УДК 614.21(477)

В.М. Борис

АНАЛІЗ ВИКОРИСТАННЯ ЛІЖКОВОГО ФОНДУ ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ ТА ВИЗНАЧЕННЯ ШЛЯХІВ ЙОГО ОПТИМІЗАЦІЇ

Новоград-Волинське міськрайонне територіальне медичне об'єднання,
м. Новоград-Волинський, Житомирська область, Україна

e-mail: *novogradtmo@gmail.com*

Резюме: Проведено аналіз використання та динаміки змін ліжкового фонду Житомирської області з 1990 р. Встановлено, що за 23 роки кількість закладів охорони здоров'я з можливістю стаціонарного лікування зменшилася на 53,9%, а ліжковий фонд на 53,4%. Основне скорочення відбулося за 1990-2001 рр. Визначено підходи щодо розрахунку ліжкового фонду при створенні госпітальних округів.

Ключові слова: ліжковий фонд, оптимізація, госпітальний округ.

Вступ. Серед головних завдань галузі охорони здоров'я (ОЗ) має бути поліпшення здоров'я населення, забезпечення рівного доступу усіх громадян до медичних послуг (МП) належної якості. Тому одним із основних напрямків реформування системи ОЗ України є структурна перебудова галузі, яка полягає в оптимізації ліжкового фонду (ЛФ) та розмежуванні медичної допомоги (МД) між рівнями (первинним, вторинним та третинним)[2]. За даними державних статистичних звітів за 2013 р. в Україні на 100 тис. населення припадає 5,6 лікарні і 1,5 закладу ОЗ (ЗОЗ) для надання первинної МД, тоді як у країнах ЄС ці показники складають 3,0 і 4,9 відповідно; кількість ліжко-місць в Україні – 910,0 на 100 тис. населення, а в ЄС – 565,0. Рівень госпіталізації продовжує залишатись на рівні 22,0-24,0 випадків на 100 населення. Має місце необґрунтована госпіталізація в ЗОЗ усіх рівнів, частка якої становить від 12 до 35%[11], відсутні механізми управління потоками пацієнтів по рівнях надання стаціонарних МП[8,9].

Стан і розвиток мережі ЗОЗ є основними об'єктами планування соціального розвитку регіону, невід'ємною частиною якого є ліжковий фонд, а аналіз його використання є підставою для визначення структури та потужності ЗОЗ, рівня забезпеченості населення лікарняними ліжками та його доступності до стаціонарної МД.

Саме тому реформування ОЗ на сучасному етапі неможливе без вирішення проблем функціонування найбільш ресурсозатратного сектору – стаціонарної МД[1,3,4,7,10]. Для аналізу стану завантаження ліжка і визначення шляхів оптимізації та підвищення ефективності його використання необхідна методологічна інтерпретація основних показників використання ЛФ[2,5,6]. Показник обсягу останнього характеризує забезпеченість ЗОЗ лікарняними ліжками і визначається як загальна кількість ліжок, що знаходяться в ЗОЗ[8]. Важлива не лише достатня кількість, але й оптимальна структура ліжок, диференційована з урахуванням етапності надання МД. Вона повинна відповідати структурі хворобливого стану населення за клінічними напрямками.

Мета дослідження. Провести аналіз використання ЛФ Житомирської області за період з 1990 по 2013 рр. і визначити підходи щодо можливих шляхів його оптимізації в контексті створення госпітальних округів.

Матеріали та методи дослідження. Як базові елементи, для оцінки функціонування ЛФ нами використовувалися: забезпеченість ліжками; рівень госпіталізації; середнє число днів зайнятості (роботи) ліжка; обіг ліжка; середня тривалість перебування хворого на ліжку; загальний час простою ліжка. В якості первинних джерел інформації використовувалися статистичні звіти ЗОЗ (форма 20 – «Звіт лікувально-профілактичного закладу»). Використано методи: системного аналізу, інформаційно-аналітичний, семантичний, статистичний.

Результати дослідження та їх обговорення. Станом на 31.12.2013 р. ЛФ медичних закладів системи ОЗ Житомирської області становив 9282 ліжка, які розгорнуті в 59 ЗОЗ. Слід зазначити, що по відношенню

до 1990 р. кількість ЗОЗ та кількість ліжок у них скоротилась більше, ніж удвічі.

Значне зменшення ЛФ в області відбулося за період 1990-2001 рр. За даними деяких авторів[11], цьому сприяло запровадження певних елементів нового господарського механізму. У той же час, за 12 останніх років скорочення ліжок цілодобового перебування відбувалося не так стрімко, як у країні загалом (табл. 1).

Таблиця 1. **Чисельність ЛФ Житомирської області та динаміка зміни протягом 1990-2013 рр.**

ЗОЗ	Роки				
	1990	2001	2013	± з 1990 року	± з 2001 року
	кількість закладів / кількість ліжок				
Обласні	16/5820	12/3825	12/3450	-4/-2370	0/-375
Центральні районні лікарні	23/6935	22/3685	22/3452	-1/ -3483	0/-233
Міські лікарні (в т.ч. ЦМЛ*, селищні)	24/4490	19/2395	10/2085	-14/ -2405	-9/-310
Районна лікарня	2/280	1/70	1/70	-1/ -210	-
Дільничні лікарні	78/2765	29/485	14/225	-64/ -2540	-15/-260
Разом по області:	**143/20290**	**83/10460**	**59/9282**	**-84/ -11008**	**-24/ -1178**

Примітка: ЦМЛ – центральна міська лікарня.

Слід зазначити, що реструктуризація стаціонарної МД відбувалась на всіх рівнях.

За період 1990-2013 рр. кількість обласних ЗОЗ зменшилася з 16 до 12, а кількість розташованих у них ліжок скоротилось на 2370 (40,7%), з них за 2001-2013 рр. скорочено лише 375 ліжок. Кількість центральних районних лікарень зменшилася на 1, тоді як кількість ліжок скорочено з 6935 до 3452 (на 50,2%), причому за 2001-2013 рр. скорочено 233 ліжка.

Суттєво торкнулася оптимізація центральних міських та селищних лікарень, їх кількість зменшилася з 24 до 10, кількість ліжок зменшилася на 51,9%, у т.ч. за 2001-2013 рр. – 9 ЗОЗ та 310 ліжок.

Найбільш активно відбувалася реструктуризація дільничних лікарень. У 1990 р. в області їх функціонувало 78. На кінець 2013 р. за рахунок реорганізації в лікарські амбулаторії з денними стаціонарами дільничних лікарень залишилось 14. Відповідно кількість розгорнутих у них ліжок становила 225, тоді як у 1990 р. – 2765 (зменшилась на 91,8%). Загалом по області за 23 роки кількість ЗОЗ із можливістю стаціонарного лікування населення зменшилася з 143 до 59 (на 58,7%, із них за 1990-2001 рр. закрито 60 ЗОЗ), ЛФ з 20290 ліжок скоротився до 9282 (на 54,2%, із них за 1990-2001 рр. скорочено 9830 ліжок).

Рівень забезпеченості ліжками цілодобового перебування хворих в області у 2013 р. становив 73,5 на 10 тис. населення. Значення цього показника на 9,2% менше від його середньої величини по Україні (80,5). Як показали результати проведеного нами аналізу, значна частина ЛФ області зосереджена на вторинному та третинному рівнях надання МД і цей показник є сталим упродовж низки років. Сьогодні структура наявного ЛФ складає 37,2% (3450) ліжок третинного рівня, 58,4% (5424) – ліжка вторинного рівня надання МД, 4,4% (408) – ліжка первинного рівня (табл. 2).

Таблиця 2. **Структура ЛФ Житомирської області по рівнях надання МД, %**

Рівень надання МД	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Первинний	6,1	6,2	6,1	5,2	5,0	4,4
Вторинний	56,5	56,5	56,9	57,7	58,1	58,4
Третинний	37,4	37,3	37,0	37,1	36,9	37,2

Встановлено, що тільки в 4-5% випадків пацієнти лікуються в стаціонарних умовах на первинному рівні.

Зазначено щорічні тенденції до зменшення цього показника, що пов'язано, на нашу думку, з оптимізацією ЛФ дільничних лікарень. Понад $^2/_3$ пацієнтів, які потребували МД, зосереджені в області на вторинному рівні, а первинні ЗОЗ надають МД лише у 4-5% випадків. Практично незмінною залишається частка пацієнтів, яким надавалася МД на третинній ланці (25-26%) (табл. 3).

Питання завантаженості ліжок у ЗОЗ вторинного рівня доцільно розглядати через призму створення госпітальних округів. Нами проведено дослідження ЛФ на прикладі ЗОЗ Новоград-Волинського, Баранівського та Ємільчинського районів, на базі яких за попереднім проектом департаменту ОЗ Житомирської облдержадміністрації має бути створений госпітальний округ.

Таблиця 3. **Структура пролікованих пацієнтів у Житомирській області за рівнями надання МД, %**

Рівень надання МД	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Первинний	6,6	6,5	6,4	5,4	5,0	4,4
Вторинний	66,6	67,8	68,1	68,3	68,9	69,3
Третинний	26,8	25,7	25,5	26,3	26,1	26,3

Середній рівень госпіталізації населення в ЗОЗ області (табл. 4) у 2013 р. становив 23,4 на 100 жителів, у Новоград-Волинському районі він складав 18,7%, Ємільчинському – 22,0%, Баранівському – 20,6%. Питома вага пролікованих пацієнтів-мешканців районів в обласних ЗОЗ складає в середньому 24,7%. У Баранівському районі зазначений показник становить 24,6%, у Ємільчинському 24,1%, Новоград-Волинському – 16,7%. На нашу думку, коливання показників залежить від доступності спеціалізованої стаціонарної МД, адже результати дослідження показали, що у Новоград-Волинському районі на рівні центральної районної лікарні (ЦРЛ) забезпечується госпіталізація і лікування 83,3% усіх пацієнтів. У зазначених районах стаціонарно пролікувалися 13,2% від усіх госпіталізованих в ЗОЗ вторинного рівня.

Таблиця 4. **Госпіталізація в ЗОЗ Житомирської області у 2013 р.**

№ з/п	Найменування районів та міст	Усього пролiковано жителів	у тому числі		Рівень госпіталізації, %	Питома вага пролікованих хворих в обласних ЗОЗ, %
			в районних/ міських ЗОЗ	в обласних ЗОЗ		
1	Баранівський	8527	6428	2099	20,6	24,6
2	Ємільчинський	7706	5851	1855	22,0	24,1
3	Новоград-Волинський	20053	16700	3353	18,7	16,7
По районах		**196774**	**148174**	**48600**	**23,0**	**24,7**
По містах		**96614**	**68401**	**28213**	**23,3**	**29,2**
По області		**296527**	**218774**	**77753**	**23,4**	**26,2**

У ході дослідження встановлено, що показник забезпеченості стаціонарними ліжками у 2013 р. загалом по області становив 73,5 на 10 тис. населення vs 73,7 у 2012 р. По районним ЗОЗ цей показник складає 45,5 ліжок на 10 тис. населення, у Баранівському районі – 41, Ємільчинському – 43,9, Новоград-Волинському – 39,9.

Щодо роботи ліжка – у 2013 р. цей показник становив 333,6 дні vs 326,3 дні у 2012 р. Серед районних ЗОЗ найнижчий показник у Ємільчинському районі – 297,8 дні, найвищий – у Новоград-Волинському районі – 349,4 дні. Результати аналізу окремих показників використання ЛФ загалом по області показали, що у 2013 р. не працювало 161 ліжко (у 2012 р. не працювало 363 ліжка (табл. 5).

Таблиця 5. **Ефективність використання ЛФ Житомирської області у 2013 р. (за окремими районами та загалом по області)**

№ з/п	Найменування районів та міст	Кількість ліжок станом на 31.12.2013	На 10 тис. населення	Зайнятість ліжка	Середній термін перебування на ліжку	Не працювало ліжок
1	Баранівський	170	41,4	336,3	8,8±0,8	-8
2	Ємільчинський	152	43,9	297,8	8,6±1,1	-19
3	Новоград-Волинський	415	39,9	349,4	8,6±0,7	+12
По районах		**3867**	**45,5**	**320,4**	8,8±1,1	**-210**
По містах		**1965**	**47,5**	**330,4**	8,4±0,9	**-55**
По області		**9282**	**73,5**	**333,6**	10,4±1,2	**-161**
За 2012 рік		**9356**	**73,7**	**326,3**	10,5±1,3	**-363**

Результати аналізу використання за профілями лікування засвідчили, що найнижчі показники роботи урологічних ліжок – 307,5 дні, офтальмологічних – 314,2, травматологічних – 321,4, гінекологічних – 326,9, терапевтичних – 333,3 дні. Серед ЛФ майбутнього госпітального округу у 2013 р. у Баранівському

районі не працювало 8 ліжок, у Ємільчинському – 19.

Тривалість середнього перебування на ліжку становила 10,4 дні, по Україні – 12,2. За останні декілька років цей показник в області сталий. Зміни відбулися лише на вторинному рівні – з 8,9 дні у 2009 р. до 8,7 у 2013 р. У міських лікарнях він становить 8,4±0,9 дні, в ЦРЛ – 8,8±1,1 дні. У досліджуваних районах: Новоград-Волинському – 8,6±0,7, Ємільчинському – 8,6±1,1, Баранівському – 8,8±0,8 ліжкодні.

На нашу думку, для коректного формування потреби в ліжках потрібно враховувати не тільки їх фактичне використання, а й визначати обґрунтованість госпіталізації та дотримання оптимальних термінів перебування у відділенні. З цією метою нами здійснено відповідне дослідження, яке проводилося шляхом аналізу медичних карт (МК) стаціонарних хворих (форма 001/о), які закінчили лікування у червні 2013 р. і лікувалися у Баранівській ЦРЛ (70 МК), Новоград-Волинському міськрайонному територіальному медичному об'єднанні (ТМО) (207 МК) та Ємільчинській ЦРЛ (68 МК). Саме на основі цих ЗОЗ обласним департаментом ОЗ планується створення госпітального округу.

Аналіз МК проводився ретроспективно незалежними спеціалістами (лікарями-експертами благодійної організації «Лікарняна каса Житомирської області» відповідного профілю). Медична документація відбиралася шляхом випадкової вибірки 20% МК пацієнтів, які закінчили лікування. При визначенні обґрунтованості госпіталізації враховувалися наступні показники: вид поступлення (планово, екстрено), профіль відділення, діагноз, стан при поступленні та виписці, результат лікування. Результат оцінювався в балах від 0 (абсолютно не показана) до 5 (абсолютно показана) і визначалася частка пацієнтів по кожному відділенню, яким госпіталізація не була показана.

Встановлено, що середня оцінка обґрунтованості госпіталізації за 5-ти бальною шкалою у Баранівській ЦРЛ становить 3,9 бали (при відсутності показань лікувалися 21,5% пацієнтів), Ємільчинській ЦРЛ – 3,0 бали (40,3% пацієнтів), Новоград-Волинському ТМО – 3,7 бали (25,8% пацієнтів). У наведених ЗОЗ є 7 відділень однакового профілю, що необхідно враховувати при проведенні оптимізації ЛФ та створенні госпітального округу. За результатами дослідження, у відділенні терапії Баранівської ЦРЛ при відсутності показань лікуються 16,0% пацієнтів, Ємільчинської ЦРЛ – 59,0%, Новоград-Волинському ТМО – 21,0%. У неврологічному відділенні показники складають відповідно 24,0%, 54,0% та 34,3%. Серед пацієнток гінекологічного відділення частка необґрунтовано госпіталізованих складає 15,0% – у Баранівській ЦРЛ, 37,5% – у Ємільчинській ЦРЛ та 48,0% – у Новоград-Волинському ТМО. У хірургічному відділенні Баранівської ЦРЛ за відсутності показань перебували 40,0% пацієнтів, Ємільчинської ЦРЛ – 25,0%, Новоград-Волинському ТМО – 24,5%. За результатами аналізу, необґрунтовано перебували у травматологічному відділенні Баранівської ЦРЛ 34,3% пацієнтів, Ємільчинської ЦРЛ – 41,6%, Новоград-Волинського ТМО – 35,0% хворих. Серед пацієнтів дитячих відділень у Баранівській ЦРЛ за відсутності показань перебували 16,0% хворих, Ємільчинської ЦРЛ – 35,7%, Новоград-Волинського ТМО – 31,5%. Подібні результати отримано і серед пацієнтів інфекційних відділень. У Баранівській ЦРЛ частка недоцільно госпіталізованих складає 25,4%, Ємільчинській ЦРЛ – 29,2%, Новоград-Волинському ТМО – 24,3%.

Одночасно із визначенням обґрунтованості госпіталізації нами проводилося дослідження щодо дотримання оптимальних термінів перебування пацієнтів у відділенні (серед МК пацієнтів, де госпіталізація була обґрунтована). Встановлено, що залежно від профілю відділень, середній термін перебування на ліжку можна зменшити на 7-10% без зміни якості отриманої МД. Термін перебування при задовільному стані пацієнта необґрунтовано збільшується за рахунок виписки після вихідних та святкових днів, перебування у відділенні для отримання лише таблетованих медикаментів без проведення додаткових обстежень та консультацій, а також призначення зайвих обстежень та консультацій.

З метою формування підходів до планування примірної структури лікарень у частині ліжкового фонду в контексті створення госпітальних округів, нами було вивчено роботу за окремими показниками стаціонарних відділень хірургічних та терапевтичних профілів усіх 3-ох районів за 2010-2013 рр. Визначалися наступні фактичні показники: кількість ліжок, зайнятість ліжка, обіг ліжка, середній термін перебування, забезпеченість населення ліжками. Для розрахунку оптимальної кількості ліжок використовувалися визначені нами показники необґрунтованої госпіталізації та можливого зменшення середнього терміну перебування по відділенням різного профілю, описані вище.

Механізм визначення оптимальної кількості ліжок певного профілю для госпітального округу наведемо на прикладі терапевтичних

відділень. Встановлено, що терапевтичних ліжок усього розгорнуто 145, у т.ч. 85 ліжок у Новоград-Волинській ЦРЛ (58,6%) і по 30 ліжок в Баранівській та Ємільчинській ЦРЛ. Забезпеченість терапевтичними ліжками склала відповідно: Баранівська ЦРЛ – 7,1, Новоград-Волинська ЦРЛ – 8,1, Ємільчинська – 8,5. А загалом забезпеченість терапевтичними ліжками цього регіону склала 7,9 (по Україні 11,2). З'ясовано, що в середньому терапевтичне ліжко протягом року працювало 343,9 дні (в Баранівській ЦРЛ – 334,6 дні, Новоград – Волинській ЦРЛ – 341,8, Ємільчинській ЦРЛ – 359,3).

Середня тривалість лікування в терапевтичних стаціонарах вказаних ЦРЛ склала 10,0 дні (по Україні – 11,5), із них в Ємільчинській ЦРЛ – 9,5 днів, Баранівській ЦРЛ – 10,0, Новоград-Волинській ЦРЛ – 10,1. Середній показник обігу терапевтичного ліжка відповідно цих показників склав 34,7 (у Баранівській ЦРЛ – 33,5, Новоград-Волинській ЦРЛ – 33,9, Ємільчинській ЦРЛ – 40,0). У 2013 р. на терапевтичних ліжках наведених районів проліковано 5030 пацієнтів.

На основі наявних середніх фактичних показників, нами зроблена спроба розрахувати нормативні показники ЛФ терапевтичних ліжок зазначеного регіону, використовуючи наступні кроки:

1. визначаємо нормативний обіг ліжка: $F = \frac{(N-tp)}{(T \times k + tn)}$; де F – обіг ліжка (нормативний); N – число календарних днів у плановому періоді (365 днів); tp – середня кількість днів простою ліжка внаслідок планового їх закриття на ремонт (30 днів); T – середній термін перебування хворого на ліжку, $к$ – коефіцієнт зменшення середньої тривалості лікування за рахунок дотримання оптимальних термінів виписки, залежно від профілю відділень (становить 0,9-0,93); tn –середня кількість днів простою ліжка, необхідних для підготовки ліжка для прийому наступного хворого (для інфекційних хворих і недоношених дітей – 3 дні; для хворих на туберкульоз – 2 дні; для інших профілів – 1 день).

За результатами наших досліджень середній термін перебування хворих у терапевтичних стаціонарах склав 10,0 дні. За результатами експертних ретроспективних оцінок середній термін перебування може бути скорочений на 9,1%, тобто коефіцієнт $к$ становить 0,909 ($\frac{100-9,1}{100}$). Нормативний обіг ліжка відповідно буде складати: $F = \frac{(365-30)}{10,0 \times 0,909+1} = 33,2$.

2. Визначаємо планову кількість пролікованих хворих, виходячи з отриманих показників, за формулою: $M = Lфакт \times F$; де $Lфакт$ – кількість наявних ліжок терапевтичного профілю. $M = 145 \times 33,2 = 4814$. Отже, при розрахованому нами показнику, на наявних ліжках буде проліковано 4814 пацієнтів, що на 216 менше порівняно з попереднім роком (5030 осіб).

3. Визначаємо кількість ліжок, на яких лікувалися пацієнти при відсутності показань до госпіталізації. $Lнеобгр = \frac{Мфакт \times k2}{Fфакт \times 100}$; де $Мфакт$ – фактична кількість пролікованих пацієнтів у минулому році, $Fфакт$ – фактичний обіг ліжка у попередньому році.

Нами визначено, що за результатами ретроспективних експертних оцінок МК стаціонарних хворих в терапевтичних відділеннях необґрунтовано перебували 30,2% пацієнтів, що в абсолютних цифрах становить на весь майбутній госпітальний округ 1519 хворих. На їх лікування було протягом року зайнято 44 ліжка. $Lнеобгр = \frac{5030 \times 30,2}{34,7 \times 100} = 44$ ліжка.

4. Визначаємо потребу в терапевтичних ліжках даного регіону: $Lпл = Lфакт - Lнеобгр$.

За нашими розрахунками, необхідна кількість складає 101 ліжко (145 – 44 = 101).

За наведеним алгоритмом проводимо визначення необхідної кількості ліжок за іншими категоріями терапевтичного профілю, аналогічно обчислюємо потребу в ліжках хірургічного профілю.

Для розрахунку потреби в ліжках для спеціалізованих відділень, що функціонують лише в Новоград-Волинській ЦРЛ, доцільно додатково визначити забезпеченість ліжками на 10 тис. населення по Новоград-Волинському району, а далі пропорційно до кількості населення госпітального округу вирахувати необхідну кількість ліжок даного профілю. Для оцінки потреби в ліжках кардіологічного профілю визначаємо, що середня тривалість лікування хворих у кардіологічному стаціонарі склала 10,1 дні. За результатами експертних ретроспективних оцінок середній термін перебування може бути скорочений на 8,9% і складе – 9,2 дні.

У цьому разі, нормативний обіг ліжка буде складати: $F = \frac{(365-30)}{19,2+1} = 32,8$.

Планова кількість пролікованих хворих: $M = 40 \times 32,8 = 1312$, що на 153 хворих менше від пролікованих у минулому році. Нами попередньо встановлено, що частка необґрунтовано госпіталізованих хворих становила 28%, що в абсолютних цифрах складає 410 пацієнтів. На їх лікування упродовж року було зайнято 11 ліжок. Таким чином, потреба в кардіологічних ліжках для Новоград-Волинського району повинна складати 29 ліжок, а забезпеченість цими ліжками на 10 тис. населення по Новоград-Волинському району складе

2,7. Для визначення потреби у ліжках вказаного профілю для всього госпітального округу (Новоград-Волинський, Баранівський, Ємільчинський райони) враховуємо кількість проживаючого населення (180 тис. громадян). Отже, потреба в ліжках кардіологічного профілю для госпітального округу буде становити 49 ліжок.

Аналогічно проводимо розрахунки для ЛОР та очного відділень.

Зведені дані щодо потреби в ліжках для госпітального округу за терапевтичним та хірургічним профілях наведені в табл. 6.

Таблиця 6. **Розрахована потреба в ЛФ за профілями ліжок для госпітального округу**

Профіль ліжок	Наявні штатні ліжка	Розрахована потреба в ліжках на госпітальний округ	Різниця в ліжках
Терапевтичний профіль			
Терапія	145	101	-44
Кардіологія	40	49	+9
Неврологія	70	41	-29
Педіатрія	70	51	-19
Інфекція	100	77	-23
Всього терапевтичний профіль	425	319	-106
Хірургічний профіль			
Хірургія	95	65	-30
Травматологія	61	38	-23
Оториноларингологія	15	19	+4
Офтальмологія	15	25	+10
Гінекологія	50	36	-14
Пологове	70	54	-16
Анестезіологія та інтенсивна терапія	15	18	+3
Всього хірургічний профіль	321	255	-66
Разом	**746**	**574**	**-172**

На основі вищенаведених розрахунків з урахуванням необхідності забезпечення відновного лікування та паліативної допомоги нами розроблені нормативи забезпеченості ЛФ Новоград-Волинського госпітального округу з середньостатистичним населенням 182 366 жителів та найбільшим радіусом обслуговування – 78 км. До вищезазначених профілів ліжок доцільно додати ліжка для проведення реабілітаційного лікування та надання паліативної допомоги, тому загальна кількість стаціонарних ліжок за нашими розрахунками, повинна становити 644. До нього мають бути включені наступні ЗОЗ: лікарня інтенсивного лікування з розрахованим ЛФ у 497 ліжок (77,2% від загальної кількості ліжок), 2-і лікарні планового лікування на базі районних ЦРЛ, ЛФ яких становить 77 ліжок (12,0% від загальної кількості), лікарня відновного лікування на 40 ліжок (6,2%) та 2-а хосписи на базі дільничних лікарень із загальним ЛФ 30 ліжок (4,6%) (рис. 1).

Рис. 1. **Організаційна структура ЛФ госпітального округу**

При реструктуризації Новоград-Волинського ТМО в багатопрофільну лікарню інтенсивного лікування зберігаються всі відділення та деякі з них розширюються за рахунок відділень, що скорочуються в Баранівській та Ємільчинській ЦРЛ.

У результаті можливої оптимізації ЛФ вказаних районів кількість стаціонарних ліжок зменшується на 16% (із 766 до 644 ліжок), показник забезпеченості ліжками на 10 тис. населення буде становити 35,4 ліжка.

ISNN 2070-3112
«Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація»
2014, №3-4

Таблиця 7. **Структура ЛФ госпітального округу за профілями відділень та видами лікування**

№ з.п.	Профіль відділень	Вид лікування				Всього по округу абс./на 10 тис. насел.
		Спеціалізоване лікування	Планове лікування	Відновне лікування	Паліативне лікування	
		Новоград-Волинська ЛІЛ*	Баранівська, Ємільчинська ЛПЛ*	Новоград-Волинська ЛВЛ*	Хосписи на базі ДЛ*	
1.	Відділення анестезіології та інтенсивної терапії	12				12/0,65
2.	Хірургічне відділення	35				35/1,92
3.	Гнійно-септичне хірургічне відділення	15				15/0,82
4.	Урологічне відділення	15				15/0,82
5.	Відділення травматології-ортопедії, політравми	38				38/2,08
6.	Отоларингологічне відділення	19				19/1,04
7.	Офтальмологічне відділення	25				25/1,37
8.	Кардіологічне відділення з інфарктним блоком	49				49/2,69
9.	Терапевтичне відділення	56	45			101/5,55
10.	Неврологічне відділення	30	11	10		51/2,80
11	Реабілітаційне відділення			25		25/1,37
12.	Інфекційно-боксоване відділення	77				77/4,23
13.	Дитяче відділення	30	21	5		56/3,07
14.	Пологове відділення	54				54/2,96
15	Гінекологічне відділення	36				36/1,98
16	Відділення інтенсивної терапії новонароджених	6				6/0,33
17	Відділення паліативної допомоги				30	30/1,65
Всього		**497**	**77**	**40**	**30**	**644/35,4**
Всього на 10 тисяч населення		**27,3**	**4,2**	**2,2**	**1,7**	**35,4**

Примітка: *ЛІЛ – лікарня інтенсивного лікування; ЛПЛ – лікарня паліативного лікування; ЛВЛ – лікарня відновного лікування; ДЛ – дільнича лікарня.

З них, 27,3 ліжка відводиться для надання МД у Новоград-Волинській лікарні інтенсивного лікування, 4,2 ліжка – для проведення планового лікування у лікарнях планового лікування, створених на базі Баранівської та Ємільчинської ЦРЛ, 2,2 ліжка – для забезпечення реабілітаційного лікування у лікарні відновного лікування, та 1,7 ліжка на 10 тис. населення для надання паліативної допомоги (табл. 7). Розраховані нами нормативи за окремими профілями ліжок також наведені в цій же таблиці.

За рахунок оптимізації ЛФ у госпітальному окрузі кількість ліжок на 122 менше порівняно з фактичною кількістю у 3-ох районах. Враховуючи, що показник середньої зайнятості ліжка у досліджуваних районах становив 320,4 дні, на цих ліжках пацієнти могли б провести 39089 днів за рік. За нашими підрахунками, встановлено, що у 2014 р. прямі та непрямі витрати на ліжко-день становили 173,42 грн. Результати розрахунків показали, що при інтенсифікації ЛФ за наведеною схемою госпітальний сектор може бути додатково профінансовано на суму близько 6,7 млн. грн., які можна скерувати на впровадження сучасних медичних технологій.

Висновки:

1. Встановлено, що протягом 1990-2013 рр. у Житомирській області кількість лікувальних закладів з можливістю стаціонарного лікування населення зменшилася з 143 до 59 (на 58,7%, із них за 1990-2001 рр. закрито 60 закладів), ліжковий фонд з 20290 ліжок скоротився до 9282 (на 54,2%, із них за 1990-2001 рр. скорочено 9830 ліжок). У результаті, рівень забезпеченості ліжками цілодобового перебування хворих становить 73,5 на 10 тис. населення, що на 9% менше, ніж у середньому в Україні.
2. Доведено за результатами ретроспективних експертних оцінок можливість зменшення середньої тривалості лікування на 7-10%, а також наявність значної частки пацієнтів, які отримували лікування в умовах цілодобового стаціонару за відсутності показань (від 16% до 59% залежно від профілю відділень, у середньому – 26%), що пов'язано з існуючою системою фінансування «ліжка», а не медичної послуги.
3. Науково обґрунтована потреба в ліжковому фонді госпітального округу з населенням у 180 тис. громадян. Загальна потреба в ліжках становить 644 (35,4 ліжка в перерахунку на 10 тис. населення), з них 77% ліжок повинні належати лікарні інтенсивного лікування.
4. З'ясовано, що для підвищення ефективності використання ліжкового фонду необхідне проведення структурних перетворень системі медичної допомоги та формування оптимальної територіальної мережі стаціонарних закладів. Відповідними заходами повинні бути оптимізація ліжкового фонду первинної та вторинної мережі надання медичної допомоги населенню області, створення міжрайонних високоспеціалізованих центрів, розширення амбулаторно-поліклінічних форм лікування.

Перспективи подальшого розвитку у даному напрямку: створити модель госпітального округу з обґрунтуванням кадрових ресурсів.

Література:

1. *Вуїв О.Г.* Аналіз використання ліжкового фонду загально-хірургічного профілю у Львівській області за 2003–2008 рр./ *О.Г. Вуїв, О.В. Любінець* // Україна. Здоров'я нації. – 2009. – №3(11). – С.77-83.
2. Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава. Програма економічних реформ на 2010-2014 роки. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.president.gov.ua/docs/Programa_reform_FINAL_1.pdf
3. *Лехан В.М.* Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / *В.М. Лехан, Г.О Слабкий, М.В Шевченко* // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – №1. – С.5-23.
4. Охорона здоров'я України: проблеми і напрямки розвитку / *Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В.* [та ін.] // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2011. – № 4. – С.5-18.
5. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року. Наказ МОЗ України №454 від 01.08.2011 року. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110801_454.html
6. Про затвердження методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі. Наказ МОЗ України № 420 від

15.07.2011 року. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110715_420.html
7. *Слабкий Г.О.* Ліжковий фонд та методологічні підходи до його раціонального використання (методичні рекомендації) / *Г.О. Слабкий, О.В. Любінець, О.Г. Вуїв*. – К.: Укр. Інст. страт. досліджень МОЗ України, Львівський нац. мед. університет ім. Д. Галицького, 2009. – 32 с.
8. *Слабкий Г.О.* Стратегічні напрямки та підходи до розвитку лікарень в XXI столітті / *Г.О. Слабкий* // Лікарня в XXI столітті: управління та організація медичної допомоги: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф., м. Київ, 5–6 червня 2008 р. – К, 2008. – С. 3-5.
9. Стан лікувально-профілактичної допомоги населенню України / *О.М. Ціборовський, Г.О. Слабкий, В.Г. Курчатов* [та ін.] // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та результати діяльності галузі охорони здоров'я. 2003 рік. – К., 2007. – С. 112-180.
10. Структурна перебудова як шлях підвищення ефективності використання ресурсів системи охорони здоров'я в умовах фінансово-економічної кризи / *Лехан В.М., Слабкий Г.О., Рудень В.В.* [та ін.] // Охорона здоров'я України. – 2009. – №1(3). – С.18-20.
11. *Толстанов О.К.* Реформування охорони здоров`я на Житомирщині: Досвід. Проблеми. Перспективи : монографія / *О.К. Толстанов, В.Д. Парій*. – Житомир: Обл. мед. центр, 2006. – 200 с.

УДК 614.21(477)

АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОЕЧНОГО ФОНДА ЖИТОМИРСКОЙ ОБЛАСТИ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПУТЕЙ ЕГО ОПТИМИЗАЦИИ

В.М. Борис
Новоград-Волынское горрайТМО, Житомирская обл., г.Новоград-Волынский, Украина

Резюме: Проведен анализ использования и динамики изменений коечного фонда Житомирской области с 1990 года. Установлено, что за 23 года количество учреждений здравоохранения с возможностью стационарного лечения уменьшилось на 53,9%, а коечный фонд на 53,4%. Основное сокращение произошло за период 1990-2001 гг. Определены подходы по расчету коечного фонда при создании госпитальных округов.

Ключевые слова: коечный фонд, оптимизация, госпитальный округ.

UDC 614.21(477)

ANALYSIS OF HOSPITAL BEDSPACE USAGE IN OF ZHYTOMYR REGION AND DETERMINATION OF THE WAYS OF ITS OPTIMIZATION

Boris V.M.
Novograd-Volynskyi urban and regional TMA, Zhytomyr region, Novograd-Volynskyi, Ukraine

Summary: The analysis of hospital bedspace usage in Zhytomyr region since 1990 has been conducted. It is found that the number of health facilities with the possibility of inpatient treatment has decreased by 53,9% and the bedspace – by 53,4% for 23 years. The main decrease occurred during 1990-2001. The approaches for calculation of hospital bedspace in the context of creation of hospital districts was defined.

Keywords: hospital bedspace, optimization, hospital district.

Надійшла до редакції 18.11.2014 р.