

УДК 616-082:725.52

Л. С. БАБІНЕЦЬ, В. В. КМІТА, Г. П. ЯЛИНСЬКА, О. О. ОНИСЬКІВ, Н. І. КОРИЛЬЧУК,  
О. А. КАЧМАР, В. М. ТВОРКО, С. С. РЯБОКОНЬ, С. Я. БОНДАР, Н. Є. БОЦЮК  
(Тернопіль)

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ДЕННОГО СТАЦІОНАРУ ЗАГАЛЬНОГО ПРОФІЛЮ ЯК СТРУКТУРНОГО ПІДРОЗДІЛУ ПОЛІКЛІНІКИ

ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського; ТМКЛ №2, денний стаціонар поліклініки

Визначено місце і роль денного стаціонару в сучасних умовах практичної охорони здоров'я на основі представленого досвіду роботи багатопрофільного денного стаціонару, оснований на базі поліклінічного відділення Тернопільської міської клінічної лікарні № 2.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** поліклініка, денний стаціонар, ефективність лікування.

Сучасні несприятливі соціально-економічні й екологічні умови в Україні значно загострили проблему профілактики захворювань, збереження і зміцнення здоров'я населення, посилили вимоги до якості та ефективності медичного обслуговування. Розв'язання нагальних проблем вітчизняної охорони здоров'я нерозривно пов'язано з переорієнтацією галузі на пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), перехід до сімейної медицини (СМ), широке запровадження стаціонарозамінних форм медичного обслуговування [1;5]. Одним з реальних механізмів раціоналізації медичної допомоги, підвищення її доступності та якості є розвиток різнопрофільних денних стаціонарів (ДС), медико-соціально та економічну ефективність яких доведено вітчизняною та зарубіжною практикою [3;10].

Актуальність подальшого розвитку ДС в Україні підкреслено в «Концепції розвитку охорони здоров'я населення України» (2000), Міжгалузевій комплексній програмі «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки (2002), інших державних та галузевих документах [6;9]. Широке їх запровадження в роботу закладів, які функціонують на засадах СМ, дозволяє забезпечити амбулаторне надання прикріпленому населенню кваліфікованої медичної допомоги, наближеної за рівнем та якістю до стаціонарної, що сприятиме скороченню ресурсних витрат галузі за рахунок зміщення акцентів у медичному обслуговуванні на рівень ПМСД та зменшення навантаження на дороговартісний лікарняний сектор [2]. Проте існуюча мережа ДС недостатньо адаптована до сучасних тенденцій переходу до СМ, а організаційні аспекти їх функціонування в

складі закладів СМ не отримали належного опрацювання [2]. Практично немає робіт, присвячених науковій розробці перспектив та прогнозу подальшого розвитку в Україні цих організаційних форм. Таким чином, практична необхідність і наукова значущість розробки проблеми удосконалення діяльності ДС поліклініки (ДСП) загального профілю в умовах переходу ПМСД до СМ зумовили актуальність проведеного дослідження.

**Метою дослідження** було на основі проведення аналізу роботи ДС поліклінічного відділення Тернопільської міської комунальної клінічної лікарні №2 продемонструвати доцільність і ефективність роботи стаціонарозамінної форми медичного обслуговування терапевтичного профілю.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Указом Президента України «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» від 06.12.2005 р. №1694/2005 та «Концепцією Державної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2010 року», схвалено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 24.07.06 р. № 421-р і визначені завдання раціональної реорганізації системи охорони здоров'я, метою яких є зміцнення здоров'я населення України, поліпшення демографічної ситуації, підвищення якості та ефективності медичних послуг [6, 9]. На виконання указаних нормативних документів у м. Тернополі було розроблено план поетапного переходу до організації ПМСД на засадах СМ, а також інші нормативні документи, серед яких і «Положення про денний стаціонар» [7].

ДСП – це форма організації медичної допомоги населенню, структурний підрозділ амбула-

торно-поліклінічного чи іншого лікувального закладу, який призначений для проведення постійних лікувально-реабілітаційних, діагностичних і профілактичних заходів хворим в умовах поліклініки [4].

До структурних підрозділів ДСП належать палати і кімната відпочинку для хворих, маніпуляційна, ординаторська, кабінети завідувача і старшої медичної сестри. Безпосереднє керівництво роботою ДСП забезпечується завідувачем – висококваліфікованим терапевтом і кардіологом вищої кваліфікаційної категорії [8].

Скерування хворих у ДСП здійснюють сімейні лікарі, дільничні терапевти, невропатологи, вузькі спеціалісти терапевтичного профілю (кардіолог, ревматолог, пульмонолог, гастроентеролог та ін.), співробітники кафедри поліклінічної справи та сімейної медицини, користуючись затвердженим переліком показань до лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах. Крім цього, в ДСП скеровуються хворі після виписки з лікарні та домашнього стаціонару. Показання та протипоказання для скерування хворих в ДСП визначаються стадією і ступенем тяжкості захворювання.

Завданнями ДСП є наступні: забезпечення висококваліфікованою стаціонарною медичною допомогою диспансерних хворих в амбулаторних умовах; наступність в обстеженні і лікуванні хворих між сімейними лікарями, ДСП, лікарнями і реабілітаційним відділенням поліклініки; систематичне впровадження в практичну медицину сучасних методів діагностики, лікування і профілактики в амбулаторно-поліклінічних умовах; скорочення термінів тимчасової втрати працездатності хворих; аналіз медичної й соціальної ефективності роботи ДСП; підвищення професійного рівня лікарів і середнього медичного персоналу; забезпечення здорового способу життя, ліквідація шкідливих звичок, засвоєння необхідних санітарно-гігієнічних знань і принципів кожним пацієнтом ДСП [10].

Обстеження, лікування та доліковування хворих в ДСП здійснюється із залученням всіх діагностичних і лікувально-реабілітаційних підрозділів поліклініки.

Відділення денного перебування хворих Тернопільської міської поліклініки №2 розраховано на 80 ліжок (соматичних - 40; кардіологічних - 30; неврологічних - 10). Згідно із штатним розкладом у відділенні працюють завідувач - 1,0 ставка, лікар-кардіолог вищої категорії; лікар-ординатор - 1,0 ставка, кардіолог вищої категорії; лікар-ординатор - 1,0 ставка, терапевт вищої категорії; лікар-невропатолог вищої категорії - 0,5 ставки; лікар-ординатор - 0,5 ставки, терапевт другої категорії.

Відділення є клінічною базою для кафедри поліклінічної справи та сімейної медицини з кур-

сом медичних апаратів і систем. Клінічну лікувальну і консультативну роботу виконують працівники кафедри – два професори, д.мед.н.; доцент, к.мед.н.; два асистенти, к.мед.н.

Контингент хворих, яким показано лікування в ДСП, є наступним:

- хворі, яким необхідна невідкладна терапія з приводу станів, що виникли під час відвідування поліклініки або поблизу неї (пароксизмальна тахікардія, гіпертонічний криз, напад бронхіальної чи серцевої астми, анафілактичний шок та ін.);

- хворі, яким необхідні складні лікувальні маніпуляції, які виконують лікарі (пункція плеври, пункція суглобів, черевної порожнини та ін.);

- хворі, які потребують доведеного введення різних медикаментів, а також парентеральних введень медичних препаратів;

- хворі, які потребують фізіо- і бальнеопроцедур, після яких є необхідним відпочинок (ванни, аплікації, масаж та інші фізіопроцедури);

- хворі, що перебувають на амбулаторному лікуванні й потребують лікувальних заходів, після яких здійснюється лікарське спостереження протягом певного часу через можливість розвитку побічних реакцій та ускладнень (переливання крові та її замінників, доведення вливання розчинів, спеціальна гіпосенсибілізуюча терапія та ін.) [4].

Госпіталізація у відділення здійснюється за направленнями лікарів поліклінічного відділення (1832 направлення з 1851 в цілому протягом 2009 р.), працівників кафедри з консультативних прийомів, ЛКК та реабілітаційної комісії.

Відділення працює за двохзмінним графіком роботи лікарів із врахуванням субот і неділь, а медсестринський пост працює щоденно з 8<sup>00</sup> до 18<sup>00</sup> год., в суботу, неділю та святкові дні - до 15<sup>00</sup> год.

На хворих, що поступають, заповнюють «Карту хворого денного стаціонару поліклініки» (ф. 003-2/0) і реєструють у «Журналі реєстрації хворих». Також ведуться наступні журнали: «Журнал обліку маніпуляцій», «Журнал руху хворих», «Журнал ЛКК». При виписці хворих з ДСП складається виписний епікриз, в якому висвітлюється інформація щодо проведеного обстеження, стану працездатності та рекомендації для подальшого спостереження за хворим, які мають виконуватись лікарями ЗП-СМ у ході диспансерного спостереження.

Аналіз наведених у табл.1 і 2 даних засвідчив високий рівень ефективності використання потужностей ДСП – перевиконання наміченого плану ліжкоднів у цілому (106,8 %) і більш високий рівень у порівнянні з попереднім роком. Кардіологічний профіль ліжок був найбільш ефективно задіяний, що свідчить не тільки про самий високий рейтинг захворюваності за кардіологічної

Таблиця 1. Виконання ДСП плану ліжкоднів за 2009 р.

Кількість ліжко-днів	Профіль хворих ДСП		
	соматичний	кардіологічний	неврологічний
План	9182	8553	2816
Виконання	10801	11711	2791

Таблиця 2. Виконання ДСП плану 2009 р. у % у порівнянні з 2008 р.

Рік	Профіль хворих ДСП			Всього
	соматичний	кардіологічний	неврологічний	
2009	85	136,7	99,1	106,8
2008	63	137,7	109,1	96,6

групою нозологій, але й про добре налагоджений процес диспансеризації хворих із серцево-судинною патологією, високий коефіцієнт наступності в роботі дільничної служби, кардіологів поліклініки і працівників ДСП. План ліжко-днів за соматичною групою хворих було не виконано (85,0 %), однак цей показник істотно зріс у порівнянні з 2008 р. (63,0 %). Можна констатувати про наявність резервів у покращанні лікувально-профілактичної роботи за цією групою пацієнтів шляхом стимулювання дільничних терапевтів і сімейних лікарів до кращої роботи по оздоровленню диспансерної групи соматичних хворих (високопрофесійного і сучасного обстеження, наступного надання кваліфікованої допомоги по лікуванню і профілактиці), а також більш активному використанню комплексу реабілітаційних методів лікування пацієнтів цієї групи,

які не потребують стаціонарного лікування з повним днем перебування у клініці. У порівнянні з минулими 2007 та 2008 рр. спостерігалась позитивна тенденція до зниження середньої тривалості перебування хворого на ліжку (табл. 3).

Позитивним є той факт, що протягом 2009 р. було знижено середню тривалість перебування хворого на ліжку у ДСП. Ця тенденція відповідає світовій практиці і наближає нас до стандартів медицини високорозвинутих країн. Це є яскравим свідченням професійної і ефективної роботи колективу лікарів і всього медперсоналу ДСП. Про рух хворих у ДСП у 2009 р. можна судити за даними табл. 4. Можна стверджувати про високий рівень контролю за пацієнтами ДСП, що в умовах амбулаторного лікування свідчить про належні стандарти взаємовідносин і взаємодопомоги між персоналом і пацієнтами.

Таблиця 3. Середня тривалість перебування хворих на ліжку у ДСП плану за 2009 р.

Рік	Профіль хворих ДСП			Всього
	соматичний	кардіологічний	неврологічний	
2009	16,9	10,8	12,9	12,8
2008	14,9	11,9	14,9	13,2
2007	18,9	11,6	15,9	14,2

Таблиця 4. Рух хворих у ДСП за 2009 р.

Рух хворих ДСП	Профіль хворих ДСП			Всього
	соматичний	кардіологічний	неврологічний	
Поступило	539	1081	220	1840
Виписано	548	1089	214	1851
Ліжко-дні закриття	1911	1647	581	4139

Про високий рівень можливостей і професійної кваліфікації лікарів ДСП свідчить широкий спектр діагнозів пролікованих хворих та їхня кількість: гіпертонічна хвороба I-II ст. – 181, ревматична хвороба серця – 8; ІХС: Стабільна стенокардія – 29; ІХС: Стенокардія з артеріальною гіпертензією – 194; другі форми ІХС – 265, метаболічна кардіоміопатія – 55; пролапс МК – 8; ІХС з порушеннями ритму – 42; гіпертонічна хвороба

II-III ст. – 249; хронічний бронхіт – 61; гострий бронхіт – 15; пневмонія позагоспітальна – 53; бронхіальна астма – 29; хронічний гастродуоденіт – 43; виразкова хвороба – 35; хронічний гепатит – 14; хронічний холецистит – 36; хронічний панкреатит – 98; подагра – 7; радикулопатія – 128.

Забезпечення стаціонарною допомогою осіб, які не мають можливості з різних соціально-побутових причин бути госпіталізованими в стаці-

онар цілодобового перебування, чи не потребують цілодобового медичного спостереження, проводиться згідно із протоколами лікування нозологій, затвердженими МОЗ України. Пацієнти забезпечені повним діагностичним обстеженням за встановленими стандартами. Зокрема, при обстеженні кардіологічної групи хворих, окрім обов'язкових обстежень, 90 % хворих проведено ЕхоКС, 55 % – добуве холтерівське моніторування, 52 % – ДМАТ, 40 % – УЗД органів черевної порожнини, 80 % – РЕГ, за показаннями – велоергометрія. Пацієнти соматичного профілю обстежуються згідно із можливостями діагностичного відділення лікарні: УЗД, ЕГДС, рентгенівське обстеження шлунково-кишкового тракту, МРТ, спірографія, дихальні проби. Однак слід зазначити про необхідність покращання лабораторного обстеження, оскільки у цьому питанні є недоліки – часті перебої з реактивами, періодично невідповідність між станом хворих і результатами аналізів. Особливе занепокоєння викликають випадки неякісної укладки хворих, недостатня якість знімків у рентген-кабінеті терапевтичного корпусу. У цілому оснащення ДСП виконується в межах можливостей базової лікувально-діагностичної установи, згідно із табелем оснащення для ДСП, що засвідчує пріоритетний рівень уваги адміністрації Тернопільської міської лікарні №2 до проблем ДСП. Крім загальноприйнятого

устаткування, у відділенні є кімната для релаксерапії, дошка Євмінова, широкий асортимент аплікаторів Ляпко для рефлексотерапевтичного лікування захворювань опорно-рухового апарата і внутрішніх органів, а також кабінет нетрадиційних методів лікування.

#### Висновки

1. На основі проаналізованих показників роботи ДСП можна стверджувати, що денний стаціонар є найбільш ефективною, кваліфікованою і спеціалізованою стаціонарною і наближеною до населення формою допомоги в поліклінічних закладах охорони здоров'я для хворих, які з різних побутових і медико-соціальних причин не можуть, або не хочуть лікуватися в умовах стаціонару цілодобового перебування.

2. ДСП є такою формою організації лікувально-профілактичного процесу, що дозволяє економити фінансові та інші матеріально-технічні ресурси без втрат у якості діагностично-лікувального процесу.

3. ДСП є доброю базою навчання лікарів-субординаторів, інтернів та магістрів, повноцінною клінічною і науковою базою для розробки та впровадження нових методів лікування і профілактики широкого спектру нозологій внутрішньої медицини і неврології працівниками ДСП і кафедри поліклінічної справи та СМ ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського.

#### Список літератури

1. Галієнко Л.І. Наукове обґрунтування діяльності денних стаціонарів загального профілю в умовах переходу до сімейної медицини: дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Галієнко Людмила Іванівна. - К., 2004. – 128 с.
2. Денисов И.Н. Экономическое обоснование развития общей врачебной практики и семейной медицины / И.Н. Денисов, В.З. Кучеренко, Н.Г. Шамшурина // Эконом. здравоохран.-2002.-№5-6.-С.21-24.
3. Коваленко А.Н. Экономическая оценка деятельности дневных стационаров, дальнейшая перспектива их развития / А.Н. Коваленко // Экономика здравоохранения.- 2001.- №4-5.- С.44-46.
4. Павловский М.П. Организация работы дневных стационаров / М.П. Павловский – К.: Здоровья, 1989.- 72 с.
5. Поліщук М.Є. Наша мета – підвищити доступність медичної допомоги, якість медичних послуг і ефективність використання коштів / М.Є. Поліщук // Альтернативні шляхи фінансування медичних послуг населенню. Досвід міст. – 2004. – С. 14-15.
6. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Концепція Державної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2010 року» від 24.07.06 р. № 421-р.
7. Сквирская Г.П. О развитии стационарозамещающих форм организации и оказания медицинской помощи населению / Г.П. Сквирская // Здравоохранение.– 2000.– №1.- С.56-59.
8. Тубольцев А.Н. Организация работы дневного стационара в условиях поликлиники / А.Н. Тубольцев, В.А. Смянов // Актуальні проблеми транспортної медицини.- 2002.- №2.- С.13-16.
9. Указ Президента України «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» від 06.12.05 р. №1694/2005.
10. Яровинский М. Я. Дневной стационар в поликлинике / М.Я. Яровинский // Мед. помощь.- 2001.- №4.- С.9-11.

#### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ОБЩЕГО ПРОФИЛЯ КАК СТРУКТУРНОГО ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ ПОЛИКЛИНИКИ

Л.С. Бабінець, В.В. Кмита, Г.П. Ялинская, О.О. Ониськив, Н.И. Корильчук, Е.А. Качмар, В.М. Творко, С.С. Рябоконт, С.Я. Бондарь, Н.Е. Боцюк (Тернополь)

Определено место и роль дневного стационара в современных условиях практического здравоохранения на основе представленного опыта работы многопрофильного дневного стационара, основанного на базе поликлинического отделения Тернопольской городской клинической больницы №2.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: поликлиника, дневной стационар, эффективность лечения.

## EFFECTIVITY OF DAILY OUTPATIENT HOSPITAL OF GENERAL PROFILE AS A STRUCTURAL PART OF AMBULATORY CARE

L.S. Babinets, V.V. Kmita, G.P. Yalinska, O.O. Onysko, N.I. Koriltchuk, O.A. Kachmar, V.M. Tvorko, S.S. Ryabokon, S.Ya. Bondar, N.E. Botzjuk (Ternopil)

Effectivity of Daily outpatient hospital of general profile as a structural part of ambulatory care. The role and place of the day hospitals in modern conditions of the practical health's guarding system are shown. Experience of multifunctional daily hospitals in the second and fifth town ambulatory clinics of are presented. The problems of the medical, social and economical effectivity of the daily hospital work are analyzed.

KEY WORDS: **ambulatory care, daily outpatient hospital, affectivity of the work.**

Рецензент: д.мед.н., проф. О. М. Голяченко

УДК 614.21:368.9.06

*В.М. САМОХОДСЬКИЙ* (Кіровоград)

## ВАРІАНТ ПРИНЦИПОВОЇ СХЕМИ ПІДГОТОВЧОГО ЕТАПУ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОЕКТУ "ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ЛІКАРНЯ СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ"

Кіровоградська філія міжнародного університету «Україна»

В статті обґрунтовується доцільність реалізації алгоритму організаційних стандартів, нових медико-економічних технологій і критеріїв в проекті «Лікарня страхової медицини» за програмою натурного експерименту.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **організаційні стандарти, медико-економічні технології, оптимальна модель профільної медичної служби.**

Сьогодні проблеми охорони здоров'я в Україні досягли такої гостроти, що необхідність радикальних змін її структури, економіки, планування, фінансування очевидні. На останніх парламентських слуханнях (травень 2009 р.), присвячених нашій охороні здоров'я, у т.ч. була відзначена необхідність організації експериментальної лікарні страхової медицини (ЕЛСМ).

Як відомо, система страхової медицини в ідеологічному, медико-економічному й правовому аспектах має свої істотні особливості. Тому її в принципі неможливо автоматично, без серйозної професійної підготовки, «запустити в роботу» у процесі реформування наших лікувальних установ. У цьому зв'язку актуальним є висловлювання відомого російського організатора охорони здоров'я Ю.І. Лихачова:[1] «Щоб «входження» у бюджетно-страхову медицину не виглядало як «стрибок у невідомість», потрібні інші критерії й стандарти, інша стратегія й тактика в розвитку охорони здоров'я у всіх її ланках».

**Мета дослідження.** Враховуючи надзвичайну складність і перш за все організаційної складової у вирішенні проблем практичного використання науково-обґрунтованих механізмів радикального реформування діяльності лікуваль-

ної установи на регіональному рівні, пропонується варіант принципової схеми підготовчого етапу, який доцільно передбачити в нашому проекті «Експериментальна лікарня страхової медицини».

**Матеріали і методи.** Аналіз і впровадження організаційних, медико-економічних і правових методик для трансформації діяльності регіональних лікувальних установ на принципи системи бюджетно-страхової медицини, представлених у докторській дисертації, монографії та відповідних статтях автора[2;3;5].

**Результати дослідження та їх обговорення.** Щоб іще раз не наступати на «граблі» невдалих реформ медичної галузі, деякі наші солідні вчені вважають за доцільне проведення на початковому етапі надійного натурного експерименту в одній з регіональних лікувальних установ, що обслуговує певну кількість населення. Необхідно сформулювати таку базисну програму, щоб вона включала погоджені в процесі підготовчого періоду основні принципи діяльності ЕЛСМ, науково обґрунтовані організаційні стандарти, систему медико-економічних технологій, принципово нові критерії й нормативи. Важливо, щоб цей складний комплекс технологічних ланок трансформації роботи лікувальної установи регіону, вибраного для