

УДК 616-089.001.73(477.84)

В.І. МАКСИМЛЮК

## РЕФОРМУВАННЯ ХІРУРГІЧНОЇ СЛУЖБИ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
Департамент охорони здоров'я Тернопільської ОДА, Україна

**Мета:** покращення якості надання хірургічної допомоги в Україні.

**Матеріали і методи:** проведено аналіз профілізації та забезпеченості хірургічними ліжками населення Тернопільської області.

**Результати.** Встановлено надлишок загальнохірургічних ліжок по області та дублювання їх у центральних районних та номерних лікарнях. Аналіз роботи хірургічних відділень свідчить про можливість збільшення навантаження (кількості операційних втручань) на одного хірурга; виявлено значну частку операцій I–II рівнів складності, 25–30% з яких могли б бути виконаними в амбулаторних умовах. Майже третина хірургів області (28,8% працюючих фахівців) пенсійного або передпенсійного віку.

**Висновки.** Головними напрямками удосконалення системи надання хірургічної допомоги є: затвердження та реалізація державної програми стосовно гарантованого рівня медичної допомоги; продовження реформування первинної та екстреної медичної допомоги; кадрове забезпечення. Реструктуризація ліжок хірургічного профілю дозволить вже сьогодні залучити вивільнені кошти на впровадження нових технологій, медикаментозне забезпечення пацієнтів, покращення якості надання хірургічної допомоги.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** хірургічна допомога, хірургічне ліжко, операційне втручання.

Надання хірургічної допомоги громадянам України ґрунтується на їхньому праві на безкоштовну медичну допомогу, що закріплено у ст. 49 Конституції України. Основу сучасної системи організації хірургічної допомоги в Україні, у тому числі на Тернопільщині, складає успадкована від СРСР система, лише у гіршому її варіанті – через недостатність фінансових ресурсів, матеріально-технічної бази, неефективне використання кадрового хірургічного потенціалу, неоптимальну структуру наявного ліжкового фонду. Засоби, які могли б бути використані для покращення якості надання медичної (у тому числі хірургічної) допомоги, витрачаються переважно на утримання медичних закладів (заробітна плата, комунальні послуги).

**Мета дослідження** – покращення якості надання хірургічної допомоги (зниження рівня хірургічної захворюваності, ускладнень після операційних втручань, тимчасової втрати працездатності, інвалідності та смертності) шляхом вивільнення коштів при проведенні реструктуризації ліжок хірургічного профілю, спрямування їх на впровадження нових технологій, медикаментозне забезпечення пацієнтів.

**Матеріали і методи.** Проведено аналіз профілізації та забезпеченості хірургічними ліжками населення Тернопільської області.

**Результати дослідження та їх обговорення.** В області станом на 01.01.14 р. налічувалось 2192 ліжка хірургічного профілю. Профілізація та забезпеченість ліжками з розрахунку на 10 тис. населення наведена у таблиці.

Як бачимо, в області наявний надлишок 429 ліжок хірургічного профілю: загальнохірургічних – 174, травматологічних – 212, отоларингологічних – 88, онкологічних – 40, опікових, торакальної хірургії, стоматологічних – по 9 ліжок. Водночас, виходячи із нормативних показників, в області не вистачає ліжок гнійної хірургії – 45, офтальмологічних – 31, нейрохірургічних – 24, урологічних, проктологічних – по 7 і 6 відповідно. Відсутні кардіохірургічні ліжка. У чотирьох районах області (Борщівському, Густинському, Збаразькому, Кременецькому) загальнохірургічні ліжка дублюються у номерних районних лікарнях, у яких немає належного діагностичного обладнання, анестезіологічного забезпечення.

Стаціонарна хірургічна допомога дорослому населенню області надається на 780 загальнохірургічних ліжках, що становить 7,2 на 10 тис. населення при нормативі 5,5 на 10 тис. населення. З них в районах області – 585 (6,7 на 10 тис. населення), в м. Тернополі – 160 (7,4 на 10 тис. населення), в КЗ ТОР «ТУЛ» – 35 ліжок. Надлишок загальнохірургічних ліжок по області становить 174. Зайві хірургічні ліжка для дорослих розгор-

© В.І. Максимлюк, 2014

Таблиця. Профілізація та забезпеченість ліжками станом на 1.01.2014 року

Профіль ліжок (дорослих)	Існує станом на 1.01.2010 р.		Пропозиція для затвердження нормативу (на 10 тис. нас.)	Пропозиція по нормат. (абс.)	Різниця
	абс.	на 10 тис.			
Хірургічні, з них:	2192	19,89	16,0	1763	429
Загальнохірургічні	780	7,08	5,5	606	174
Судинної хірургії	30	0,28	0,2	21	9
Травматологічні та ортопедичні	447 95	4,06 0,87	3,0	330	212
Опікові	30	0,28	0,2	21	9
Нейрохірургічні	30	0,28	0,5	54	-24
Торакальної хірургії	25	0,23	0,15	16	9
Кардіохірургічні	-	-	0,05	-	-
Урологічні	125	1,14	1,2	132	-7
Стоматологічні	30	0,28	0,2	21	9
Проктологічні	15	0,14	0,2	21	-6
Гнійної хірургії	10	0,09	0,5	55	-45
Отоларингологічні	220	2,0	1,2	132	88
Офтальмологічні	90	0,82	1,1	121	-31
Онкологічні	205	1,86	1,5	165	40
Радіологічні та рентгенологічні	60	0,55	0,5	55	5

нуті у м. Тернополі (55) та практично в усіх районах області, крім Збаразького, Гусятинського, Зборівського та Підволочиського.

Згідно зі штатними розписами, в області налічується 214,5 ставки лікарів-хірургів, фактично працює – 250. Серед лікарів-хірургів, що надають допомогу у стаціонарах області, мають вищу кваліфікаційну категорію – 62, першу – 54, другу – 26, спеціалістів – 9 осіб. Не атестованих – один. Серед працюючих хірургів віком до 30 років – 33 особи, 31–55 р. – 145, 56 – 60 р. – 31, старше 60 років – 41. Таким чином, 28,8% працюючих фахівців пенсійного або передпенсійного віку. Це насторожує та вимагає корекції плану підготовки хірургічних кадрів.

Моніторинг основних показників стаціонарної хірургічної допомоги протягом останніх років свідчить, що поряд із стабілізацією деяких з них (заг. летальність 0,1%, п/о летальність – 0,2%, хірургічна активність – 68%), намітилась тенденція стосовно зменшення загальної кількості операційних втручань. Це значною мірою зумовлено переключенням на пацієнтів та їхніх родичів матеріального забезпечення планових оперативних втручань, надлишком хірургічних ліжок.

Кількість оперативних втручань, виконаних в області за 2012–2013 рр. із розрахунку на одного хірурга стаціонару, коливається від 20–60 до 120–220. Проте у кожному лікувальному закладі працюють фахівці з кваліфікаційною характеристикою «неоперуючий хірург».

Проведений аналіз свідчить про можливість збільшення навантаження (кількості операційних втручань) на одного хірурга, з іншого боку, навіть у закладах з непоганим цим кількісним показником, виявлено значну частку операцій I–II рівнів складності, 25–30% з яких могли б бути виконаними в амбулаторних умовах.

#### Висновки

1. Результати аналізу стану надання хірургічної допомоги вказують на необхідність визначення основних напрямків удосконалення існуючої системи надання хірургічної допомоги в Україні загалом і на Тернопільщині зокрема. Головним з них є: затвердження та реалізація державної програми стосовно гарантованого рівня медичної допомоги, у тому числі за розділом ургентної хірургії; продовження реформування первинної та екстреної медичної допомоги; посилення політики кадрового забезпечення стосовно відновлення та підвищення професійного рівня, впровадження контрактної форми роботи для керівного складу лікувальних закладів та лікарів.

2. Реструктуризація ліжок хірургічного профілю шляхом приведення їх кількості до нормативних показників, уникнення їх дублювання у центральних районних та номерних лікарнях дозволить вже сьогодні залучити вивільнені кошти на впровадження нових технологій, медикаментозне забезпечення пацієнтів, покращення якості надання хірургічної допомоги.

**РЕФОРМИРОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ТЕРНОПОЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

*В.И. Максимлюк*

ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МОЗ Украины»,  
Департамент здравоохранения Тернопольской ОГА, Украина

**Цель:** улучшение качества предоставления хирургической помощи в Украине.

**Материалы и методы:** проведен анализ профилирования и обеспеченности хирургическими койками населения Тернопольской области.

**Результаты.** Выявлен избыток общехирургических коек по области и дублирование их в центральных районных и номерных больницах. Анализ работы хирургических отделений свидетельствует о возможности увеличения нагрузки (количества операционных вмешательств) на одного хирурга; обнаружена значительная доля операций I-II уровней сложности, 25–30% из которых могли бы быть выполнены в амбулаторных условиях. Почти треть хирургов области (28,8% работающих специалистов) пенсионного или предпенсионного возраста.

**Выводы.** Главными направлениями усовершенствования системы оказания хирургической помощи являются: утверждение и реализация государственной программы относительно гарантированного уровня медицинской помощи; продолжение реформирования первичной и экстренной медицинской помощи; кадровое обеспечение. Реструктуризация коек хирургического профиля позволит уже сегодня привлечь высвобожденные средства на внедрение новых технологий, медикаментозное обеспечение пациентов, улучшение качества хирургической помощи.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** хирургическая помощь, хирургическая койка, операционное вмешательство.

**REFORMATION OF SURGICAL SERVICE OF THE TERNOPIL REGION**

*V.I. Maksymlyuk*

SHHE "Ternopil State Medical University named by I.Ya. Horbachevskiy Ministry of Health of Ukraine",  
Department of health care of Ternopil regional state administration, Ukraine

**Purpose:** To improve the quality of surgical care in Ukraine.

**Materials and methods:** The analysis of profiling and supply surgical beds of Ternopil region has been carried out.

**Results.** It is established general surgical beds in region and their duplications in the central district and license hospitals. The analysis of surgical departments work demonstrates the possibility of increase in loading (amount of operational interventions) on one surgeon; it is revealed significant share of operations I-II levels of complexity, 25–30% from which could be executed in out-patient conditions. Almost third of region' surgeons (28,8% of working experts) pension or pension age.

**Conclusions.** The main directions of perfection surgical aid system are: the approval and implementation of state program on guaranteed level of medical care; continuation of reforming of primary and emergency medical care; personnel providing. Restructuring beds of surgical profile will allow to involve already released means for introduction of new technologies, providing medical patients, improvements of surgical care quality.

**KEY WORDS:** surgical care, surgical beds, operating interventions.

Рукопис надійшов до редакції 29.05.2014

**Відомості про автора:**

**Максимлюк Володимир Іванович** – д.мед.н., проф. кафедри хірургії з урологією ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», головний позаштатний хірург департаменту охорони здоров'я Тернопільської ОДА; тел. 52-01-10.