УДК: 614.21:616.082:9477.44)

В. С. Василик
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА НАСЕЛЕННЮ ОБЛАСТІ: ПІДСУМКИ РОБОТИ СТАЦІОНАРІВ, ПЕРСПЕКТИВИ ОПТИМІЗАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Проведений аналіз роботи стаціонарних відділень медичних закладів Вінницької області та розглянуто перспективи оптимізації їх діяльності.

Ключові слова: стаціонарна допомога, реформування.

Як зазначено у «Програмі економічних реформ України на 2010–2014 роки», чинна система охорони здоров'я не забезпечує рівного безкоштовного доступу населення до якісних медичних послуг. Відомча медицина (з обмеженим доступом) ускладнює досягнення мети рівного доступу до медичних послуг охорони здоров'я. не забезпечується ефективний захист населення від ризиків, пов'язаних з витратами на медичну допомогу» [2].

Видатки на охорону здоров'я у державному бюджеті 2010 року становлять 3,65% (у США 13,6% ВВП, у Швеції – до12%, Німеччині, Норвегії – 9,0%, Франції – 10% ВВП). За рештою показників видатків на охорону здоров'я ми також відстаємо від більшості країн ЕС: вартість 1-го ліжко-дня у США складає понад 600$, у країнах Західної Європи – 200–300$, Балтії – 50$, Російській Федерації – 15$, в Україні – 8$ [1, 2]. Таке істотне відставання супроводжується значною незбалансованістю структури медичної допомоги, істотним перевищенням рівня забезпеченості населення лікарнями і ліжками. За даними ВООЗ, кількість лікарень на 100 тис. населення, рекомендована регіональним бюро ВООЗ складає 3,1, тоді як в Україні – 5,4, а у Вінницькій області – 6,6. Забезпеченість населення лікарняними ліжками становить 55,0, вітчизняна – 86,6, обласна – 82,0 на 10 тис. населення, середня тривалість перебування хворого у стаціонарі у країнах ЄС – 9,2 дня, в Україні – 12,7 дня, в регіоні – 12,1 дня, такий показник, як рівень госпіталізації населення європейських країн складає 18,0 на 100 жителів проти 22,4 в Україні та 23,4 у Вінницькій області. Крім беззаперечних досягнень, стан сучасної стаціонарної допомоги, характеризують також негативні тенденції, провідними з яких є невідповідність сучасним потребам потужності ліжкового фонду, недостатній, а іноді деформований рівень забезпеченості лікувально – діагностичним обладнанням, що призводить до нераціонального використання наявних ресурсів, не дозволяє в повній мірі реалізувати можливості сучасної охорони здоров'я. Експертні дослідження засвідчують, що в стаціонари госпіталізується від 30 до 50% пацієнтів, які не вимагають госпітального лікування, а при оптимальній організації медичної допомоги можуть бути проліковані у амбулаторно-поліклінічних закладах. Таким чином, володіючи значно меншими фінансовими ресурсами, ми спрямовуємо їх у найбільш затратний сектор охорони здоров'я, а за умов не завжди обґрунтованої госпіталізації кошти практично розпорошуються, і дійсно «складний» пацієнт змушений лікуватись на згаданих 8$. Тому сьогодні із ще більшою гостротою постає питання про необхідність переходу від екстенсивно орієнтованої, з кошторисним фінансуванням видатків охорони здоров'я до інтенсивних моделей її розвитку, економічних методів управління, ефективної структури галузі.

Матеріали і методи: проаналізовано діяльність медичних закладів Вінницької області з експертною оцінкою провідних фахівців. Використаний статистичний метод і метод експертних оцінок.

Результати та обговорення

За даними річного звіту ліжковий фонд області на кінець 2010 року становить 13506 ліжок. За рік відбулось скорочення ліжкового фонду на 59 ліжок, що істотно не вплинуло на рівень забезпеченості ліжками – 82,15 на 10 тис. населення, що вище затвердженого нормативу (80,0 та для районів області – 53,0 на 10 тис. нас.). Для приведення у відповідність до економічно обґрунтованого нормативу необхідно додатково скоротити 2,6% наявних потужностей, або 358 ліжок (табл. 1).

Забезпеченість ліжками відповідає нормативу у Барському, Вінницькому, Калинівському, Крижопільському районах. вищою залишається в Чечельницькому, Погребищенському, Муровано-Куриловецькому районах та м. Лади-

жині, у яких навіть за показником загальних обсягів фінансування залишаються не профінансованими від 15 до 10% ліжкового фонду.

За даними статистичних звітів у 2010 році стабільно високим залишається показник госпіталізації – на рівні 23,4 на 100 мешканців, узагальнений показник роботи ліжка перебуває в межах нормативу і складає 344,10. В нормативному режимі працювали ліжка у 13-ти районах області. Як засвідчив подальший аналіз, залишається низькою робота ліжка у Бершадському, Іллінецькому, Літинському, Томашпільському, Тульчинському, Тиврівському, Шаргородському районах (від 291,5 до 332,38). Зберігається відмінність показників роботи спеціалізованих ліжок за окремими профілями як в бік недовантаження, так і перевантаження у більшості закладів. Це також свідчить про неефективність використання бюджетних коштів: за так би мовити «перевантаженими» профілями ліжок лікувально – діагностичний процес фактично недофінансовано, у решти – внаслідок простою ліжка порушені нормативи фінансового забезпечення.

Середні строки лікування хворих по області залишились на попередньому рівні і становлять – 11,75 днів (у 2009 році 11,96 днів). За 2010 рік у стаціонарах лікувальних закладів області проліковано 385477 пацієнтів, в тому числі близько 75 тис. дітей до 17 років. В структурі госпіталізованої патології дорослого населення переважають хвороби системи кровообігу (23,5%), органів дихання (9,8%), травлення (8,4%), зовнішні причини (7,5%). Серед захворювань, що призвели до госпіталізації дітей віком до 17 років, найбільша питома частка хвороб органів дихання (майже 50%) і травлення (10%). Показник летальності за звітний рік склав 0,8 серед дорослих госпіталізованих, 0,2 – серед дітей. Найвищі рівні летальності у дорослих – за класами хвороби системи кровообігу. Середній термін перебування хворого на ліжку склав 12,4 дн. (дорослі), 9,2 дн. (діти).

У звітному році зареєстрована позитивна динаміка ряду показників хірургічної служби регіону. Порівняно з минулорічним періодом зросли обсяги оперативних втручань населенню області з 609,62 до 620,3 на 10 тис. населення. зменшились показники післяопераційної летальності (0,28%), в тому числі внаслідок ургентних операцій (1,26%). **Хірургічна активність** відповідає минулорічному рівню – 62,25% проти 62,0%. Серед обласних лікувально-профілактичних закладів вісім надають населенню високоспеціалізовану хірургічну допомогу. Хірургічна активність в цих закладах значно вища, ніж в цілому по області: в обласному онкодиспансері вона становить 90,8%, обл. ендокринологічному диспансері – 85,7%, обласному госпіталі для ІВВ –75,6%, обл. лікарні ім. Пирогова – 77,0%. Питома вага операцій, виконаних в ургентному порядку, зменшилась з 5,13% до 4,75%. Показник роботи хірургічного ліжка у звітному році зменшився з 368,0 до 358,1 дня, однак залишається вищим нормативу. середня тривалість лікування хворого на хірургічному ліжку загалом зареєстрована на відповідному минулорічному рівні – 9,1 дня. В структурі «ургентної» патології переважають захворювання органів травлення: гострий апендицит (57,2%), гострий холецистит (9,2%), а також травми (7,0%). Однак, як уже зазначалось, кількість втручань, виконаних в амбулаторних умовах, за звітний рік продовжує зменшуватись і зареєстрована на рівні 911,7 на 10 тис. населення. в структурі оперативних втручань, виконаних в хірургічних стаціонарах найбільша питома частка припадає на хвороби шкіри та підшкірної клітковини (20%), сечостатевої системи (15,0%), шлунково-кишкового тракту (10,1%), кістково-м'язової системи (9,4%), лор (8,6%), ока та придаткового апарату (7,2%), ХСК (2%), дихання (1,1%), нервової та ендокринної систем – відповідно 0,6% та 0,4%. Із виконаних у стаціонарах області понад 20 тис. операцій на шкірі та підшкірній клітковині у обласних закладах області по 3 тис. втручань за рік. серед пролікованих лише 30% мешканці других населених пунктів.

Серед осіб, що звертались по медичну допомогу з діагнозом-операції на шкірі та підшкірній клітковині, 12,3 тис. пацієнтів (60%)

Таблиця 1

Діяльність стаціонарів за 2010–2012 рр.

№ п/п	Діяльність стаціонарів	Вінниця		Вінницька область	
		Показники		Показники	
		2010	2012	2010	2012
1	Забезпеченість ліжками на 10 000 всього населення	36,0	36,45	78,09	73,0
2	Рівень госпіталізації на 1 000 всього населення	125,1	129,74	234,0	214,89
3	Середне число днів роботи ліжка – всього.	326,90	344,13	338,82	344,80
4	Середні строки лікування хворого – всього.	9,21	9,18	11,75	11,58

лікуються у багатопрофільних лікарнях вторинного рівня, які можуть бути проліковані в амбулаторних умовах і особливо в стаціонарозамінних закладах. Серед усіх випадків лікування в стаціонарах загального профілю з приводу хвороб травлення не потребують невідкладної допомоги близько 60% пацієнтів з діагнозом «гастрит, дуоденіт», з виразковою хворобою шлунку і 12-и палої кишки, 70% – з хворобами жовчовивідних шляхів, хронічними хворобами підшлункової залози. В той же час показники летальності за цими рубриками від ургентної патології, в тому числі, післяопераційної, залишаються високими. зазначена тенденція свідчить про недостатню роботу лікувальних закладів по забезпеченню спадкоємності у роботі амбулаторно – поліклінічних та стаціонарних підрозділів, належного рівня диспансерного спостереження, відбору для стаціонарозамінного лікування. З огляду на такі тенденції особливого значення набуває структурно-функціональний аналіз результатів роботи стаціонарних підрозділів, який дозволить отримати інтегровану оцінку діяльності усіх відділень і служб закладу охорони здоров'я, в т. ч. із забезпечення спадкоємності лікувально-діагностичної роботи на догоспітальному етапі та в умовах стаціонару. Прикладом успішної структурно-функціональної перебудови медичної допомоги можна вважати розвиток мережі спеціалізованих медичних центрів – так у області розгорнуто 26 спеціалізованих профільних центрів.

Висновки

Питання реалізації 2-го етапу реформи як ніколи на часі. Така ситуація потребує поглибленого клініко-експертного аналізу та застосування заходів по забезпеченню якості надання медичної допомоги, її відповідності сучасним стандартам і протоколам лікування. Аналіз отриманих нами даних свідчить не лише про неефективне використання потужностей цілодобових стаціонарів, а також про низьку якість амбулаторного лікування, недостатнє поширення стаціонарозамінної допомоги. А якщо при здійсненні оцінки ефективності використання потужностей ліжкового фонду взяти до уваги також обсяги простою ліжка за різними профілями, буде зрозуміло, якими резервами оптимізації ліжка ми володіємо і які на другому році реформи практично не використовуємо.

Пріоритетні напрями діяльності стаціонарного сектору охорони здоров'я: оптимізація ліжкового фонду не шляхом скорочення валових показників чисельності ліжок при збереженні існуючої мережі закладів, а змін системного характеру, розподіл обсягів послуг між рівнями медичної допомоги, перепрофілізація ліжок за принципом гостроти перебігу хвороби та інтенсивності лікування, застосування клінічних протоколів як складової комплексного індивідуального підходу до кожного пацієнта на принципах доказової медицини, впровадження системи клініко-експертних оцінок та клінічного аудиту, запровадження формулярної системи.

Шляхи інтенсифікації діяльності цілодобового сектору охорони здоров'я регіону: подальший розвиток стаціонарозамінних малозатратних технологій з перерозподілом частки обсягів медичної допомоги населенню із стаціонарного сектору в амбулаторний, доукомплектування стаціонарів кваліфікованими кадрами, їх дооснащення відповідно до чинних стандартів, поетапне впровадження в діяльність стаціонарів протоколів курації хворих, реєстрів стаціонарних хворих тощо, структурно-функціональна перебудова стаціонарних потужностей з розподілом на ліжка інтенсивного лікування, планового лікування, доліковування (відновного лікування), сестринського нагляду, впровадження етапності медичної допомоги, маршрутів спрямування пацієнтів у лікувальні заклади вищого рівня, забезпечення функціонування цілодобового телемедичного зв'язку між суб'єктами медичної практики різних рівнів, запровадження в перспективі, з метою реального відображення якості медичної допомоги, провідних показників роботи закладів стаціонарного рівня.

Список літератури

1. Голяченко О. М. , Панчишин Н. Я., Смирнова В. Л. Нові підходи до реформування стаціонарної допомоги // Вісник Соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. – 2010\1. – С. 34–43.
2. Рекомендації щодо подальшого розвитку вторинної медичної допомоги в Україні. Проект ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні». – К., – 2009.

Стаття надійшла до редакції 21.02.2013

В. С. Василик
Винницкий национальный медицинский университет

СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ ОБЛАСТИ: ИТОГИ РАБОТЫ СТАЦИОНАРОВ, ПЕРСПЕКТИВЫ ОПТИМИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Проведенный анализ работы стационарных отделений медицинских учреждений Винницкой области и рассмотрены перспективы оптимизации их деятельности.

Ключевые слова: стационарная помощь, реформирование.

V. S. Vasylyk
Vinnitsa National Medical University

INPATIENT CARE IN VINNITSA REGION: RESULTS OF HOSPITAL WORK AND WAYS OF OPTIMIZATION

The analysis of inpatient departments of medical institutions Vinnytsia region and considers prospects for optimizing their performance.

Keywords: inpatient care, reform.