

DOI:10.21802/gmj.2016.4.6

УДК: 616-058+614.254+616-089

Яворський А. М.

Аналіз показників стаціонарної хірургічної допомоги закладів охорони здоров'я Івано-Франківської області за 2005-2015 роки

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

E mail: Burg555@mail.ru

Резюме. Хірургічна стаціонарна допомога – один із найбільш капіталомістких видів медичної допомоги. Саме тому, перед системою охорони здоров'я стоїть завдання на тлі раціонального використання ресурсів забезпечити населенню доступ до цього виду допомоги, гарантувати безпеку та якість її надання.

Мета: проаналізувати основні параметри якості стаціонарної хірургічної допомоги закладів охорони здоров'я Івано-Франківської області.

Матеріали і методи. Проаналізували дані статистичних звітів (ф. № 17 і 20) закладів охорони здоров'я Івано-Франківської області за 2005-2015 рр. Провели соціологічне опитування 530 пацієнтів хірургічних відділень стаціонарів області.

Результатами встановлено, що кількісно ресурсне забезпечення хірургічної стаціонарної допомоги Івано-Франківської області, зокрема ліжками та кадрами, є вищим від середньоукраїнського рівня. Однак, якісний склад хірургічних кадрів обласного центру (коефіцієнт сумісництва нижче одиниці, третина лікарів-хірургів з другою кваліфікаційною категорією чи не атестовані) не відповідає сучасним вимогам. Виявлено, що малопотужні заклади охорони здоров'я характеризуються низькою оперативною активністю (60,6%, в середньому 114,0 операцій на одного хірурга в рік), недостатньою обґрунтованістю госпіталізації (близько 40% операцій можуть проводитись в амбулаторних умовах), низькою привабливістю для значної частки пацієнтів (46,2%).

Висновок: необхідно розробити обласну програму оптимізації надання хірургічної допомоги.

Ключові слова: якість, доступність, хірургічна стаціонарна допомога.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Хірургічна стаціонарна допомога – один із найбільш технологічних, високовартісних, ресурсопоглинаючих видів медичної допомоги [2,6]. Її надання супроводжується високими рівнями ризику несприятливих наслідків хірургічних втручань. Все це створює певні виклики для національної системи охорони здоров'я щодо забезпечення населенню доступу до даного виду допомоги [3] та спричинює особливі вимоги до безпеки та якості її надання.

Адже, як свідчать матеріали низки досліджень, головними перешкодами ефективного функціонування системи охорони здоров'я в Україні є не тільки нераціональність фінансування, неефективність її структури на всіх рівнях медичної допомоги, висока зношеність основних фондів у державних та комунальних медичних закладах, а й неможливість внаслідок цього надавати медичні послуги, які відповідають потребам населення в медичній допомозі [2,5,8]. Відомо, що сучасна система охорони здоров'я повинна забезпечувати доступність медичних послуг для тих, хто їх найбільше потребує, характеризуватися високою якістю й безпечною медичних послуг та забезпечувати максимально можливі результати для здоров'я на популяційному рівні (ВООЗ, 2008) [12].

Якість та безпека всіх видів хірургічної допомоги як складової системи охорони здоров'я регламентується рядом нормативно-правових актів, які визначають механізми гарантій якості медичної допомоги у розрізі її основних компонентів – структурному, процесуальному та результативному [1]. Якість структури оцінюється через належне ресурсне забезпечення, дотримання яких контролюється в ході ліцензування медичної практики, акредитації закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), сертифікації та атестації медичного

персоналу. Якість процесів забезпечується шляхом оцінки дотримання стандартів медичної допомоги, клінічних протоколів (уніфікованих та локальних). Якість результату характеризується рівнями показників медичної, соціальної та економічної ефективності, а також задоволеності пацієнтів [1,8,9,13].

Мета дослідження: проаналізувати основні параметри якості стаціонарної хірургічної допомоги закладів охорони здоров'я Івано-Франківської області за даними Державної системи збору медичної статистичної інформації та за даними опитування споживачів медичних послуг.

Матеріал і методи дослідження

Вивчили дані за 2005-2015 рр. «Звіт про медичні кадри» (ф. № 17), «Звіт лікувально-профілактичного закладу» (ф. № 20) закладів охорони здоров'я Івано-Франківської області, а також статистично-довідникових матеріалів Центру медичної статистики МОЗ України та Івано-Франківського інформаційно-аналітичного центру медичної статистики.

Проаналізували мережу та кадрове забезпечення населення Івано-Франківської області хірургічною стаціонарною допомогою, показники використання ліжкового фонду, обсягів та змісту хірургічної допомоги в залежності від потужності та рівня закладів охорони здоров'я: обласні, центральні районні, центральні міські та міські, районні (колишні номерні) лікарні.

Для вивчення задоволеності пацієнтів наданою медичною допомогою провели соціологічне опитування 530 пацієнтів, які завершували лікування у хірургічних відділеннях стаціонарних закладів Івано-Франківської області всіх рівнів. Достовірність різниці даних у групах спостереження визначали за критерієм χ^2 [14].

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз медичної статистичної документації показав, що у наявних статистичних формах інформація, яка стосується сучасних підходів до оцінки структурної, процесуальної та результативної складових якості медичної допомоги відображена тільки частково. Зокрема, зі звітних документів для оцінки структурної складової якості можна отримати окремі дані про мережу та кадрове забезпечення за майже повної відсутності інформації про основні параметри безпеки допомоги. Оцінка якості процесів також ускладнена, оскільки у статистичних формах наявна тільки кількісна інформація про зайнятість лікарняних ліжок, тривалість лікування та число операцій і відсутня інформація про результати внутрішнього аудиту дотримання медико-технологічних стандартів [1]. Проблематично й оцінити результативну складову якості медичної допомоги. В якійсь мірі тільки показники післяопераційної летальності можна використати для оцінки ефективності хірургічної допомоги.

Отже, за результатами вивчення звітних статистичних документів встановлено, що в Івано-Франківській області ліжка хірургічного профілю розгорнуті у 14 центральних районних та 6 центральних міських та міських лікарнях, 5 дитячих міських лікарнях, 5 районних лікарнях, обласній клінічній лікарні, обласній дитячій клінічній лікарні, обласному фтизіопульмонологічному центрі та обласному онкологічному диспансері.

У динаміці за десятирічний період (2005-2015 рр.) кількість хірургічних ліжок в області скоротилась на 56 шт., головним чином за рахунок закриття хірургічних стаціонарів

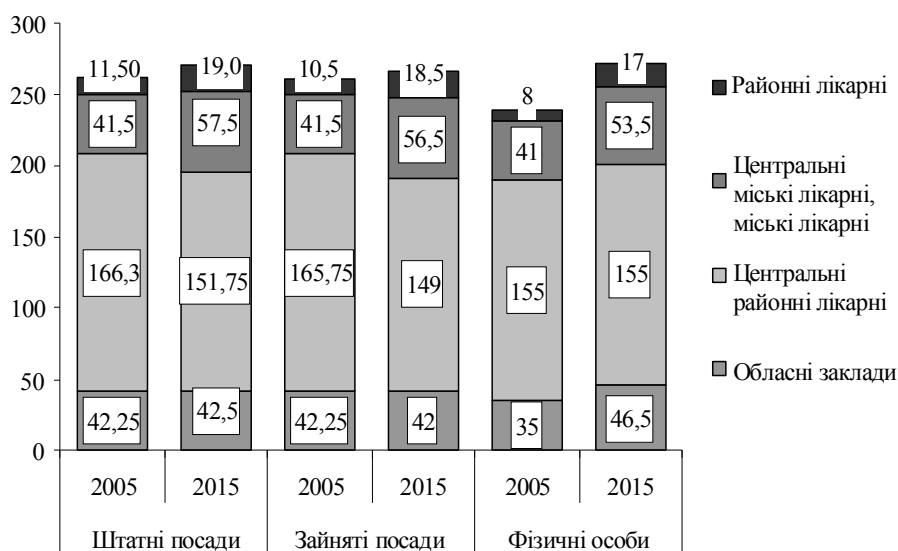


Рис. 1. Динаміка чисельності (у абсолютних числах) штатних, зайнятих посад та фізичних осіб лікарів-хірургів Івано-Франківської області за 2005-2015 роки

в 4 районних лікарнях, що відповідає загальнодержавним процесам реорганізації системи охорони здоров'я та раціоналізації використання ліжкового фонду. Попри це, станом на 2015 рік забезпеченість населення Івано-Франківської області стаціонарними ліжками хірургічного профілю все ще залишається вищою, ніж в Україні загалом (13,94 ліжок проти 12,3 на 10 тисяч населення).

Забезпеченість лікарями-хірургами на 10 тисяч населення в області також вища, ніж в Україні. Така ситуація сформувалась за останні десять років. За даними статистичних довідників [4, 10] у 2005 році розглянутий показник в області та Україні майже не відрізнявся (1,92 і 1,95 зайнятих посад лікарів-хірургів на 10 тисяч населення відповідно). Однак, в 2015 році забезпеченість хірургами на Прикарпатті стала 2,00 проти 1,84 на 10 тисяч населення в Україні. Як видно на рис. 1, в Івано-Франківській області впродовж 2005-2015 рр. зростала як абсолютна кількість штатних і зайнятих посад лікарів-хірургів, так і фізичних осіб, які на них працюють. Найбільший приріст відбувся в обласних та центральних міських закладах охорони здоров'я. Очевидно така ситуація значною мірою пояснюється наявністю в області медичного університету та необхідністю пере-

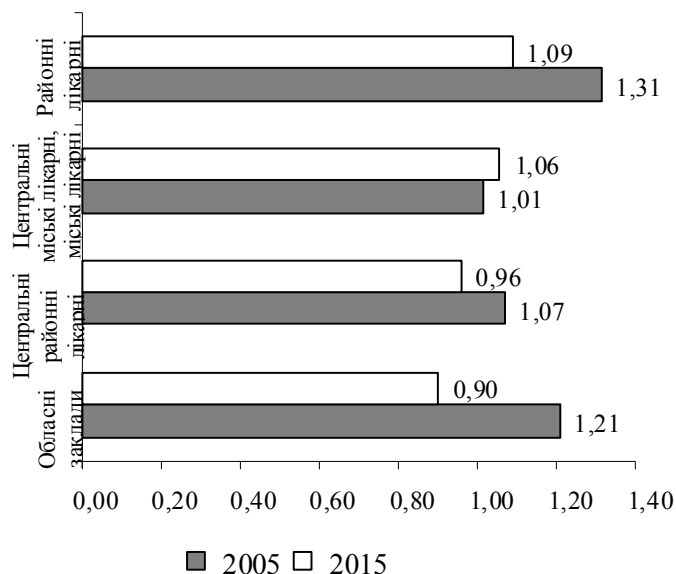


Рис. 2. Динаміка коефіцієнта сумісництва посад лікарями-хірургами Івано-Франківської області за 2005-2015 роки

профільовувати ставки в межах закладу для працевлаштування лікарів.

Частковим підтвердженням цьому є й рівні показника укомплектованості, що відображає співвідношення зайнятих посад до штатних % та коефіцієнта сумісництва, який показує середнє число зайнятих посад на одну фізичну особу. Так, попри зростання абсолютної кількості ставок та фізичних осіб лікарів-хірургів, укомплектованість посад на сьогодні все одно не сягає 100% (97,4% – 98,8%) і в динаміці за десять років навіть дещо знизилась. В той же час, як видно на рис. 2, коефіцієнт сумісництва перевищує 1,0 тільки у центральних міських закладах, міських лікарнях та районних лікарнях, що свідчить про те, що частина лікарів працюють більше ніж на одну ставку. У центральних районних закладах і особливо виражено – в обласних закладах, на

фоні показаної недоукомплектованості посад, коефіцієнт сумісництва нижчий за одиницю, що вказує на подрібленість ставок. На наш погляд, така ситуація може загрожувати безпеці пацієнтів, оскільки лікарям-хірургам, що працюють не на повну ставку, важче досягти належного рівня кваліфікації через неможливість набути належної практики.

Сказане підтверджується й даними аналізу структури лікарів-хірургів за кваліфікаційними категоріями. Слід зазначити, що в цілому фаховий рівень лікарів-хірургів Івано-Франківської області достатньо високий, причому у динаміці за 2005-2015 рр. процентний розподіл кваліфікаційних категорій практично не змінився. У 2015 році в області працювало 33,7% (у 2005 – 32,1%) лікарів-хірургів вищої категорії та 35,7% (36,5% відповідно) – першої. Частка хірургів другої категорії невисока – 18,1% (19,4%), неатестованих – лише 12,5% (12,0%).

В той же час, аналіз рівня кваліфікації кадрів у розрізі різних закладів охорони здоров'я показав суттєві відмінності. Як видно на рис. 3, якість кадрового складу обласних закладів охорони здоров'я, на жаль, не відповідає сучасним нормативним вимогам [11], адже майже 25% лікарів-хірургів, що працювали тут у 2015 році, мали другу (20,4%), або взагалі жодної (3,2%) кваліфікаційної категорії. Ще вищими були аналогічні показники у центральних міських та міських лікарнях – 19,0% і 16,8% відповідно.

На наш погляд, це вкотре вказує на намагання молодих випускників працевлаштуватися переважно в обласному центрі та великих містах. З одного боку, це має свої переваги, оскільки тут є кращі можливості оволодіння молодими спеціалістами, які здебільшого більш здібні до навчання, різноманітним високотехнологічним методикам під патронатом досвідчених лікарів. З іншого боку, відсутність належного досвіду потребує такого патронату і постійного навчання, самовдосконалення тощо.

Під постійним контролем з боку органів управління, внаслідок високої вартості стаціонарної допомоги, знаходяться показники використання ліжкового фонду. Їх аналіз показав, що у цілому за період 2005-2015 рр. зайнятість хірургічних ліжок має тенденцію до зниження (з 336,6 днів у 2005 р. до 323,8 днів у 2015 році). Слід зазначити, що середні значення показника в Україні (314,9 дні у 2015 р.) загалом також нижчі від нормативних (340 днів). З одного боку, це може бути пов'язано із запровадженням новітніх технологій (наприклад, лапароскопічних), що супроводжуються зниженням тривалості лікування, а відповідно й зайнятості ліжок. Привертає увагу те, що найбільші значення

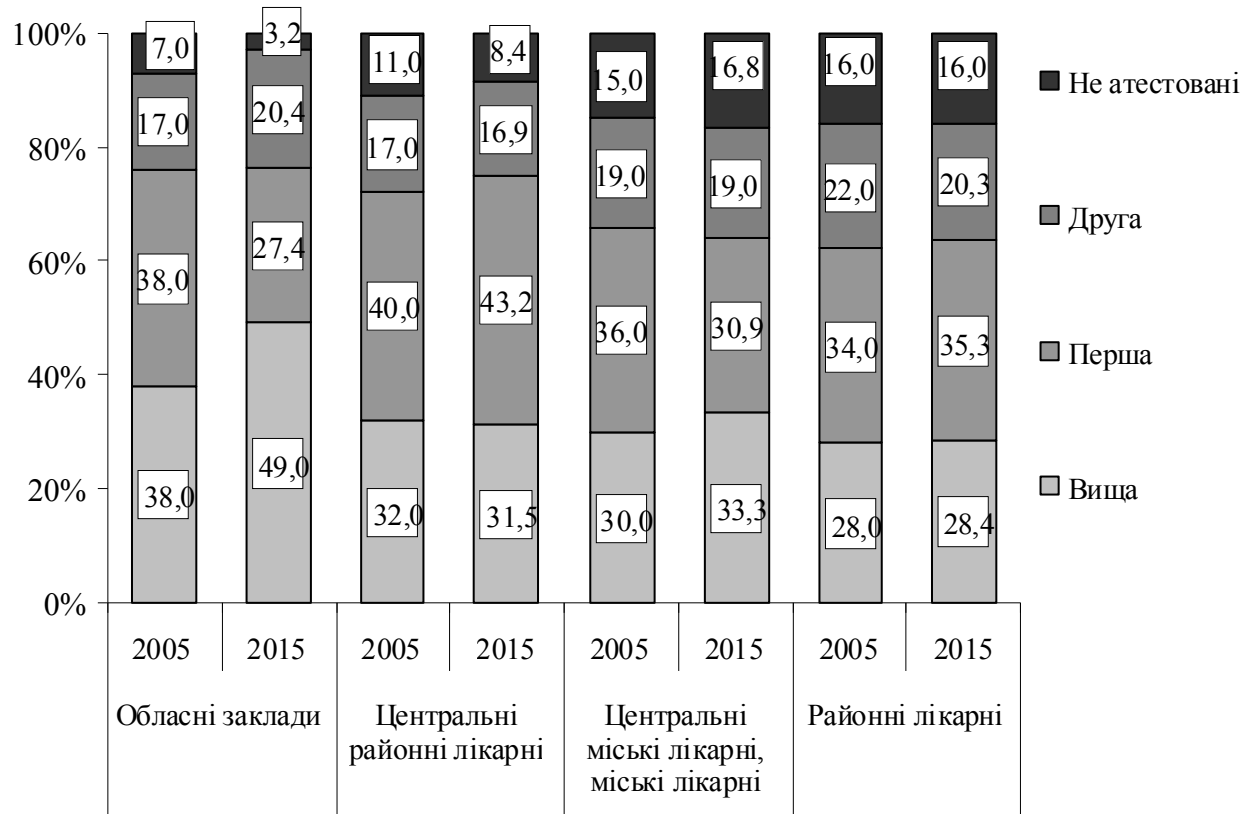


Рис. 3. Характеристика рівня кваліфікації лікарів-хірургів Івано-Франківської області у динаміці за 2005-2015 роки

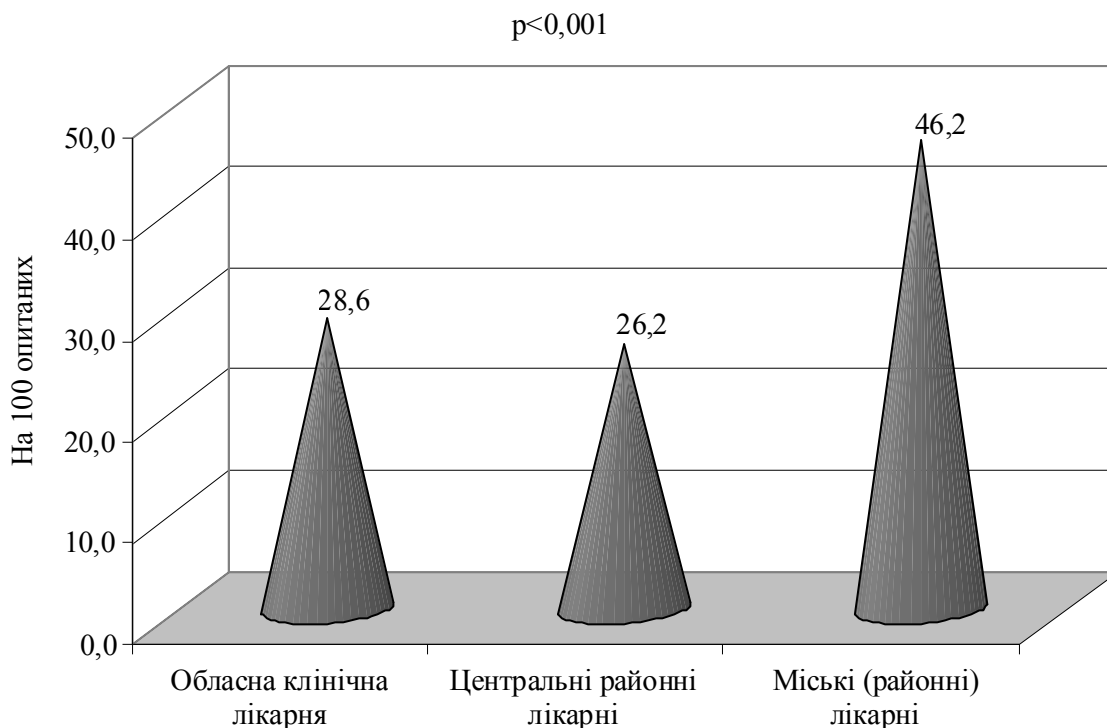


Рис. 4. Частота незадоволеності наданою медичною допомогою серед пацієнтів різних типів закладів охорони здоров'я

показника зареєстровані у малопотужних районних закладах – 377,2 днів у 2005 році із незначним зниженням до 350,9 днів у 2015. Однак, скоріш за все це є відображенням отриманих і в інших подібних дослідженнях даних [5, 6], що такі ЗОЗ із наміром зберегти ліжковий фонд часто штучно коригують показник.

Встановлено, що за період спостереження середня тривалість перебування хірургічних хворих у стаціонарі про-

демонструвала тенденцію до зниження: з 10,1 дня у 2005 році до 9,0 днів у 2015 р., головним чином, за рахунок обласних закладів. Це відображає загальносвітові тенденції до скорочення термінів лікування в стаціонарних умовах через значну капіталомісткість даного виду допомоги [6], а також ефективність сучасних хірургічних технологій.

Цілком зрозуміло, що рівні середньорічного обігу ліжка, навпаки, зростають. За десятирічний період в цілому по об-

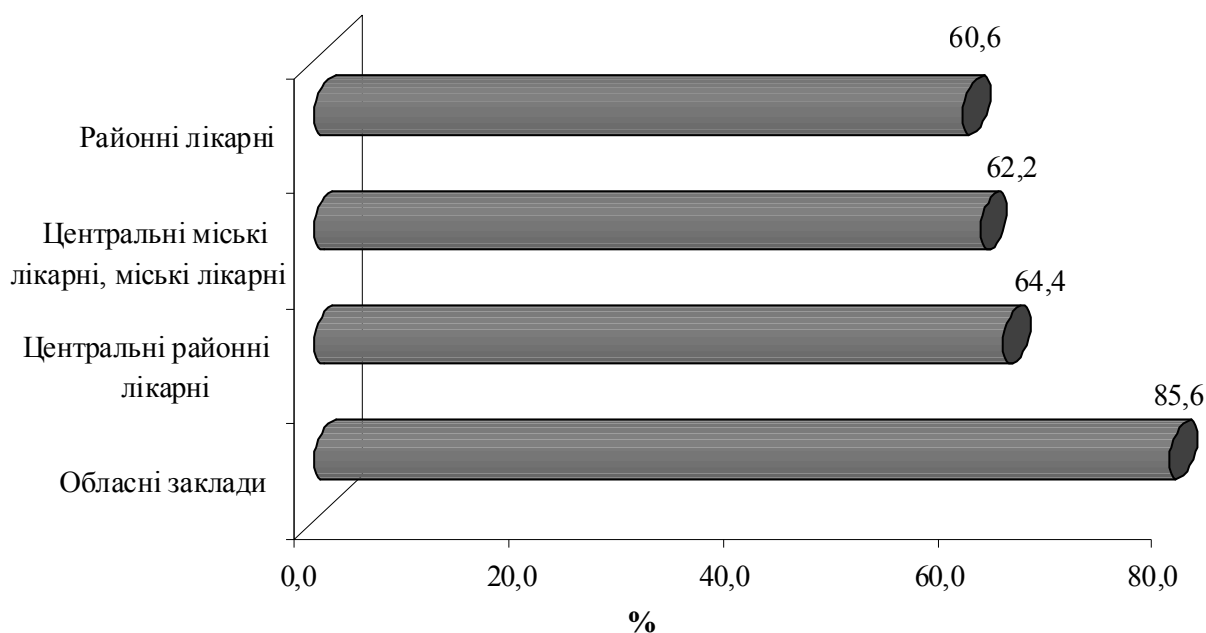


Рис. 5. Оперативна активність у закладах охорони здоров'я різного рівня

ласті рівень показника зріс з 33,4 хворих у 2005 р. до 35,8 хворого у 2015р. в Україні (33,7 хворих у 2015 р.)

Аналогічні тенденції демонстрували розглянуті показники у розрізі окремих типів ЗОЗ. Деяким винятком стали малопотужні районні лікарні, де на тлі незмінного показника середньої тривалості перебування у стаціонарі (9,1 дня у 2005 і у 2015 рр.), середньорічний обіг знизився (з 41,7 хворих до 38,1 хворих), що, на наш погляд, є відображенням нижчої привабливості такого типу стаціонарів для сучасних пацієнтів.

Підтвердженням висловленої гіпотези можуть бути результати опитування пацієнтів щодо задоволеності отриманими медичними послугами. Як видно на рис. 4, найчастіше невдоволеність висловлювали пацієнти малопотужних міських, районних лікарень – 46,2% проти 26,2% респондентів центральних районних та 28,6% хірургічних пацієнтів обласної клінічної лікарні ($p < 0,001$).

Важливими індикаторами якості хірургічної допомоги є показники хірургічної роботи. Їх аналіз за 2015 рік показав, що оперативна активність у закладах охорони здоров'я Івано-Франківської області становить 67,5%, що відповідає нормативам 65-70%. Однак, як видно на рис. 5, залишається низькою частка прооперованих хворих з числа вибулих з хірургічних відділень малопотужних районних лікарень – 60,6% та центральних міських, міських лікарень – 62,2%.

Більшість проведених оперативних втручань згідно з даними звітних документів проводиться у плановому порядку – 73,4% проти 26,6% ургентних. Таке ж співвідношення спостерігалось у всіх проаналізованих ЗОЗ, крім обласних, де 45,1% всіх операцій ургентні. Поясненням цього може бути відсутність в області лікарні швидкої допомоги, практично втрачена система направлень та відбору хворих із вторинного рівня, законодавчо закріплена можливість самостійного звернення пацієнтів до будь-яких лікарів [7].

Згідно з положеннями доказового менеджменту хірургічна допомога може вважатися безпечною за умови, що в середньому на одного лікаря припадає 300 і більше операцій на рік [5]. В Івано-Франківській області цей показник суттєво нижчий – 180. Як впливає з рис. 6, найбільше у його формування вкладають малопотужні лікарні, де в середньому одним хірургом виконується тільки 114 операція за рік. Не високим цей показник є й у центральних міських лікарнях – 125 та центральних районних 163 операції. Найраціональніше навантажені лікарі обласних (315 операції) закладів охорони здоров'я.

Відомо, що крім відносної та абсолютної оперативної активності, важливе значення для характеристики якості хірургічної роботи має те, які саме операції проводились, тобто їх структура. На рис. 7 представлено процентний розподіл у різних типах ЗОЗ основних видів оперативних втручань. Найширший їх спектр цілком логічно спостерігається в обласних та центральних міських закладах. Однак, привертає увагу, що у ЗОЗ вторинного рівня значну вагу займають операції на шкірі та підшкірній клітковині (37,4% і 34,8% відповідно), які, як відомо, як правило не вимагають цілодобового спостереження та можуть проводитись в амбулаторних умовах (так звана «хірургія одного дня»).

Від складності операцій залежить і післяопераційна летальність. Враховуючи показану структуру хірургічних втручань (рис. 7), не дивно, що її рівні найвищі в обласних (0,62%) та центральних міських (0,88%), а найнижчі – в центральних районних (0,38%) лікарнях і практично поодинокі випадки (0,06%) – у районних ЗОЗ. В цілому післяопераційна летальність у стаціонарах Івано-Франківської області дещо нижча, ніж в Україні загалом – 0,54% проти 0,38%.

Висновки

Встановлено, що кількісно ресурсне забезпечення хірургічної стаціонарної допомоги Івано-Франківської області, зокрема ліжками та кадрами, є вищим від середньоукраїнського рівня. Проте якісний склад хірургічних кадрів закладів охорони здоров'я обласного центру (коефіцієнт сумісництва нижче одиниці, третина лікарів-хірургів з другою кваліфікаційною категорією або не атестовані) не відповідає сучасним вимогам, може становити загрозу безпеці допомоги та вимагає організації постійного професійного вдосконалення молодих спеціалістів.

На підставі аналізу показників стаціонарної хірургічної роботи показана неможливість забезпечення якісної та безпечної допомоги у малопотужних закладах охорони здоров'я внаслідок низької оперативної активності (60,6%, в середньому 114,0 операцій на одного хірурга в рік), недостатньої обґрунтованості госпіталізації (близько 40% операцій можуть проводитись в амбулаторних умовах), що призводить до нераціонального використання коштів і непривабливості для значної частки пацієнтів (46,2%).

Проведений аналіз свідчить про необхідність удосконалення системи надання хірургічної допомоги в області.

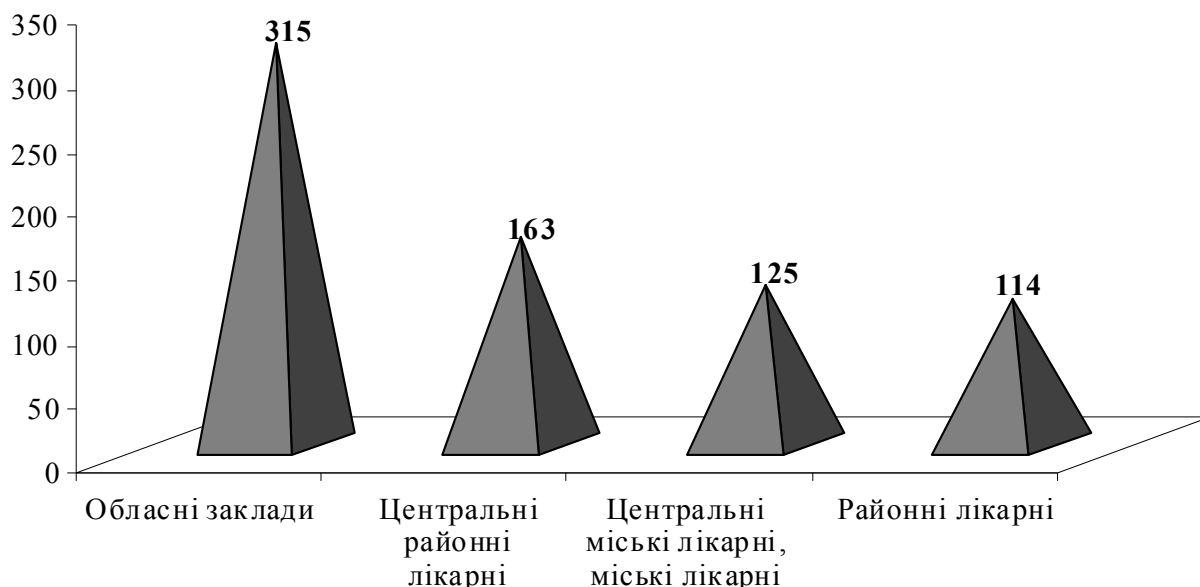


Рис. 6. Середня кількість операцій на одну посаду лікаря-хірурга у закладах охорони здоров'я різного рівня

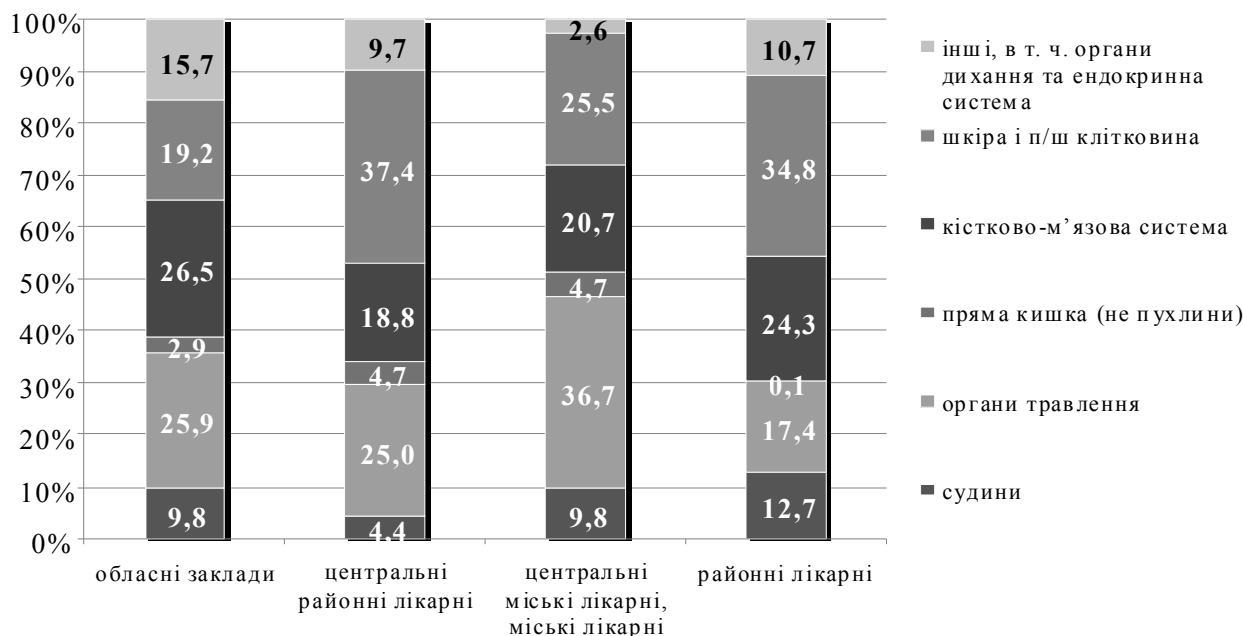


Рис. 7. Структура оперативних втручань у закладах охорони здоров'я різного рівня

Перспективи подальших досліджень

Отримані нами результати дослідження будуть використані при розробці заходів з оптимізації надання хірургічної допомоги.

Література

- Горачук В. В. Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я : [монографія] / В. В. Горачук. – Вінниця: ПП Балюк І. Б., 2012. – 212с.
- Василик В. С. Стационарна допомога населенню області: підсумки роботи стаціонарів, перспективи оптимізації діяльності / В. С. Василик // Сучасні медичні технології. – 2013. – № 2. – С. 20–23.
- Децик О. З. Аналіз шляхів та обґрунтованості госпіталізації у хірургічні відділення стаціонарів / О. З. Децик, А. М. Яворський, М. І. Яворський // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. Матеріали V з'їзду спеціалістів з соціальної медицини та організації охорони здоров'я. –Житомир, 11–12.10.2012 р. – С. 29–30.
- Здоров'я населення та діяльність галузі охорони здоров'я Івано-Франківської області в 2004-2005 роках: статистичні

- матеріали / Івано-Франківський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики. – Івано-Франківськ, 2006. – 118с.
- Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – 50 с.
- Слабкий Г. О. Сучасні підходи до фінансування системи охорони здоров'я : [монографія] / Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко, О. О. Заглада. – К., 2011. – 345 с.
- Основи законодавства України про охорону здоров'я [Електронний ресурс] / Верховна Рада України. – Офіц. вид. – К. : Парламентське вид-но, 1992. – (Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-ХІІ). – Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> – Назва з екрану.
- Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи: спеціалізоване видання / Л. А. Чепелевська, О. Р. Ситенко, В. В. Бедний [та ін.] ; за ред. В. В. Лазоринця. – Київ : 2014. – 607 с.
- Пацієнтоорієнтовані системи медичної допомоги: міжнародний досвід і завдання для України / Г. О. Слабкий, Н. Ф. Шишацька, В. В. Глуховський // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 1. – С. 62–66.

10. Показники стану здоров'я населення та діяльності лікувально-профілактичних закладів області за 2014-2015 роки (книга II): статистичні матеріали / Івано-Франківський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики. – Івано-Франківськ, 2016. – 226с.

11. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги [Електронний ресурс] / Верховна Рада України. – Офіц. вид. – К.: Парламентське вид-во, 2011. – (Закон України від 07.07.2011 року №3611-VI). – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/3611-17> – Назва з екрану.

12. Руководство по разработке стратегий обеспечения качества и безопасности с позиции систем здравоохранения // Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. – 2008. – 86 с.

13. Шишацька Н. Ф. Розвиток орієнтації систем охорони здоров'я на пацієнтів / Н.Ф.Шишацька // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. – 2014. – №4(62). – С.72–75.

14. Forthofer R. N. Biostatistics: A Guide to Design, Analysis, and Discovery / R. N. Forthofer, E. S. Lee, M. Hernandez. – Amsterdam, etc.: Elsevier Academic Press, 2007. – 502 p.

Яворский А. М.

Анализ показателей стационарной хирургической помощи учреждений здравоохранения Ивано-Франковской области за 2005-2015 годы

ГВУЗ «Івано-Франківський національний медичинський університет»

Резюме. Хирургическая стационарная помощь - один из самых капиталоемких видов медицинской помощи. Именно поэтому, перед системой здравоохранения стоит задача на фоне рационального использования ресурсов обеспечить населению доступ к этому виду помощи, гарантировать безопасность и качество ее предоставления.

Цель: проанализировать основные параметры качества стационарной хирургической помощи учреждений здравоохранения Ивано-Франковской области.

Материалы и методы. Проанализировали данные статистических отчетов (фф. 17 и 20) учреждений здравоохранения Ивано-Франковской области за 2005-2015 гг. Провели социологический опрос 530 пациентов хирургических отделений стационаров области.

Результатам установлено, что количественно ресурсное обеспечение хирургической стационарной помощи Ивано-Франковской области, в частности кроватями и кадрами, является выше среднеукраинского уровня. Однако, качественный состав хирургических кадров областного центра (коэффициент совместительства ниже единицы, треть врачей-хирургов со второй квали-

фикационной категорией или неаттестованные) не соответствует современным требованиям. Выявлено, что маломощные учреждения здравоохранения характеризуются низкой оперативной активностью (60,6%, в среднем 114,0 операций на одного хирурга в год), недостаточной обоснованностью госпитализации (около 40% операций могут проводиться в амбулаторных условиях), низкой привлекательностью для значительной части пациентов (46,2%).

Вывод: необходимо разработать областную программу оптимизации оказания хирургической помощи.

Ключевые слова: качество, безопасность, доступность, хирургическая стационарная помощь.

A.M. Yavorskyi

Analysis of Indicators of in Patient Surgical Care at the Health Care Facilities in Ivano-Frankivsk Region for 2005-2015

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

E mail: Burg555@mail.ru

Abstract. Surgical inpatient care is one of the most capital-intensive types of care. Therefore, the health care system task is to ensure public access to this type of care, to guarantee the safety and quality of its provision on the background of resources rational use.

The objective of the research was to analyze the basic parameters of inpatient surgical care quality provided at Ivano-Frankivsk region health care facilities.

Materials and methods. The data of statistical reports (17 and 20) of health care facilities in Ivano-Frankivsk region for 2005-2015 were analyzed. Sociological survey of 530 patients treated at the surgical units of inpatient facilities was conducted.

Results of the research. Resources for surgical inpatient care in terms of quantity in Ivano-Frankivsk region including beds and staff were determined to be higher than the average national level. However, the quality of staffing of the regional health care facilities (secondary employment coefficient is less than one point, one third of surgeons is with the second qualifying category or is not certified) does not meet modern requirements. Low-duty health care facilities were detected to be characterized by low operational activity (60.6%, 114.0 operations per surgeon per year on average), insufficient relevance of hospitalization (40% of operations may be performed on an outpatient basis), low attractiveness for a significant per cent of patients (46.2%).

Conclusions. Regional program for optimization of surgical care provision should be developed.

Keywords: quality; accessibility; surgical inpatient care.

Надійшла: 11.10.2016

Завершено рецензування: 24.10.2016

Прийнято до друку: 26.10.2016