

ЛОГІСТИКА ЗМІН ФУНКЦІОНУВАННЯ ЛІЖКОВОГО ФОНДУ У ВЕЛИКИХ МІСТАХ

Проф. О. М. Хвисюк, доц. В. І. Кривобок, доц. Б. А. Рогожин

Харківська медична академія післядипломної освіти

Розвиток національної системи охорони здоров'я України включає розв'язання завдання щодо функціонування ліжкового фонду стаціонарів бюджетних медичних закладів усіх рівнів підпорядкування. Світовий досвід доводить, що оптимальним шляхом є його структуризація за функціональною ознакою. Виділяють стаціонари інтенсивної лікарняної медичної допомоги, тривалого перебування та цілодобового лікарського нагляду, медичного нагляду — сестринської допомоги, а також медико-соціальні, з медичним наглядом парамедиків та контролем із боку медичних сестер.

Зазначено, що стаціонари у великих університетських містах виконують важливу функцію із забезпечення клінічної складової додипломної та післядипломної підготовки медичних кадрів. Увагу акцентовано на тому, що за умов розпочатої трансформації бюджетних медичних установ у статус підприємств необхідно забезпечити організаційну єдність лікувального процесу та навчання. Запропоновано створення інституцій громадянського суспільства з метою соціального та наукового супроводу цих змін.

Ключові слова: реформування, стаціонари, структуризація, інституції громадянського суспільства.

ЛОГИСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ КОЕЧНОГО ФОНДА В БОЛЬШИХ ГОРОДАХ

Проф. А. Н. Хвисюк, доц. В. И. Кривобок, доц. Б. А. Рогожин

Развитие национальной системы здравоохранения Украины включает решение задач по функционированию коечного фонда стационаров бюджетных учреждений государственной и коммунальной форм собственности. Мировой опыт показывает, что оптимальным путем таких перемен есть его структуризация по функциональному признаку. Выделяют стационары интенсивной больницы медицинской помощи, длительного пребывания и круглосуточного врачебного наблюдения, медицинского присмотра — сестринской помощи, а также медико-социальные, с медицинским присмотром парамедиков и контролем со стороны медицинских сестер.

Отмечено, что стационары в больших университетских городах выполняют важную функцию по обеспечению клинической составляющей додипломной и последипломной подготовки медицинских кадров. Внимание акцентировано на том, что в условиях уже начавшейся трансформации бюджетных учреждений в медицинские предприятия необходимо обеспечить организационное единство лечебного процесса и обучения медицинских специалистов. Предложено создание институтов гражданского общества для социального и научного сопровождения таких изменений.

Ключевые слова: реформирование, стационары, структуризация, институты гражданского общества.

LOGISTICS OPERATION CHANGES THE HOSPITAL FUND IN LARGE CITIES

A. M. Hvisjuk, V. I. Krivobok, B. A. Rogozhyn

Development of national medical care system in Ukraine includes arrangement of hospital stock in state and communal-owned hospitals. Global experience proves that the best way of this arrangement lies in classification of hospitals in accordance with their functions. All hospitals fall into two categories: hospitals of intensive medical care where patients stay for a long period of time and patients' conditions are monitored day and night by doctors and nurses and medical-social hospitals where patients' conditions are monitored by paramedical personnel and nurses.

In cities, hospitals play an important role in providing clinical practice for graduate and postgraduate students of medical educational establishments. When transformation of state and communal-owned hospitals into medical enterprises is being under the way, it is important to ensure organizational unity of medical care and educational processes. Non-government organizations are suggested to set up with regard to social and scientific support of this transition.

Keywords: reformation, hospitals, arrangement, non-government organizations.

Подальший розвиток національної системи охорони здоров'я України пов'язаний із функціонуванням ліжкового фонду бюджетних медичних закладів всіх рівнів підпорядкування.

Це є особливістю національної системи охорони здоров'я України та наслідком того, що майже весь ліжковий фонд перебуває саме в бюджетних установах державної та комунальної власності. Практика та дослідження свідчать, що системи охорони здоров'я мають певні відмінності й особливості, які суттєво впливають на процеси їх розвитку, пов'язані з особливостями їх функцій, складністю організаційного устрою й управління [5]. Зазначене зумовлює актуальність дослідження перспективи змін у наданні вторинної допомоги в умовах стаціонару.

Мета роботи — визначення факторів впливу на розвиток стаціонарної допомоги в умовах структурних реформ медичної галузі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відкриті статистичні дані та звіти про діяльність медичної галузі Харківської області з оптимізації ліжкового фонду, досвід країн Європи з реформування стаціонарної допомоги подані у виданнях Європейської обсерваторії за системами та політикою охорони здоров'я, які було досліджено інструментами системного підходу та системного аналізу [2, 3].

Дослідження наукових джерел доводить, що зміни у структурі та кількості лікарняних ліжок є віддзеркаленням розвитку медичних технологій та деформацій у соціальній структурі населення, змін у структурі попиту на медичні послуги. Про це свідчить досвід зарубіжних країн, насамперед Європи та колишніх республік СРСР і постсоціалістичних держав Східної та Південної Європи.

У численних працях із вивчення цих складних процесів ідеться про те, що арифметичне скорочення обсягів стаціонарної допомоги відбулося паралельно зі змінами у її структурі.

Було виділено такі структурні напрямки:

- ліжка закладів інтенсивної лікарняної медичної допомоги, де термін перебування не перевищує 5 діб;
- ліжка тривалого перебування та цілодобового лікарського нагляду з терміном перебування до 21 доби (середній показник — 14);
- ліжка в стаціонарах медичного нагляду — сестринської допомоги, де здебільшого

виконують призначення лікарів первинної ланки;

- ліжка медико-соціальні, з медичним наглядом парамедиків та контролем із боку медичних сестер.

Нині забезпеченість лікарняними ліжками у країнах Європи становить від 27,0 у Швеції до 82,9 у ФРН. У постсоціалістичних країнах цей показник становить: 71,8 — Угорщина; 68,3 — Чехія; 65,4 — Польща; 61,0 — Румунія; 59,7 — Словаччина. Серед цих показників питома вага ліжок медичного нагляду — сестринської допомоги та медико-соціального напрямку становить від 40 до 70 %. Тобто ліжковий фонд стаціонарної допомоги, розрахований на надання медичної допомоги саме вторинного рівня та спеціалізованої стаціонарної допомоги, забезпечує потреби населення за показником до 30 ліжок на 10 тис. населення [5].

Дослідження вітчизняного досвіду доводять, що питання оптимізації кількісних показників ліжкового фонду в Україні стало актуальним у 1993–1996 р. Саме в цей час було проведено значну роботу щодо аналізу діяльності стаціонарних закладів, які були розташовані в місті Харкові, та розроблено й реалізовано численні заходи щодо їх скорочення. Слід зазначити, що ці процеси торкнулися всіх бюджетних установ, усіх форм власності та підпорядкування. Здебільшого це стосувалося муніципальних закладів, проте скорочення зазнали також обласні установи та клініки науково-дослідних інститутів Національної академії медичних наук і відомчі заклади.

Станом на 2015 р. загалом у Харківській області підвідомчих МОЗ України функціонує 20,7 тис. ліжок, що становить 76,5 ліжка на 10 тис. населення, тоді як у 2006 р. цей показник становив 80,1. Прийняття у 2015 р. Постанови КМ України від 25.11.2015 р. № 1024 «Про затвердження нормативу забезпечення стаціонарними ліжками у розрахунку на 10 тис. населення» встановило новий поріг цього показника — 60,0, що викликало необхідність активізації зазначеної роботи. Згідно з даними Управління охорони здоров'я Харківської державної адміністрації, поданими 28 жовтня 2016 р. колегії обласного Управління охорони здоров'я, визначено,

що подальша оптимізація, зокрема, пошириться на 1,4 тис. ліжок, або 27 % від розгорнутих на цей час у сільських районах області, де тепер розгорнуто 3,8 тис. ліжок. Може бути оптимізовано 1411 ліжок, або 27 % від розгорнутих нині. Безумовно, процес оптимізації та скорочення не омине й закладів, розташованих у містах, зокрема й в обласному центрі [4].

Керівники медичної галузі Харківщини звертають увагу на те, що подальший розвиток процесів оптимізації стаціонарного сектору медичної допомоги вже стикається із двома складними проблемами:

- запобігання масовому вивільненню медичних працівників у процесі очікуваної подальшої оптимізації ліжкового фонду;
- питання збереження матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я, зокрема вивільнених приміщень та будівель.

Такі питання неодноразово обговорювалися в медичному товаристві, зокрема підлягає розгляду проектів створення госпітальних округів. Тому доцільно повернутися до них, ураховуючи нові пропозиції МОЗ України щодо автономізації медичних закладів. Зокрема, виділені стаціонари соціально-медичного призначення можуть бути виведені з бюджетного фінансування або переведені в режим часткової дотації. Це дасть змогу раціонально використовувати матеріально-технічну базу та створити робочі місця.

Упровадження нових форм господарської діяльності медичних установ — автономізація у формі комунальних медичних підприємств — є впливовим чинником на процеси управління медичними закладами, що стає інструментом ефективного використання суспільних ресурсів галузі. Харківською обласною радою вже прийнято відповідне рішення про створення Комунального некомерційного підприємства «Обласний центр онкології». Відомо, що подібна трансформація буде поширена. Крім того, МОЗ України вже скасувало штатні нормативи, що були встановлені відповідно до Наказу № 33 від 23.02.2000 р. «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я».

У цих умовах абсолютна кількість ліжок утрачає своє призначення бути маркером та підставою щодо отримання бюджетних

коштів, вона переходить до категорії фінансово-економічної: її треба розглядати як актив, який приносить дохід підприємству, або пасив, що потребує непродуктивних витрат.

Зазначений виклик щодо соціального захисту медичних працівників від загроз, які виникають у процесі оптимізації діяльності стаціонарної допомоги, а також досвід країн, що вже пройшли цей етап структурних реформ, прогнози фахівців свідчать, що в таких умовах саме післядипломна освіта забезпечує потреби медичних закладів у спеціалістах нових фахів та вищої кваліфікації. Водночас доступність післядипломної освіти є чинником, що сприяє посиленню соціально-професійного захисту медичних працівників, відкриваючи для них нові професійні можливості.

Досвід постсоціалістичних країн (у тому числі вітчизняний) свідчить, що впровадження договірних відносин у процеси, порядок та процедуру фінансування медичних установ потребує подальшого ретельного моніторингу щодо дотримання стандартів та протоколів надання медичної допомоги. Виникає необхідність безперервного процесу з розробки нових медичних стандартів, клінічних протоколів та нормативів надання медичної допомоги згідно з упровадженням нових медичних технологій [3, 5].

На рівні кожного окремого закладу, який стає медичним підприємством, необхідно буде розробити не лише вже звичні локальні протоколи, а ще й технологічні карти їх матеріально-технічного забезпечення. Такі карти є формою обліку матеріальних витрат щодо забезпечення належної якості наданих медичних послуг відповідно до угоди, а також основою ціноутворення медичної послуги. Вважаємо, що цю роботу вже необхідно розпочинати, залучаючи до неї науковців і фахівців клінічних кафедр.

Дослідження функцій, які виконують стаціонарні медичні заклади у великих університетських містах (на прикладі Харкова), свідчить, що важливим завданням цих закладів є функція навчальних та наукових клінік — баз підготовки медичних кадрів та проведення й упровадження результатів наукових досліджень. Це питання поки не включено до порядку денного

обговорення та планування змін у функціонуванні стаціонарного фонду на належному системному рівні. Досвід інших країн та вивчення умов функціонування клінік медичного факультету Харківського університету, Жіночого медичного інституту Харківського медичного товариства, Харківського медичного інституту й Інституту підготовки кадрів Всеукраїнської психоневрологічної академії, набутий у 1860–1930 рр., свідчить про високу медичну, соціальну й економічну ефективність такої співпраці [1].

ВИСНОВКИ

1. Вивчення зарубіжного досвіду проведення структурних реформ галузі доводить, що забезпечення доступності та якості стаціонарної допомоги, підвищення її медичної, соціальної та економічної ефективності є їх невід'ємною складовою частиною.

2. Питання щодо оптимізації ліжкових структур має неабияке значення щодо

забезпечення доступності вторинної медичної допомоги і викликає значний соціальний резонанс, необхідність виваженого професійного підходу до його розв'язання.

3. Стаціонари у великих університетських містах виконують функції клінічних баз підготовки та перепідготовки медичних спеціалістів. Забезпечення безперервності та якості цього процесу зумовлює успішність реформування галузі.

4. Вітчизняний та зарубіжний досвід свідчить про ефективність громадських інституцій у формі дорадчих організацій за участю представників влади, депутатів місцевих рад, представників медичних асоціацій, керівників закладів, спеціалістів і вчених.

5. До функцій таких закладів мають входити: оптимізація мережі, впровадження економічних засад, забезпечення потреб медичних закладів у кадрах, перепрофілізація спеціалістів, заходи щодо гарантування якості та доступності медичної допомоги.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Курорт Березовские минеральные воды. История и современность : 1862–2012 / А. И. Сердюк, Б. А. Рогожин, Л. Д. Тондий [и др.]. — Харьков : Золотые страницы, 2012. — 400 с.

2. Показники здоров'я населення та діяльність медичних закладів Харківської області. Харківський обласний інформаційно-аналітичний Центр медичної статистики [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://khomeiac.org/activity.php>.

3. Сокращение или перепрофилирование? / И. И. Новых, А. И. Русенчик, А. И. Седых [и др.] // Вопросы информатизации и организации здравоохранения. Беларусь. — 2014. — № 1. — С. 63–67 [Электронный ресурс]. — Режим доступа : http://minzdrav.gov.by/dadvfiles/000895_635716_4_Nauch_1_14pat1.pdf.

4. Черняк М. Ми маємо фінансувати лікування пацієнтів, а не утримання лікарняних ліжок [Електронний ресурс] / Михайло Черняк. — Режим доступу : <http://kharkivoda.gov.ua/news/83234>.

5. Papanicolas I. Health system performance comparison. — 2013 [Electronic resource] / I. Papanicolas, P. C. Smith. — Mode of access : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/244836/Health-System-Performance-Comparison.pdf?ua=1.