

Д.Д. Дячук, В.А. Піщиков, Б.І. Паламар

ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНОЇ ХІРУРГІЧНОЇ СЛУЖБИ ШЛЯХОМ ІНТЕНСИФІКАЦІЇ

Державна наукова установа «Науково-практичний центр клінічної та профілактичної медицини»
Державного управління справами, Україна, м. Київ

Резюме. Метою дослідження є пошук шляхів інтенсифікації та економічної доцільності роботи хірургічної служби. Завдання дослідження: ретроспективний аналіз наукових джерел з досліджуваної проблеми та визначення доцільності інтенсифікації хірургічної служби амбулаторно-поліклінічної установи. **Матеріали і методи:** дослідження проведено за допомогою теоретичних та статистичних методів, шляхом вивчення та аналізу досвіду роботи пошуку можливості інтенсифікації та економічної доцільності роботи хірургічної служби, а також на основі статистичних звітів хірургічного центру ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС. Статистична обробка отриманих даних проведена за допомогою таких методів: розрахункового, кореляційного, логістичної регресії та за допомогою стандартного пакету програм «Statistica 6.0 for Windows». **Висновки:** скорочення строків лікування пацієнта в хірургічному стаціонарі дає значний економічний та соціальний ефект; вчасна виписка позитивно впливає на прискорення одужання та відсутність ускладнень у пацієнтів; підвищення якості діагностично-консультативного процесу на амбулаторному етапі скорочує час перебування хворого на стаціонарному ліжку та підвищує якість стаціонарної допомоги; лікування з використанням стаціонар-замінних технологій є менш затратним порівняно з стаціонарним; розвиток високих технологій в медицині дозволяє наблизити спеціалізовану та високоспеціалізовану допомогу, яка може бути надана в амбулаторному режимі, до пацієнта; надання спеціалізованої та високоспеціалізованої планової хірургічної допомоги можливе в амбулаторних умовах, з використанням стаціонар-замінних технологій. **Перспективи подальших досліджень** передбачають контроль за інтенсивним використанням ліжкового фонду денного стаціонару.

Ключові слова: інтенсифікація роботи хірургічної служби, хірургічна діяльність в поліклініках, денний стаціонар, стаціонар-замінні технології, мініінвазивні хірургічні втручання, якість лікувально-діагностичної роботи.

ВСТУП

В умовах сьогодення, як і в минулому, надання якісної медичної допомоги залишається для кожного лікаря справою честі.

Недарма першим правилом клініки Мейо, яка існує вже понад сто років, в якій працювало багато поколінь лікарів, яка є Меккою для хірургів, записано: «Безперервне прагнення до ідеальної якості послуг і дотримання некомерційних принципів».

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Пошук шляхів інтенсифікації та економічної доцільності роботи хірургічної служби.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Дослідження проведено за допомогою теоретичних та статистичних методів, шляхом вивчення та аналізу досвіду роботи пошуку можливості інтенсифікації та економічної доцільності роботи хірургічної служби, а також на основі статистичних звітів хірургічного центру ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС. Статистична обробка отриманих даних проведена за допомогою таких методів: розрахункового, кореляційного, логістичної регресії та за допомогою стандартного пакету програм «Statistica 6.0 for Windows».

Незважаючи, на негативні соціальні умови, в яких приходиться жити і працювати медикам України, а це: низьке фінансування медичної галузі; невисокі фінансові можливості населення; зростання захворюваності; погіршення показників здоров'я; затратний аспект традиційної медичної допомоги, залишилось прагнення якісно надавати медичну допомогу та медичні послуги.

Маючи не зовсім чесний і коректний девіз сьогодення про безкоштовну, або безоплатну медичну допомогу пацієнти вимушено продовжують шукати можливості отримати цю допомогу, але безумовно якісну, дешевше, а медики, в свою чергу, зайняті пошуком здешевлення своїх послуг.

Всім відомо, що стаціонарний вид допомоги, особливо хворим хірургічного профілю, є найбільш затратним з усіх видів лікування. Врахувавши витрати на операцію та інтенсивну терапію додаємо ще великий відсоток таких витрат на стаціонарне обстеження та передопераційну підготовку. Разом з тим, найпоширенішою і наймасовішою медичною допомогою є амбулаторно-поліклінічна, в тому числі по хірургії (близько 80%). Це великий обсяг лікувально-діагностичної та профілактичної роботи.

Розвиток амбулаторної хірургічної допомоги обумовлений такими критеріями:

1. Соціальною перевагою (необхідністю).
2. Економічною ефективністю (доцільністю).
3. Практичною потребою.
4. Необхідністю виконання завдань сучасного етапу – підвищення ролі лікувально-профілактичних закладів догоспітальної ланки.
5. Досвідом вітчизняної та світової практичної медицини.

Як показує світовий досвід, в останні роки значно інтенсифікувалась хірургічна діяльність в поліклініках. Цьому сприяла організація одноденних та денних стаціонарів. Це дало змогу розширити діапазон хірургічних втручань, дозволило понизити рівень післяопераційних ускладнень і досягнути високого соціального-економічного ефекту.

Ідея інтенсифікації роботи хірургічної служби не нова.

Ще на початку 90х років колеги з Джуїш госпіталю м. Луїсвіль, штат Кентуки, США, вирішили цю проблему комплексно.

На догоспітальний етап була перенесена значна частина медичних обстежень, які традиційно виконувались в стаціонарах. Це дало можливість інтенсифікувати роботу хірургічного стаціонару:

1. Наблизити хірургічну активність до 100%.
2. Доопераційний ліжкодень знизити до 0-2 днів.
3. Післяопераційний ліжкодень знизити до 6 днів.

Була введена система один хворий – один лікар на всіх етапах лікування – догоспітальному, госпітальному, післягоспітальному.

В 1995 р. на базі ЦМСЧ (Центральної медико-санітарної частини) №122 та ЦАХ (Центр амбулаторної хірургічної допомоги) в м. Ленінграді була створена єдина хірургічна служба (ЄХС), яка включала в себе лікарів всіх відділень хірургічного профілю стаціонару. Таким чином, ліквідувавши поняття «амбулаторний хірург», забов'язали висококваліфікованих хірургів стаціонару, а також, працівників кафедр хірургічного профілю виконувати роботу по первинному, в тому числі консультативному, прийому і хірургічному лікуванню амбулаторних пацієнтів. Всі 48 лікарів єдиної хірургічної системи працювали за спеціальностями загальна хірургія, урологія, гінекологія, офтальмологія, отоларингологія, онкологія, ортопедія і травматологія, проктологія, судинна хірургія, ендовідеохірургія, хірургічна гепатологія та гастроентерологія, ендокринна хірургія як в амбулаторному режимі, відбираючи і обстежуючи пацієнтів на оперативне лікування та доліковуючи їх після оперативного втручання так, і в стаціонарному де і надавали саму хірургічну допомогу.

В Україні, одним з перших, денний стаціонар в м. Донецьк було відкрито в 1986 р. на базі поліклініки №7 керівником хірургічної служби м. Донецька та Донецької області Ліховідом Миколою Петровичем. В цьому денному стаціонарі успішно почали лікуватися пацієнти хірургічного профілю з облітеруючими захворюваннями нижніх кінцівок.

Враховуючи, що хворі позитивно оцінили такий спосіб лікування, такі ж денні стаціонари почали відкриватися і в інших лікувальних установах міста. Денні стаціонари, як правило, були багатопрофільні. Дуже важливо було те, що така форма лікування розпочалась без додаткового фінансування. Головне було визначитись з досвідченим середнім персоналом. За рахунок лікувальних установ хворі забезпечувались медикаментами для екстреної та невідкладної медичної допомоги. Медикаменти для планового лікування куплялись хворими самостійно за рецептами, або за рахунок підприємств. Харчуванням хворих не забезпечували.

До кінця 1986 року в денних стаціонарах Донецька було проліковано 142 хворих з облітеруючими захворюваннями нижніх кінцівок. З них працюючих 86 та непрацюючих 56 пацієнтів. Пораховано, що при стаціонарному лікуванні цих

Хірургічний стаціонар

Перелік показників	роки								
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Кількість ліжок	32	32	32	30	30	30	30	30	30
Кількість пацієнтів, які поступили в стаціонар	1142	1352	1588	1965	1981	2261	2050	2585	2121
Кількість пацієнтів, які виписані із стаціонару	1142	1352	1588	1965	1981	2261	2050	2585	2132
В т.ч. прикріплених до ДНУ	602	550	636	581	534	583	501	642	506
В т.ч. не прикріплених ДНУ	540	802	952	1384	1447	1678	1549	1943	1626
Кількість ліжко-днів	2653	2891	3968	3731	3725	4088	3934	4859	4270
Середня тривалість лікування	2,32	2,14	2,49	1,90	1,88	1,81	1,91	1,90	2,0
Кількість оперованих хворих	1142	1352	1571	1924	1954	2221	2023	2469	2582
Проведено операцій	1257	1545	1726	2135	2125	2430	2228	2677	2784
Кількість операцій на 1 хворого	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
Рівень оперативних втручань	110,0%	114,3%	108,7%	111,0%	108,8%	107,5%	108,7%	103,6%	130,6%
Кількість хворих, пролікованих консервативно	-	-	17	41	27	41	28	211	29
Середнє число днів роботи 1 ліжка	82,9	90,3	124,0	124,3	124,2	136,3	131,1	162,0	142,3

пацієнтів вартість складала би 1238,24 радянських рублів в цінах того року. Нагадую, що долар тоді коштував 0,60 радянського рубля. Враховуючи що вартість лікування в денному стаціонарі складала 1,26 рубля за добу, загальна вартість лікування всіх 142 хворих була 172,92 радянських рублів. Тобто економія складала 1050,32 рублів. Але це не все, 48 хворих лікувались без відриву від виробництва, що дозволило зекономити з фонду соціального страхування 3876,67 радянських рублів і виробити продукції на суму 7905,60 радянських рублів.

Таким чином при лікуванні 142 хворих з облітеруючим захворюванням судин кінцівок, 48 яких лікувались без відриву від виробництва, при середньому ліжкодні 12,2 було зекономлено 12841,59 радянських рублів.

Відомо, що лікування в денних стаціонарах в 2-3 рази дешевше ніж на стаціонарному ліжку. Більш того, утримання вільного ліжка, без витрат на медикаменти, харчування, розхідний матеріал для перев'язок, лабораторії, та рентген-кабінету знижує вартість лише на 25% порівняно з зайнятим ліжком. А лікування в денному стаціонарі для держави на 50-70% дешевше ніж в стаціонарі.

Разом з тим, паралельно з розвитком денних стаціонарів відомими українськими хірургами було запропоновано скорочення термінів перебування хворого на ліжку.

Володимир Сергійович Земсков ввів термін «своєчасна виписка».

З цього приводу було зроблено дві доповіді на засіданнях спільноти хірургів м. Києва. Було відмічено зменшений відсоток ускладнень, та швидше одужання пацієнтів. Також, був зменшений відсоток хворих з внутрішньолікарняною інфекцією.

Позитивний економічний ефект при скороченні термінів лікування хворих в хірургічному стаціонарі відмічали О.О. Шалімов, І.В. Мухін, Л.Г. Заверний, В.Ф. Маліновський, В.Д. Байда.

П'ятдесятирічний досвід розвитку денних стаціонарів та стаціонарів одного дня дозволив засвідчити на початку ХХІ сторіччя що 40-50 % усіх планових оперативних втручань можливо виконати в амбулаторних умовах.

Переваги очевидні:

1. Доступність.

2. Зручність для більшості населення.
3. Можливість отримання кваліфікованої медичної допомоги, не відриваючись від дому, а часто без відриву від виробництва.
4. Зменшення частоти післяопераційних ускладнень.
5. Менше витрат при збереженні якості лікування.

Тоді ж, на початку XXI сторіччя, з'явився термін стаціонар-замінні технології (СЗТ), який набув нового значення з розвитком високих технологій в медицині та хірургії, зокрема. Можливість проводити оперативні втручання без великих розрізів які дають свій відсоток ускладнень такі як нагноєння, гематоми, сероми і таке інше, прискорила час заживлення післяопераційних ран і одужання пацієнтів хірургічного профілю.

Інтенсифікація роботи хірургічної служби, завдяки високим технологіям забезпечила можливість лікувати більшу кількість пацієнтів, залучивши менший ліжковий фонд. А враховуючи, що в Україні і сьогодні ще зберігається фінансування з розрахунку на ліжко стає зрозуміла економічна складова.

На жаль, сьогодні при оцінці діяльності лікувального закладу, яка проводиться на основі річного звіту і який, в свою чергу є формою державної звітності не проводиться аналіз раціонального використання та економії коштів.

Разом з тим, оцінка роботи любого стаціонару, в тому числі денного, проводиться за двома групами показників, які характеризують:

1. Ліжковий фонд і його використання.
2. Якість лікувально-діагностичної роботи.

При аналізі роботи хірургічного центру ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС (надалі установа) видно, що ліжковий фонд використовується достатньо інтенсивно (таблиця 1), але має ще певні резерви. Так, враховуючи, що ліжка денного стаціонару не працюють у вихідні та святкові дні, ми маємо орієнтовний показник роботи одного ліжка на рік 200 днів.

Маленький термін перебування на ліжку пов'язаний не тільки з інтенсивним використанням ліжкового фонду, але і з впровадженням новітніх технологій та протоколів за системою (Fast trek) у післяопераційному періоді по всім хірургічним напрямкам, та високою якістю проведення операцій. На скорочення ліжко-дня позитивно впливає

Таблиця 2

Діапазон мініінвазивних хірургічних втручань

	2012 р	2013 р	2014 р	2015 р	2016 р
Лапароскопічна холецистектомія	73	96	124	135	113
Однопортова лапароскопічна холецистектомія	15	22	12	6	5
Лапароскопічна герніопластика при паховій грижі	4	3	4	3	4
Тотальна ендоскопічна екстраперитонеальна герніопластика при паховій грижі	-	-	15	9	35
Лапароскопічна герніопластика при вентральній грижі	2	2	4	7	3
Лапароскопічна апендектомія	12	8	10	24	12
Лапароскопічна адреналектомія	4	4	2	9	5
Лапароскопічна резекція селезінки, печінки	-	2	8	5	1
Лапароскопічне видалення кісти підшлункової залози, заочеревинного простору	2	2	1	4	5
Лапароскопічна круроррафія, фундоплікація при гсод	1	5	19	12	14
Лапароскопічна sleeve резекція	2	4	7	13	10
Герніопластика	76	68	81	110	50
Резекція шлунку	2	5	4	3	3
Тотальна гастректомія	1	3	3	1	6
Тиреоїдектомія	17	92	128	104	62
Аугментаційна мамопластика	1	4	8	4	7
Міні-шунтування шлунку	-	-	-	1	2

Структура операцій хірургічного стаціонару

№ п/п	Профіль спеціалістів	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
		Абс. дані								
1	Урологія	288	304	234	405	378	339	244	286	280
2	Хірургія	287	229	297	304	297	311	323	395	390
3	ЛОР	276	318	249	300	318	315	284	198	198
4	Судинна хірургія	0	113	183	194	203	283	314	592	403
5	Дитяча хірургія	0	90	117	206	175	220	68	1	1
6	Нейрохірургія	0	20	15	66	86	143	134	74	70
7	Офтальмологія	18	19	40	22	21	16	19	32	73
8	Андрологія	11	17	45	82	105	113	134	112	87
9	Проктологія	83	132	146	99	106	110	110	123	82
10	Гінекологія	264	282	399	456	399	366	401	498	471
11	Маммологія	18	21	1	1	2	6	9	7	9
12	Травматологія і ортопедія	0	0	0	0	14	39	27	45	47
13	Ендокринологія	0	0	0	0	21	169	161	192	167
14	Інтервенційна хірургія	0	0	0	0	0	0	0	0	409
15	Ендоваскулярна	0	0	0	0	0	0	0	49	0
16	Кардіохірургія	0	0	0	0	0	0	0	73	97
	ВСЬОГО	1257	1545	1726	2135	2125	2430	2228	2677	2784

лікування хворих з використанням мініінвазивних інноваційних технологій.

Діапазон мініінвазивних хірургічних втручань та структура операцій хірургічного стаціонару представлені в таблиці 2 та таблиця 3.

Важливим виявилось для інтенсифікації роботи хірургічного стаціонару і те, що весь середній та молодший персонал пройшов підготовку по догляду та наданню невідкладної допомоги хворим по профілям, захворювань з приводу яких надається допомога в хірургічному стаціонарі.

Можливим резервом для інтенсифікації роботи хірургічного центру залишилось впровадження роботизованої хірургії та розвиток метаболічної хірургії з використанням мультідисциплінарного підходу (сумісно з ендокринологами, кардіологами, психоневрологами, дієтологами).

Якість лікувально-діагностичної роботи хірургічного стаціонару представлена в таблиці 4.

Ми не маємо можливості порівняти показники роботи хірургічного стаціонару ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС з показниками роботи хірургічної служби

України, або м. Києва оскільки в установі надається, в основному, планова допомога хірургічного профілю, а в підсумках роботи хірургічної служби, які представлені МОЗ України, та ДОЗ м. Києва показники ургентної і планової хірургічної допомоги не розділені.

Аналізуючи якість лікувально-діагностичної роботи, звертає увагу відсутність скарг пацієнтів, відсутність ускладнень, наднизька летальність.

Оцінюючи клінічну та медико-економічну ефективність медичної допомоги в установі згідно наказу МОЗ України №752 від 28.09.12р. ми бачимо відсутність таких чинників:

- пізні звернення пацієнта;
- відсутність своєчасного доступу до послуг;
- відсутність послуг в закладі охорони здоров'я;
- відсутність необхідних витратних матеріалів у закладі;
- неможливість транспортування пацієнта;
- інші організаційні питання;
- відсутність консультацій необхідної спеціалізації;
- відмова пацієнта,

які можуть негативно вплинути на якість надання медичної допомоги. Звичайно, залишається актуальним питання ресурсного забезпечення.

Таблиця 4

Робота хірургічного центру з 04.2007-2016 рр.

Перелік показників	з 04. 2007 р.	2008 р.	2009 р.	2010 р.	2011 р.	2012 р.	2013 р.	2014 р.	2015 р.	2016 р.
Кількість пацієнтів, які виписані із стаціонару	н/д	1142	1352	1588	1965	1981	2261	2050	2585	2132
Оперовано хворих	н/д	н/д	н/д	1571	1924	1954	2221	2023	2469	2582
Кількість операцій всього	624	1257	1545	1726	2135	2125	2430	2228	2677	2784
Післяопераційні ускладнення всього	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д
Післяопераційні померлі всього	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	3	1
Хірургічна активність %	н/д	н/д	н/д	98,9	97,9	98,5	98,2	98,7	95,4	121,7
% Ускладнень	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д
% Летальності (післяопераційна)	н/д	н/д	н/д	-	-	0,10	0,05	-	0,04	0,04
Доопераційний ліжкодень	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	0,03	0,13	0,20
Середній ліжкодень	2,4	2,3	2,1	2,5	1,9	1,9	1,8	1,9	1,9	2,0

Безумовно в умовах безгрошів'я є важливим збереження принципів доступності для населення спеціалізованої і високотехнологічної медичної допомоги.

Разом з тим при слабкій функціональній, управлінській і фінансовій інтеграції, якими характеризується сьогодні охорона здоров'я України ми маємо децентралізацію і економічну самостійність, що надає можливість при фрагментарному управлінню фрагментарно розвиватись і фрагментарно надавати медичну допомогу.

Враховуючи що, реформа яка пропонується Кабінетом міністрів України з утворенням госпітальних округів, згідно постанови №932 від 30 листопада 2016р. викликає занепокоєння щодо зменшення можливості доступу жителів регіонів, особливо сільських як до екстреної так і до планової спеціалізованої хірургічної допомоги, а також одночасний потужний вектор розвитку амбулаторно-поліклінічної допомоги, в умовах зменшення потоків хворих, або їх перерозподілу стає зрозумілим для збереження принципу доступності потрібна реструктуризація лікувально-профілактичних закладів, з приведенням їх потужності до оптимальної. В цих умовах набуває особливого значення інтенсифікація роботи

медичної служби взагалі і хірургічної зокрема. Як один з варіантів інтенсифікації вбачаємо розвиток інтенсивних центрів за хірургічним направленням на територіях денних стаціонарів існуючої мережі поліклінік.

ВИСНОВКИ

1. Скорочення строків лікування пацієнта в хірургічному стаціонарі дає значний економічний та соціальний ефект.
2. Вчасна виписка позитивно впливає на прискорення одужання та відсутність ускладнень у пацієнтів.
3. Підвищення якості діагностично-консультативного процесу на амбулаторному етапі скорочує час перебування хворого на стаціонарному ліжку та підвищує якість стаціонарної допомоги.
4. Лікування з використанням стаціонар-замінних технологій є менш затратним порівняно з стаціонарним.
5. Розвиток високих технологій в медицині дозволяє наблизити спеціалізовану та високоспеціалізовану допомогу, яка може бути надана в амбулаторному режимі, до пацієнта.
6. Надання спеціалізованої та високоспеціалізованої планової хірургічної допомоги можливе в амбулаторних умовах, з використанням стаціонар-замінних технологій

ЛІТЕРАТУРА

1. Байда В. Д., Полякова К. А., Лиховид Н. П. . Внедрение научных достижений и интенсификация использования хирургических коек. Пути интенсификации научных разработок в практику хирургической службы. Тезисы докладов и конференций хирургов 1988. №9. С. 1415.
2. Байда В. Д., Полякова К. А., Лиховид Н. П. Пути интенсификации использования хирургических коек. XVI Съезд хирургов Украинской ССР. Тезисы докладов г. Одесса 1988. С. 28-30.
3. Байда В. Д., Полякова К. А., Лиховид Н. П. Дневной стационар – эффективная форма интенсивного лечения в амбулаторно-поликлинических условиях. Советская медицина 1989. №6. С. 40-42.
4. Галієнко Л. І. Проблеми та перспективи розвитку денних стаціонарів загального профілю на сучасному етапі. Ліки України 2002. №2. С. 12-13.
5. Денисов И. Н., Черненко Е. И., Ларишева Ф. А. Проблемы дневных стационаров в общей врачебной практике. Вестник семейной медицины 2006. №1. С. 812.
6. Дячук Д. Д. Денний стаціонар – сучасна, економічно обгрунтована форма амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню. Довкілля та здоров'я 2011. №3. С. 24-30.
7. Лиховид Н. П., Лобас В. М., Паназов Р. К. Интенсификация использования хирургических коек и улучшение медицинского обслуживания крупного города. Формы, методы и пути совершенствования медико-профилактического обслуживания трудящихся. Тезисы докладов, областной научно-практической конференции. г. Донецк 1989. С. 77-79.
8. Медведовская Н. В., Дячук Д. Д. Сучасний стан та регіональні особливості використання стаціонар-замінних форм медичної допомоги. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2012. №2. С. 44-48.
9. Мухин Н.В., Полякова К.А., Лиховид Н.П. Пути интенсификации работы хирургических коек. XXXI Всесоюзный съезд хирургов. Тезисы докладов г. Ташкент. 1986. С. 1314.
10. Паназов Р. К., Скворцов И. И., Лиховид Н. П. Роль анестезиолога в интенсификации работы хирургических отделений. Вестник хирургии им. И. И. Грекова. 1989. Т. 142. №5. С. 104-105.
11. Полякова К. А., Гладчук Е. А., Лиховид Н. П. Дневной стационар, как метод совершенствования лечебно-профилактического обслуживания трудящихся. Формы, методы и пути совершенствования, медико-профилактического обслуживания трудящихся. Тезисы, докладов областной научно-практической конференции (20 мая 1989, Донецк). 1989. С. 29-31.
12. Полякова К. А., Гладчук Е. А., Лиховид Н. П. Роль дневного стационара в рациональном использовании коечного фонда. Советское здравоохранения. 1988. №8. С. 11-12.
13. Рашимов Р.Н., Марков Н.В., Соболев М.П. и др. Опыт использования разнопрофильных стационарорамещающих технологий в отечественной и зарубежной литературе. Экология человека. 2004. №3. С. 30-35

REFERENCES

1. Bayda V. D., Polyakova K. A., Likhovid N. P. (1988). Implementation of scientific achievements and intensification of the use of surgical beds. Ways of intensifying scientific developments in the practice of surgical service. Abstracts of reports and conferences of surgeons, 9, 1415.
2. Bayda V. D., Polyakova K. A., Likhovid N. P. (1988). Ways of intensifying the use of surgical beds. XVI Congress of Surgeons of the Ukrainian SSR. Theses of the reports of Odessa. September 28-30, 56.
3. Bayda V. D., Polyakova K. A., Likhovid N. P. (1989). Day hospital is an effective form of intensive care in ambulatory-polyclinic conditions. Soviet medicine, 6, 40-42.
4. Galienko L. I. (2002). Problems and perspectives of the development of day-to-day hospitals of the general profile at the present stage. Medicines of Ukraine, 2, 12-13
5. Denisov I. N., Chernenko E. I., Larysheva F. A. (2006). Problems of day-care hospitals in the general medical practice. Herald of family medicine, 1, 812.
6. Dyachuk D. D. (2011). Day hospital - a modern, economically justified form of ambulatory and polyclinic care to the population. Environment and health, 3, 24-30.
7. Likhovid N. P., Lobas V. M., Panazov R. K.. (1989). Intensification of the use of surgical beds and improvement of medical services of a large city. Forms, methods and ways of perfection of medical and preventive maintenance of working people. Abstracts of reports, regional scientific-practical conference, 77-79.
8. Medvedovskaya N.V., Dyachuk D. D. (2012). Current state and regional features of the use of in-patient replacement medical care forms. Bulletin of Social Hygiene and Health Care Organizations of Ukraine. Kyiv, 2, 44-48.
9. Mukhin N. V., Polyakova K. A., Likhovid N. P. (1986). Ways of intensifying the work of surgical beds. XXXI All-Union Congress of Surgeons. Theses of the reports of Tashkent, 1314.
10. Panazov R. K., Skvortsov I. I., Likhovid N. P. (1989). The role of an anesthesiologist in intensifying the work of surgical departments. Herald of Surgery. I.I. Greko, 142, 5, 104-105.
11. Polyakova K. A., Gladchuk E. A., Likhovid N. P. (1989). Day hospital, as a method of improving the therapeutic and preventive care of the working people. Forms, methods and ways of improvement, medical and preventive maintenance of workers. Theses, reports of the regional scientific-practical conference. May 20, 1989. Donetsk, 29- 31.
12. Polyakova K. A., Gladchuk E. A., Likhovid N. P. (1988). The role of the day hospital in the rational use of the bundle fund. Soviet Healthcare, 8, 11-12.
13. Rashimov R. N., Markov N. V., Sobolev M. P. (2004). The experience of using different-profile stationary substitute technologies in domestic and foreign literature. Ecology of a person, 3, 35-35

*Резюме***ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ПУТЕМ ИНТЕНСИФИКАЦИИ****Д.Д. Дячук, В.А. Пищиков, Б.И. Паламарь**Государственное научное учреждение «Научно-практический центр клинической и профилактической медицины»
Государственного управления делами, Украина, г. Киев

В статье проводится ретроспективный анализ научных источников по исследуемой проблеме и определения целесообразности интенсификации хирургической службы амбулаторно-поликлинического учреждения. Приведены основные показатели работы и результаты лечения больных. Установлено, что сокращение сроков лечения пациента в хирургическом стационаре дает значительный экономический и социальный эффект; своевременная выписка положительно влияет на ускорение выздоровления и отсутствие осложнений у пациентов; повышение качества лечебно-консультативного процесса на амбулаторном этапе сокращает время пребывания больного на стационарной постели и повышает качество стационарной помощи; лечение с использованием стационар-заменимых технологий является менее затратным по сравнению с стационарным; развитие высоких технологий в медицине позволяет приблизить специализированную и высокоспециализированную помощь, которая может быть предоставлена в амбулаторном режиме пациенту; оказание специализированной и высокоспециализированной плановой хирургической помощи возможно в амбулаторных условиях, с использованием стационар-заменимых технологий.

Ключевые слова: интенсификация работы хирургической службы, хирургическая деятельность в поликлиниках, дневной стационар, стационар-заменимые технологии, миниинвазивные хирургические вмешательства, качество лечебно-диагностической работы.

*Summary***PERSPECTIVES FOR DEVELOPMENT OF AMBULATORY-POLYCLINICAL SURGICAL SERVICE VIA INTENSIFICATION****D.D. Diachuk, V.A. Pischikov, B.I. Palamar**Scientific State Institution «Scientific-practical center of clinical and preventive medicine»
State Administration of Affairs, Ukraine, Kyiv

The article contains retrospective analysis of scientific sources about the problem highlighted above and determination of expediency of intensifying the surgical services of the ambulatory-polyclinic institutions. There are included the key indicators of work and the results of patient treatments. It was established that reduction of terms of patient's treatment in a surgical hospital leads to a significant economic and social effect; timely discharge from hospital has a positive effect on accelerating the recovery and the absence of complications for patients; improving the quality of diagnostic and counseling processes at the outpatient stage reduces the patient's stay in the hospital and increases the quality of provided help; treatment that includes using hospital-replaceable technologies is less expensive if compared to the hospital-based treatment; the development of high technologies in medicine allows to bring specialized and highly specialized treatment, that can be provided in the hospital, closer to the patient; Provision of specialized and highly specialized scheduled surgical care is possible in hospital settings, while at the same time using hospital-replaceable technologies for the patient recovery.

Keywords: intensification of operation of surgical service, surgical activity in hospitals, inpatient department, hospital replacement technologies, minimally invasive surgical interventions, quality of medical diagnostic work.

ІНФОРМАЦІЯ ПРО АВТОРІВ:

Дячук Дмитро Дмитрович.

Директор Державної наукової установи
«Науково-практичний центр профілактичної та клінічної
медицини» Державного управління справами.
Доктор медичних наук. Старший науковий співробітник.
Член-кор. НАМН України.
Вул. Верхня, 5. Тел. 044 2848453.
clinicgovua@gmail.com

Піщиков Валерій Анатолійович.

Керівник управління охорони здоров'я
Державного управління справами.
Доктор медичних наук.

Професор кафедри управління охороною здоров'я
НМАПО ім Шупика.

Вул. Болбачана, 8. Тел 044 2543151.
pva.2008@yahoo.com

Паламар Борис Іванович.

Головний науковий співробітник відділу організації
медичної допомоги ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС.
Доктор медичних наук. Професор кафедри соціальної
медицини та громадського здоров'я Національного
медичного університету імені О. О. Богомольця.
Тел. +38 067 238 76 54
Palamar.bi@ukr.net