ в начале 2000-х годов.

Таким образом, к началу 2000-х годов в Алтайском крае была сформирована стабильная работоспособная сеть офтальмологических подразделений, насчитывающая 600 коек круглосуточных стационаров, в том числе – 147 детских. По данным годового отчета за 2000 год, работа койки в течение года составила, в среднем, 354 дня (детские койки – 321, взрослые – 364) при норме 320 дней в году; оборот койки – 26,6; средняя длительность лечения в стационаре составила 13,5 дня; проведено 11848 операций (детям – 2185), в том числе по поводу катаракты – 4749 (детям – 23), имплантировано 2470 ИОЛ, по поводу глаукомы – 1252 (детям – 13), произведено 206 энуклеаций (детям – 5).

Работа коечного фонда офтальмологических отделений, 2003 год

	Число коек	Работа койки	Оборот койки	Пролечено больных	Средняя длительность лечения	Операции				
						Всего	Катаракта	ИОЛ	Глаукома	Энуклеация
КУЗ "АККБ"	80	347,4	24,4	1940	14,3	2276	1043	877	35	30
КУЗ "КОБ" всего	200	342,8	24,7	4942	13,8	3532	320	200	443	11
детство	140	331,8	23,2	3257	13,7	2310	11	0	12	1
взрослые	60	365,4	28	1686	14,2	1222	309	200	431	10
ГБ №3 г. Барнаул	40	350	28,2	1125	12,3	1135	448	331	122	2
ГБ №8, Микрохирург	60	371	28,9	1741	12,8	1899	707	697	148	6
ГБ №8, травма	60	366,6	27,4	1646	13,2	1576	357	302	87	82
Бийск всего	50	331,8	26,6	1333	12,5	920	439	63	204	48
детство	2	173,5	24,5	49	71	42	0	0	0	1
взрослые	48	338,4	26,8	1284	12,7	878	439	63	204	47
Рубцовск всего	40	432,2	39,6	1243	13,6	464	212	0	61	17
детство	5	78,4	8	40	4,8	27	0	0	0	0
взрослые	35	482,8	35,5	1243	13,6	437	212	0	61	17
Славгород	15	349,3	27,6	414	12,7	37	10	0	0	1
Камень-на-Оби	25	365,6	25,2	585	14,3	110	77	0	22	1
Н-Алтайск	25	522,3	38,8	921	13,5	326	133	34	21	1
Локоть	5	90,6	8	40	11,3	3	0	0	0	0
Всего	600	354,0	26,6	15981	13,5	11848	4749	2470	1252	206

в т.ч. дети	147	321,0	22,8	3346	13,8	2185	23	0	13	5
взрослые	453	364,7	27,8	12635	13,4	9663	47126	2470	1239	201

Обеспеченность койками на 10000 всего населения составила 2,3 (по детским койкам – 3,6, по взрослым – 1,7); уровень госпитализации на 1000 населения - 5,9 (дети -0 6,7, взрослые – 5,7) при– нормативе, равном 6,0.

В офтальмологических отделениях края активно проводилось хирургическое лечение катаракты (методами интра – и экстракапсулярной экстракции), в Краевой офтальмологической больнице, в офтальмологических отделениях Краевой клинической больницы, МСЧ КХВ (Городская больница № 3 г. Барнаула), Каменском межрайонном офтальмологическом отделении проводилась имплантация жестких интраокулярных линз; во всех отделениях края проводились операции по поводу глаукомы, травматических повреждений, отслойки сетчатки, операции на придаточном аппарате органа зрения. В краевых глазных отделениях успешно проводились операции послойной и сквозной кератопластики – до 15 – 20 в год. На функциональной основе сформировались центры по лечению наиболее сложной глазной патологии: на базе офтальмологического микрохирургического отделения № 3 Краевой офтальмологической больницы – глаукомный центр, в котором концентрировались больные с рефрактерной глаукомой и сложными диагностическими случаями (основатель и бессменная руководитель отделения – Дружкова Лариса Константиновна, «Заслуженный врач РФ»); на базе отделения неотложной офтальмологической помощи Городской МСЧ завода «Трансмаш» - краевой офтальмотравматологический центр (основатель и бессменный руководитель – Степанова Зоя Павловна, «Отличник здравоохранения РФ»).

Активно формировалась и внедрялась в повседневную практику лазерная хирургия в Краевой клинической больнице - врачи Чалов Константин Сергеевич, Афанасьев Александр Александрович, в МСЧ КХВ (Городская больница № 3 г. Барнаула) – врач Бражникова Татьяна Владимировна, в Краевой офтальмологической больнице – врачи Юдова Наталья Николаевна, Макогон Александр Сергеевич.

Внедрялись элементы электрофизиологической диагностики зрительного анализатор: врач Чалов Константин Сергеевич самостоятельно модернизировал общесерийный энцефалограф и производил на нём запись ЭРГ (электроретинограммы) и ЭОГ (электроокулограммы) с клинической расшифровкой полученных результатов; врач Шевченко Оксана Николаевна активно внедряла в широкую практику определение электрической чувствительности и лабильности зрительного нерва методом «Фосфен» - диагностики, а так же «Фосфен»-терапию.

В 2003 году на должность главного внештатного офтальмолога Алтайского края был назначен Репин Александр Леонидович (главный врач Краевой офтальмологической больницы, в дальнейшем – «Заслуженный врач РФ», доцент курса глазных болезней АГМУ, к.м.н.).

Именно период его руководства офтальмологической службой края характеризовался активным внедрением современных диагностических и лечебных, в том числе – хирургических технологий, внедрением новых организационных форм работы.

В ведущих офтальмологических отделениях края была внедрена и стала методом первого выбора микроинвазивная факоэмульсификация катаракты с одномоментной имплантацией мягких (эластичных) интраокулярных линз (первые экспериментальные операции ФЭК были проведены на факоэмульсификаторе собственной разработки – первым в СССР и вторым в мире(!) - в 1970-е годы заведующим курсом глазных болезней АГМИ Симоновым Алексеем Алексеевичем и ассистентом кура ГБ Репиным Александром Леонидовичем). Пионером клинического внедрения метода ФЭК +ИОЛ в крае 17 июня 2003 года стала заведующая офтальмологическим отделением ККБ Смирнова Ольга Вениаминовна; буквально через считанные месяцы эта методика была освоена Краевой офтальмологической больницей и в Городской больнице № 8, несколько позже – в офтальмологическом отделении Городской больницы № 3 г. Барнаула.

В рамках провозглашенной Правительством и МЗ РФ «Программы модернизации здравоохранения» в 2006 году сначала в Краевой офтальмологической больнице, а затем и в других офтальмологических отделениях края, начато освоение «Стандартов медицинской помощи» при катаракте, близорукости, глаукоме, отслойке сетчатки. Помимо унификации набора и количества диагностических и лечебных мероприятий, «Стандарты» регламентировали оптимальную длительность лечения пациента при каждой патологии, в большинстве случаев – в сторону сокращения сроков лечения по сравнению с традиционно сложившимися, что способствовало увеличению оборота глазной койки, то есть, на том же числе офтальмологических коек стало возможным пролечить большее количество больных. Например, длительность лечения больного катарактой по «Стандарту» составляет 7 дней для всех вариантов так называемой «модели пациента», в то время как до внедрения «Стандарта», в зависимости от плотности катаракты и наличия осложняющих моментов, были определены 3 срока лечения: 6, 10 и 15 дней.

Внедрение «Стандартов» в лечении больных явилось одним из звеньев так называемой «оптимизации» здравоохранения. Предпринятые в дальнейшем Главным управлением по

здравоохранению и Территориальным фондом Алтайского края шаги были нацелены на снижение финансовых затрат при оказании бесплатной (по полису ОМС) специализированной медицинской, в частности – офтальмологической помощи при сохранении её доступности для населения. Для решения этой задачи был выполнен ряд нововведений.

Так, была изменена система оплаты за пролеченного больного. В изначальном варианте при оплате учитывались категория сложности диагноза, количество дней лечения, наличие и сложность основного хирургического вмешательства (с оплатой 100% тарифа за хирургию), а также количество и сложность сопутствующих операций (а их у каждого больного могло быть несколько), с оплатой по 30 % от стоимости подобной основной операции. Медицинской организации было выгодно держать больного на койке «сколько потребуется» (выполнение плана койко-дней), выполнять и оформлять в реестрах максимальное количество сопутствующих операций (дополнительное финансирование и выполнение плана по количеству проведенных хирургических вмешательств).

В дальнейшем система оплаты была усовершенствована. Размер оплаты стал определяться в зависимости от отнесения диагноза к определённой клинко-терапевтической группе; для каждой группы были определены возможные виды хирургических вмешательств (с оплатой по одному основному, наиболее «весомому» вмешательству, а также четко определена допустимая длительность лечения больного. Необоснованное отклонение от установленных сроков лечения в ту или иную сторону наказывалось штрафными санкциями, но количество пролеченных больных жестко не лимитировалось.

Следующим шагом в «оптимизации» был переход государственных медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования, на одноканальное финансирование из средств ОМС с введением оплаты за пролеченного больного с учётом отнесения пациента к той или иной КСГ (клинко-статистической группе): хирургической – в зависимости от сложности вмешательства выделяется 5 уровней, или же – терапевтической. Установлена только минимальная длительность пребывания в стационаре (круглосуточном или дневном), остальные дни пребывания определяются клинической необходимостью.

Переход на одноканальное финансирование ознаменовал собой переход на работу по государственному заданию, когда каждой медицинской организации по каждому виду деятельности и по каждой КСГ устанавливаются жестко регламентированные объемы работы, отклонение от которых жестко карается штрафными санкциями. В связи с тем, что объемы государственного задания по разным группам заболеваний и уровням медорганизаций определялись исходя из

реальных возможностей бюджета ТФОМС по краю, объемы госзадания практически по всем офтальмологическим отделениям края оказались существенно ниже достигнутых отделениями реальных объемов, обусловленных сложившейся потребностью населения Алтайского края в стационарной офтальмологической помощи.

Наиболее показательным в плане количественных и качественных показателей офтальмологических отделений края, достигнутых в результате активного технического и технологического перевооружения службы, стал ещё не ограниченный рамками государственного задания 2014 год.

При общем количестве глазных коек, равном 563, их занятость составила 362,6 дней в году (при норме 320 – 340), средняя длительность лечения на койке – 9,2 дня, было пролечено всего 21526 больных, из них оперировано – 13124 (хирургическая активность 61,0% от числа пролеченных), выполнено 24560 операций; оборот офтальмологической койки составил 38,3.

Несмотря на такие напряженные показатели работы, количество глазных коек в 2015 году уменьшено до 513 (минус 50).

По результатам работы офтальмологических отделений Алтайского края в 2017 году, в условиях жестко регламентированного государственного задания, на 513 койках было пролечено всего 17598 больных, средняя длительность лечения составила 8,1 дня, оборот койки – 34,3; общее количество операций составило 16788. Согласно спущенному госзаданию, специализированная офтальмологическая койка работала всего 262,1 дня в году, что повлекло за собой вывод об «избыточности» офтальмологических коек и необходимости их радикального сокращения, как минимум, в полтора раза, под лозунгом оптимизации здравоохранения Алтайского края. При этом не были учтены территориальные, социально-экономические и эпидемиологические (по глазной патологии) специфические особенности Алтайского края.

В создавшихся экономических и административных условиях главным специалистом-офтальмологом МЗ Алтайского края Репиным Александром Леонидовичем был найден наиболее оптимальный вариант решения проблемы. Тщательно проанализировав виды и объемы специализированной медицинской помощи в краевых, городских и межрайонных офтальмологических отделениях, структуру госпитализации и хирургической активности в них, было предложено провести реструктуризацию коечного фонда отделений с акцентом на стационарзамещающие технологии, т.е., часть круглосуточных коек была переведена в койки дневных стационаров (при поликлинике или стационаре).

Предварительно Репин А.Л. в течение нескольких лет апробировал подобную реструктуризацию на базе возглавляемой им Краевой офтальмологической больницы, увеличив количество

пациенто-мест в дневных стационарах 5 при поликлинике до 75 (40 при поликлинике + 35 при стационаре). Наряду с консервативными методиками лечения, в дневном стационаре широко были внедрены методы лечения с использованием лазерного излучения, а также «хирургия одного дня», в том числе – при катаракте. Трехлетний опыт работы показал высокую востребованность среди пациентов и экономическую эффективность использования стационарзамещающих технологий.

Результаты реструктуризации коечного фонда офтальмологических отделений представлены в таблице.

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ Алтайский край Коечный фонд на 2017 год

	Всего	из них дети	Круглосуточный стационар		Дневной стационар		Дневной стационар при БУ		Дневной стационар при АПУ	
			всего	Из них дети	всего	Из них дети	всего	Из них дети	всего	Из них дети
АКОБ	258	110	183	75	75	35	35	15	40	20
АККБ	60		60							
ГБ №8 Барнаул	120		120							
ГБ №4 Бийск	50	1	50	1						
ГБ №3 Рубцовск	50	5	40	5	10				10	
Новоалтайск	60		40		20		20			
Камень-на-Оби	20		10		10		10			
Славгород	15		10		5		5			
ДГБ №1	20	20			20	20			20	20
Всего	653	136	513	81	140	55	70	15	70	40

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ Алтайский край Коечный фонд на 2018 год

	Всего	из них дети	Круглосуточный стационар		Дневной стационар		Дневной стационар при БУ		Дневной стационар при АПУ	
			всего	Из них дети	всего	Из них дети	всего	Из них дети	всего	Из них дети
АКОБ	260	80	140	40	120	40	80	20	40	20
АККБ	60		60							
ГБ №8 Барнаул	120		80	0	40		40			
ГБ №4 Бийск	50	1	30	1	20		20			

ГБ №3 Рубцовск	50	5	40	5	10				10	
Новоалтайск	60		30		30		30			
Камень-на-Оби	10		0		10		10			
Славгород	15		0		15		15			
ДГБ №1	20	20			20	20			20	20
Всего	645	106	380	46	265	60	195	20	70	40

БАЛАНС 2018 - 2017	-8	-30	-133	-35	125	5	125	5	0	0
-------------------------------	----	-----	------	-----	-----	---	-----	---	---	---

Удалось, практически, сохранить прежнее количество специализированных офтальмологических коек, перераспределив их по стационарам различных видов и сохранить доступность пациентам Алтайского края специализированной стационарной офтальмологической помощи.