

УДК 614.2.07

О. М. ГОЛЯЧЕНКО, Н. Я. ПАНЧИШИН, В. Л. СМІРНОВА, А. О. ГОЛЯЧЕНКО,
Н. О. ТЕРЕНДА (Тернопіль)

РЕФОРМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ. КАДРОВА ПРОБЛЕМА II.

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

Досліджено виконання функції лікарської посади в амбулаторії та стаціонарі в динаміці. Є чітке розмежування у виконанні цього показника серед лікарів так званих хірургічного і терапевтичного профілів. Виникає гостра потреба в розробці нових нормативів як амбулаторно-поліклінічної, так і стаціонарної допомоги в умовах реформування. Диференціація між лікарями в майбутньому буде зростати.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **функція лікаря поліклініки, функція лікаря стаціонару, реформа охорони здоров'я.**

Минулого разу ми показали динаміку кадрів в Україні. Наступне питання, як ці кадри виконують свою функцію.

Мета дослідження. Визначити динаміку функції лікарської посади в Україні.

Матеріали і методи. В дослідженні використані такі методи: функція лікаря поліклініки визначена як відношення фактичного рівня відвідуваності до нормативного. За основу взято норматив надання амбулаторно-поліклінічної допомоги, визначений наказом № 100 від 23.09.1981 р.

В 1978 р. нами розроблений показник «функція лікаря стаціонару».

Показник «функція лікаря стаціонару» доповнює інформаційність показників стаціонарної допомоги. Середнє число днів використання ліжка за рік та середня тривалість перебування хворого на ліжку не дають уявлення про роботу лікарів-ординаторів в стаціонарі. Не дає цього уявлення і число ліжок, які приходяться на 1 лікаря, оскільки на цей показник впливають багато факторів: укомплектованість кадрами, рівень звертальності населення, сезонність, ремонт в стаціонарі. Показник розраховується для кожного відділення за формулою:

$$\Phi_c(\%) = \frac{X \times C \times 100}{T \times H},$$

де Φ_c – функція лікаря стаціонару; X – число проведених ліжко-днів у лікаря протягом місяця; C – тривалість робочого дня лікаря (в годинах); T – робочий час, відпрацьований лікарем протягом місяця (в годинах); H – норматив числа хворих на 1 лікаря-ординатора.

Норматив числа хворих, які припадають на 1 лікаря, вираховується з нормативу числа ліжок, передбачених на 1 лікарську посаду. Наприклад, на 1 посаду терапевта передбачено 25 ліжок. Терапевтичне ліжко повинне працювати протягом року 340 днів, тому середньоденне число хворих, які припадають на 1 лікаря-тера-

певта, дорівнює: $\frac{340}{365} \times 25 \approx 23$

Суть показника полягає у визначенні середнього числа хворих, які лікувалися у 1 лікаря відділення, в порівнянні з нормативом. Дані про відпрацьований час статистичний кабінет отримує щоденно від старших медичних сестер відділень.

В самостійній Україні двічі приймалися нормативи стаціонарної допомоги – в 1998 р. наказом № 172 і в 2000 р. наказом № 33. Характерною ознакою наказу № 33 було пом'якшення нормативів, тобто менше число хворих, яких мав вести лікар стаціонару. Воно знаходилось в межах 15 – 20 – 25 ліжок на 1 лікарську посаду.

В роботі лікарів спостерігається сезонність. Максимум хворих припадає на певні місяці. Тому нами функція лікаря стаціонару визначена на період їхньої найбільшої зайнятості – лютий, березень, листопад, грудень.

Лікарські посади прив'язані до числа ліжок. При розрахунку так званих непотрібних ліжок нами використані такі методичні підходи.

Розрахунок порожніх ліжок проводився так:

$$L_n = \frac{(3_n^h - 3_n^{\phi}) \times L}{3_n^h},$$

де L_n – ліжка порожні; Z_n^n – нормативна зайнятість ліжка (340 днів, для інфекційного – 280, акушерського - 300); Z_n^f – фактична зайнятість ліжка; L – число ліжок.

Розрахунок надмірних ліжок проводився так:

$$L_{нд} = L_f - L_n,$$

$$\text{де } L_n = \frac{LD}{Z_n^n}; \quad LD = X \times T_n; \quad X = \frac{L_f \times Z_n^f}{T_f}$$

- $L_{нд}$ – ліжка надмірні;
- L_n – ліжка нормативні;
- L_f – ліжка фактичні;
- LD – число ліжко-днів, проведених хворими;
- Z_n^f – зайнятість ліжка фактична;
- Z_n^n – зайнятість ліжка нормативна;
- X – число стаціонарних хворих;
- T_f – пересічний термін перебування хворого на ліжку фактичний;

T_n – пересічний термін перебування хворого на ліжку нормативний.

Результати дослідження та їх обговорення. Як видно із таблиць 1 і 2, функція лікарської посади зросла як в умовах поліклініки, так і в умовах стаціонару. В умовах поліклініки це відбулось завдяки величезному росту захворюваності – у понад півтора разу. За нашими даними, ріст захворюваності становить 3–4 % на рік. В умовах стаціонару справи гірші, особливо це стосується лікарів так званого хірургічного профілю – хірургів, акушерів-гінекологів, окулістів. Правда, у цих фахівців є великий резерв для вдосконалення своєї роботи. Мається на увазі лікування хворих серцево-судинного профілю, мікрохірургія ока тощо. Водночас стримуючим фактором є дорожняча стаціонарної допомоги.

Таблиця 1. Виконання функції лікарської посади в амбулаторно-поліклінічних закладах Тернопільської, Вінницької, Волинської та Сумської областей на момент максимальної завантаженості у 1991 р. та 2005–2009 рр., %

Фах	1991	2005–2009
Терапія (дільнична)	49,6	104,5
Хірургія	39,7	59,1
Педіатрія (дільнична)	41,2	83,2
Неврологія	42,7	85,2
Акушерство і гінекологія	51,4	65,1
ЛОП	53,4	75,6
Офтальмологія	30,4	70,6
Травматологія	69,1	71,4
Фтизіатрія	не визначалось	85,4
Онкологія	не визначалось	82,3
Урологія	не визначалось	86,1
Разом	52,4	81,4

Таблиця 2. Виконання функції лікаря стаціонару в Тернопільській, Вінницькій, Сумській та Волинській областях на момент максимальної завантаженості у 1991 р. та 2005–2009 рр., %

Фах	1991	2005–2009
Терапія	64,8	97,3
Хірургія	22,0	72,3
Педіатрія	37,8	103,0
Неврологія	40,8	87,1
Акушерство	80,2	59,4
Гінекологія	28,1	67,8
Отоларингологія	79,2	89,0
Офтальмологія	51,2	61,2
Травматологія	не визначалось	70,3
Інфекційні хвороби	не визначалось	97,3
Разом	62,3	75,0

В стаціонарній допомозі відбулись суттєві зміни за досліджуваний період. Загальне число ліжок в системі медичної допомоги МОЗ України зменшилось з 671096 в 1991 р. до 397167 в 2009 р., або на 69,0 %.

За окремими типами лікарень зменшення було таким: обласні лікарні – на 31,6 %, центральні районні – 55,2 %, міські – 57,3 %, сільські дільничні лікарні – 3,5 рази. Такий диференційований підхід до скорочення ліжок не мав наукового обґрунтування, а базувався на адміні-

стративній волі. Була поглиблена деформація і стосовно структури ліжкового фонду (табл. 3).

Найчисельніша група ліжок – терапевтична – приведена у відповідність з нормами, однак такі «престижні» ліжка, як гінекологічні, пологові і хірургічні, мають і досі подвійну перевагу над нормативом. І немає свідчень, що подальше зменшення числа ліжок торкнеться саме їх. Очевидно, ліжка в сільських дільничних лікарнях взагалі припинять своє існування.

Таблиця 3. Число фактичних і нормативних ліжок в системі МОЗ України (2004 р.)

Показник	Усі ліжка	Терапія (вся група)	Хірургія (вся група)	Дитячі соматичні	Пологові	Гінекологічні
Фактичне число (абс.)	412606	93746	67619	40787	23631	21862
Нормативне число (абс.)	270000	91905	36848	36474	12593	9947
Переваги фактичного числа над нормативним, %	52,8	2,0	83,5	11,8	87,7	119,8

Примітка: з 2004 р. число ліжок скоротилось на 15489 або на 3,8 %, що не внесло суттєвих корективів у міркування стосовно стаціонарної допомоги.

Згідно з діючими нормативними актами, як про це говорилось вище, чисельність кадрів прив'язана до кількості ліжок, причому за роки незалежності ця прив'язаність стала більш жорсткою (зменшилось число ліжок для реєстрації лікарських посад). Однак різке скорочення числа ліжок (на 69,0 %) відбилося лише на скороченні числа середнього і, особливо, молодшого медперсоналу і зовсім не торкнулось числа лікарів.

Висновки

1. Функція лікарської посади як в поліклініці, так і в стаціонарі покращилась. Цьому сприяв ріст захворюваності люду. Водночас не менше половини відвідувань в поліклініці є штучними, обумовленими потребами лікарської експертизи і намаганням проконсультувати хворих у т.з. вузьких фахівців.

2. Очевидно, що в пору реформування охорона здоров'я в Україні потребує прийняття нових нормативів як амбулаторно-поліклінічної, так і стаціонарної допомоги. Ці нормативи повинні бути диференційованими згідно місця, де вони будуть подаватись – в самостійних лікарських амбулаторіях, в поліклініках (окремо по рівнях), в стаціонарах – для надання інтенсивної допомоги, для надання планової стаціонарної допомоги, медико-соціальної реабілітації хворих тощо.

3. В умовах радянської медицини намітилася диференціація кадрів – так званого хірургічного і терапевтичного профілю. Ця диференціація буде значно посилена в умовах реформування, коли вона отримає організаційне підтвердження.

Перспективи подальших досліджень полягають у поєднанні кількісних змін в лікарському середовищі з якісним боком їхньої роботи.

Список літератури

1. Голяченко О. М. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я /О. М. Голяченко, А. М. Сердюк, О. О. Приходський. – Тернопіль – Київ – Вінниця, 1997. – 327 с.
2. Голяченко А. М. Центральная районная больница /А. М. Голяченко, А. Т. Обухов – К., Здоров'я, 1977. – 112 с.
3. Лехан В. М. Стратегії розвитку системи охорони здоров'я: український вимір /В. М. Лехан, Г. О. Слабкий //Новини медицини і фармації. – 2010. – № 4. – С. 3-7.
4. Лехан В. М. Стратегії розвитку системи охорони здоров'я: український вимір /В. М. Лехан, Г. О. Слабкий //Новини медицини і фармації, 2010. – № 5. – С. 26-29.
5. Реформа охорони здоров'я в Україні /[за ред. проф. О. М. Голяченка]. – Тернопіль: Лілея, 2006. – 160 с.

РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УКРАИНЕ. КАДРОВАЯ ПРОБЛЕМА II.

А. М. Голяченко, Н. Я. Панчишин, В. Л. Смирнова, А. А. Голяченко, Н. А. Теренда (Тернополь)

Исследовано выполнение функции врачебной должности в амбулатории и стационаре в динамике. Есть четкое разграничение в выполнении этого показателя среди врачей так называемых хирургического и

терапевтического профилей. Возникает острая потребность в разработке новых нормативов как амбулаторно-поликлинической, так и стационарной помощи в условиях реформирования. Дифференциация между врачами в будущем будет расти.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: функция врача поликлиники, функция врача стационара, реформа здравоохранения.

HEALTH CARE REFORM IN UKRAINE. STAFF PROBLEM II

A. M. Holiachenko, N. Ya. Panchyshyn, V. L. Smimova, A. A. Holiachenko, N. A. Terenda (Ternopil)

Implementation of medical position function in an out-patient's clinic and in permanent establishment is probed in its dynamics. Clear differentiating in implementation of this index among the doctors of the so-called surgical and therapeutic type is shown. There is acute need in development of new norms for both ambulatory-polyclinic and stationary care in the conditions of reformation. Differentiation between doctors will grow in the future.

KEY WORDS: function of an out-patient's clinic doctor, function of permanent establishment doctor, reform of public health.

Рецензент д-р. мед. наук, проф. В. А. Кондратюк

УДК 614.2:616-036.882

Ю. І. МАРКОВ (Київ)

ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАСАДИ РОБОТИ ПРОТИШОКОВОЇ ПАЛАТИ У ЛІКАРНІ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика
Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги

Проаналізовано особливості надання невідкладної медичної допомоги у протишоковій палаті на прикладі її організації та роботи у Київській міській лікарні швидкої медичної допомоги. Організація якісного лікувального процесу у протишоковій палаті передбачає: високу виробничу інтенсивність праці, швидкість та якість діагностично-лікувальних заходів за принципом АВС, високі професійні вимоги до анестезіологічної бригади, зокрема до медичної сестри-анестезиста; функціональний зв'язок з іншими підрозділами лікарні, що забезпечує наступність між етапами надання медичної допомоги.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: протишокова палата, лікарня швидкої медичної допомоги, організаційні засади, невідкладна медична допомога.

Основна роль приймальних відділень в системі екстреної медичної допомоги полягає у необхідності забезпечення наступності допомоги між догоспітальним та госпітальним етапами. Виконання цього завдання неможливе без наявності у складі цих підрозділів відповідно оснащених діагностично-моніторинговим та реанімаційним обладнанням протишових палат (ПШП) [2]. Створені палати є винятково необхідною ланкою надання невідкладної медичної

допомоги. Проведені дослідження встановили ряд недоліків допомоги на догоспітальному етапі, як в кількісному, так і якісному аспектах, – неналежний рівень знеболювання, захисту дихальних шляхів, оксигенотерапії, інфузійної терапії тощо [4–6;10]. Доправлення хворих та постраждалих до ПШП дозволяє на ранньому госпітальному етапі (в перші хвилини та години) підвищити рівень ефективності лікувальних заходів за рахунок організації та тактики надання спеціалізованої медичної допомоги [3].