

## ОБГРУНТУВАННЯ МЕТОДИКИ РОЗРАХУНКУ ЛІЖКОВОГО ФОНДУ ДЛЯ НАДАННЯ ВТОРИННОЇ СТАЦІОНАРНОЇ ДОПОМОГИ

© В. Д. Парій, В. М. Борис, С. М. Грищук

*Наведено підходи до розрахунку ліжкового фонду закладів охорони здоров'я вторинного рівня залежно від інтенсивності надання медичної допомоги з використанням коефіцієнтів необгрунтованої госпіталізації та зменшення тривалості лікування. Визначено, що при створенні госпітального округу з населенням 182 тисячі громадян ліжковий фонд повинен становити 35,4 ліжка на 10 тисяч жителів, з них для спеціалізованого лікування 27,3 ліжка, планового лікування – 4,2 ліжка, відновного лікування – 2,2 ліжка та паліативного лікування – 1,7 ліжка*

**Ключові слова:** ліжковий фонд, госпіталізація, тривалість лікування, оптимізація, госпітальний округ

**Introduction:** The aim of optimization of the system of stationary and specialized medical help must be the shortening of the bed fund. The problem is the absence of the grounded approach to determination of the profiles and number of beds that must be kept that is why the elaboration of available methods of the bed fund optimization is needed.

**Aim:** Elaboration of the approaches to optimization of the existing bed fund of the health protection institutions depending on the intensity of medical help in the context of the hospital districts creation.

**Methods:** For calculation of the bed fund were used indices of the population morbidity, actual use of the bed fund (mean number of days of using bed, bed circulation, mean duration of patient's stay in bed and the general bed downtime), the results of expert assessments of the grounding of hospitalization and possibility to shorten the stay in all-day hospital. The research was carried out on the base of three neighboring districts of Zhytomyr region where the creation of hospital district was planned.

**Results:** After using the coefficients of inexpedient hospitalization and decreasing the treatment duration was calculated the number of beds and their profile for the medical help to the population of the hospital district of 182 thousands of citizens for the health protection institutions with the different treatment intensity. The possibility to shorten the existing bed fund by 22 % without worsening the quality of medical help that gives a possibility to create the additional hospital of rehabilitation and institutions for palliative help was scientifically grounded.

**Conclusions:** It was established, that the optimal indices of bed fund for the secondary specialized help must be 35,4 for 10 thousands of dwellers, among them: 27,3 beds for specialized treatment, 4,2 beds for planned treatment, 2,2 beds for rehabilitation, 1,7 beds for palliative treatment

**Keywords:** bed fund, hospitalization, treatment duration, optimization, hospital district

### 1. Вступ

Стратегічним напрямом поліпшення стану розвитку охорони здоров'я є реформи, які мають покращити якість надання медичної допомоги та оптимізувати фінансування закладів охорони здоров'я [1–3]. У процесі реформування відбуватиметься зменшення мережі медичних закладів, що пов'язано із неефективністю існуючої системи фінансування та фактичного використання стаціонарних ліжок [4]. Ці заклади часто не завантажені повністю, що призводить до необгрунтованих витрат, втрати кваліфікації персоналу та погіршення якості надання допомоги [5, 6]. Провести оптимізацію ліжкового фонду зобов'язує Постанова КМУ від 25 листопада 2015 р. № 1024 «Про затвердження нормативу забезпечення стаціонарними лікарняними ліжками у розрахунку на 10 тис. населення», де зазначено: «Затвердити граничний норматив забезпечення стаціонарними лікарняними ліжками у розрахунку на 10 тис. населення не більш як 60 ліжок». Тому наявність науково обгрунтованих підходів до проведення оптимізації наявного ліжкового фонду є досить актуальною, особливо в контексті створення госпітальних округів.

### 2. Обгрунтування дослідження

Метою оптимізації системи надання стаціонарної та спеціалізованої медичної допомоги має бути скорочення ліжкового фонду на основі вдосконалення існуючої ресурсно-нормативної бази. Існуючі способи розрахунку ліжкового фонду переважно базуються на нормативних значеннях (кількість ліжок відповідного профілю на 10 тисяч населення), структурі хворобливого стану населення регіону за клінічними напрямками. Проблемою в цьому разі є відсутність обгрунтованого підходу до визначення профілів та кількості ліжок, неврахування місцевих особливостей попиту на стаціонарну допомогу [7]. Інші методики базуються на складних математичних розрахунках, вимагають значної кількості попередніх статистичних спостережень, що унеможливає їх практичне використання (метод 6 сигм, попиту і пропозиції, центильний метод) [8–10]. Важлива не тільки достатня кількість ліжок, але й оптимальна їх структура, диференційована з урахуванням фактичних потреб населення та можливостей медичних закладів щодо інтенсивності медичної допомоги, яка в них надається. Тому є необхідність у

розробці доступної методики оптимізації ліжкового фонду, де основне місце мають займати обґрунтованість госпіталізації по профілям ліжок, а також тривалість лікування. Разом з цим слід зазначити, що з часом зміна системи фінансування та форми господарювання призведе до відходу нормування ліжкового фонду та адміністрування штатних нормативів на рівні замовників медичних послуг.

### 3. Мета дослідження

Розробка підходів щодо оптимізації існуючого ліжкового фонду закладів охорони здоров'я залежно від інтенсивності надання медичної допомоги в контексті створення госпітальних округів.

### 4. Матеріали та методи дослідження

Для визначення шляхів оптимізації та підвищення ефективності використання необхідна методологічна інтерпретація основних показників використання ліжкового фонду. Нами використовувалися наступні показники: захворюваність населення – оцінюється за даними фактичної госпіталізації за попередній період (рік) у відділення певного профілю з урахуванням цільового використання ліжок; аналіз фактичного використання ліжкового фонду, порівняння отриманих результатів з середніми значеннями в Україні; результати експертних оцінок обґрунтованості госпіталізації та можливості зменшення тривалості перебування в цілодобовому стаціонарі. Як базові елементи для оцінки функціонування стаціонарів нами використовувалися: середнє число днів зайнятості (роботи) ліжка, обіг ліжка, середня тривалість перебування хворого на ліжку та загальний час простою ліжка. Дослідження проводилося на базі трьох прилеглих районів Житомирської області, де планується створення госпітального округу.

Для визначення показника обґрунтованості госпіталізації в стаціонарні відділення окремих лікарень Житомирської області нами проведено аналіз медичної документації (медичні карти стаціонарних хворих (форма 003/о)), які відбиралися шляхом випадкової вибірки 20 % медичних карт пацієнтів, які закінчили лікування. При визначенні обґрунтованості госпіталізації враховувалися наступні показники: вид поступлення (планово, екстрено), профіль відділення, діагноз, стан при поступленні та виписці, термін перебування у відділенні, результат лікування.

Для визначення коефіцієнту можливого зменшення терміну перебування у стаціонарі проводився ретроспективний аналіз шляхом експертної оцінки медичних карт пацієнтів, госпіталізація яких була показана. З 615 медичних карт, які використовувалися на попередньому етапі, при наявності показів лікувалися 399 пацієнтів. До критеріїв, які необґрунтовано продовжують термін лікування при задовільному стані пацієнта, відносилися виписка після вихідних та святкових днів, перебування у відділенні для отримання тільки препаратів у пероральній формі без проведення додаткових обстежень та кон-

сультацій, а також призначення зайвих обстежень та консультацій.

Для визначення потреби в оптимізації стаціонарних ліжок певних профілів нами суттєво вдосконалено методику Скоморохової Т. В. [11] шляхом застосування визначених коефіцієнтів необґрунтованої госпіталізації та зменшення тривалості лікування. Крім стандартних статистичних показників, по кожному відділенню було розраховано:

1. Цільову зайнятість ліжка  $U_c$ .

2. Коефіцієнт необґрунтованої госпіталізації  $K_r$  (поправочний коефіцієнт), визначається експертним шляхом.

3. Нормативний обіг ліжка з врахуванням коефіцієнта зменшення тривалості лікування (визначається експертним шляхом)

$$O_n = (N - t_p) / (T \times k + t_n)$$

де  $O_n$  – обіг ліжка (нормативний);  $N$  – число календарних днів в плановому періоді (365 днів);  $t_p$  – середня кількість днів простою ліжка внаслідок планового їх закриття на ремонт (30 днів), при відсутності планового капітального ремонту – 0 днів (по всіх відділеннях  $t_p$  приймався 30 днів);  $T$  – середній термін перебування хворого на ліжку (фактичний за попередній рік);  $k$  – визначений експертним шляхом коефіцієнт зменшення середньої тривалості лікування за рахунок дотримання оптимальних термінів виписки. Якщо фактичний термін перебування менший оптимального показника, його не змінюємо;  $t_n$  – середня кількість днів простою ліжка, необхідних для підготовки ліжка для прийому наступного хворого (для інфекційних хворих і недоношених дітей – 3 дні; 2 дні для хворих на туберкульоз; 1 день для інших профілів).

4. Коефіцієнт раціонального використання ліжкового фонду

$$K_r = O_f / O_n; O_f = U_f / T,$$

де  $O_f$  – фактичний обіг ліжка,  $U_f$  – фактична зайнятість ліжка,  $T$  – фактична середня тривалість перебування на ліжку,  $O_n$  – нормативний обіг ліжка, розрахований вище.

5. Коефіцієнт цільового використання ліжкового фонду

$$K_c = U_c / U_f,$$

де  $U_c$  – цільова зайнятість ліжка,  $U_f$  – фактична зайнятість ліжка.

6. Коефіцієнт ефективності використання ліжкового фонду

$$K_f = K_r \times K_c \times 100.$$

7. Ефективність використання наявного ліжкового фонду

$$E_f = K_f - K_p,$$

де  $K_p$  – поправочний коефіцієнт (частка необґрунтовано госпіталізованих, визначена експертним шляхом).

8. Розрахунок оптимізованої кількості ліжок здійснювався за формулою:

$$K_{\text{Лоптим}} = \text{Фактична КЛ} \times E_f / 100.$$

З урахуванням досвіду країн Євросоюзу, існуючі заклади охорони здоров'я регіонів, які плануються віднести до госпітального округу, розподіляються на: лікарні інтенсивного лікування (ЛІЛ); лікарні планового лікування (ЛПЛ); лікарні відновного лікування (ЛВЛ); заклади для надання паліативної допомоги (хоспіси). Розподіл визначеної кількості ліжок по лікарням з урахуванням інтенсивності надання медичної допомоги здійснювався пропорційно кількості проживаючого населення та експертним шляхом. Критерії вибору лікарні інтенсивного лікування визначено наступні: якість та швидкість надання ургентної та планової допомоги (інтенсивність лікування); географічна та транспортна доступність для населення (радіус обслуговування, час доставки при необхідності надання ургентної допомоги); достатнє матеріально-технічне оснащення; наявність необхідних кадрових ресурсів; низький рівень госпіталізації в заклади охорони здоров'я третинного рівня.

### 5. Результати досліджень

За статистичними даними встановлено, що реструктуризація стаціонарної медичної допомоги у Житомирській області відбувалась на всіх рівнях, особливо активно у періоді з 1990 по 2001 роки. У цілому за 24 роки кількість лікувальних закладів з можливістю стаціонарного лікування населення зменшилася з 143 до 59 (на 58,7 %, з них за 1990–2001 роки закрито 60 закладів), ліжковий фонд з 20290 ліжок скоротився до 9207 (на 54,6 %, з них за 1990–2001 роки скорочено 9830 ліжок). Рівень забезпеченості ліжками цілодобового перебування хворих в області у 2015 році становив 73,8 на 10 тис. населення. Значення цього показника на 9 % менше його середньої величини в Україні (80,5). Разом з цим встановлено, що у 2015 році в області не були зайняті 495 ліжок. Тривалість середнього перебування на ліжку – 10,1 дні (Україна – 12,1).

Методику розрахунку ліжкового фонду для надання вторинної спеціалізованої медичної допомоги покажемо на прикладі трьох прилеглих районів Житомирської області. На даний час жителів цих районів в кількості 182 тис. громадян обслуговує 3 лікарні із загальним числом стаціонарних ліжок 781, а саме: Новоград – Волинське міськрай ТМО – 415 ліжок; Баранівська комунальна центральна лікарня – 195 ліжок; Смільчинська центральна районна лікарня – 171 ліжок

За результатами незалежної експертної оцінки встановлено, що показник необґрунтованої госпіталізації склав  $35,1 \pm 1,9$  % (27–47 % залежно від профілю відділення), тобто понад третина пацієнтів могли отримувати медичну допомогу поза цілодобовим стаціонаром.

За результатами аудиту медичних карт пацієнтів, які були обґрунтовано госпіталізовані, встанов-

лено можливість зменшення тривалості лікування в середньому на 8,5 % (з 8,2 до 7,5 ліжкоднів, 7–10 % залежно від профілю відділення).

Проведемо розрахунок потреби в оптимізації ліжкового фонду на прикладі терапевтичних відділень. На даний час кількість штатних терапевтичних ліжок у трьох лікарнях становить 145.

1. Зайнятість ліжка фактична  $U_f$  становить 343,9 дні, цільова  $U_c$  – 333,8 дні.

2. Коефіцієнт необґрунтованої госпіталізації  $K_p$  по терапевтичних відділеннях за результатами експертних оцінок – 31,3 %, коефіцієнт зменшення тривалості лікування  $\kappa$  – 0,913 (8,7 %)

3. Нормативний обіг ліжка

$$O_n = (365 - 30) / (9,9 \times 0,913 + 1) = 33,4.$$

4. Коефіцієнт раціонального використання ліжкового фонду  $K_r$

$$K_r = O_f / O_n; O_f = U_f / T;$$

$$(343,9 / 9,9) = 34,7;$$

$$K_r = 34,7 / 33,4 = 1,04.$$

5. Коефіцієнт цільового використання ліжкового фонду:

$$K_c = U_c / U_f (333,8 / 343,9) = 0,97.$$

6. Коефіцієнт ефективності використання ліжкового фонду  $K_f$

$$K_f = K_r \times K_c = 1,04 \times 0,97 \times 100 = 100,88 \%$$

7. Ефективність використання наявного ліжкового фонду  $E_f$

$$E_f = K_f - K_p = 100,88 - 31,3 \% = 69,58 \%$$

8. Оптимізована кількість ліжок терапевтичного профілю

$$K_{\text{Лоптим}} = \frac{145 \times 69,58 \%}{100 \%} = 101 \text{ ліжок.}$$

За цим алгоритмом проводимо визначення необхідної кількості ліжок по іншим відділенням терапевтичного та хірургічного профілів. Для розрахунку потреби в ліжках для спеціалізованих відділень, що функціонують тільки в Новоград-Волинській лікарні, необхідно визначити забезпеченість ліжками на 10000 населення по Новоград-Волинському району, а далі пропорційно до кількості населення госпітального округу вирахувати необхідну кількість ліжок даного профілю.

До розрахованої кількості ліжок інфекційних відділень додаємо 30 % на випадок інфекційних спалахів. З урахуванням зростання інтенсивності надання медичної допомоги кількість ліжок анестезіології та інтенсивної терапії збільшуємо на 20 %. Результати розрахунку наведені в табл. 1.

Таблиця 1  
Розрахована потреба в ліжковому фонді  
по профілям ліжок

Профіль ліжок	Наявні штатні ліжка	Розрахована потреба в ліжках на госпітальний округ	Різниця в ліжках
Терапія	145	101	-44
Кардіологія	40	49	+9
Неврологія	70	41	-29
Педіатрія	70	51	-19
Інфекція	100	77	-23
<b>Всього терапевтичний профіль</b>	<b>425</b>	<b>319</b>	<b>-106</b>
Хірургія	95	65	-30
Травматологія	61	38	-23
Оториноларингологія	15	19	+4
Офтальмологія	15	25	+10
Гінекологія	50	36	-14
Пологове	70	54	-16
Анестезіологія та інтенсивна терапія	15	18	+3
<b>Всього хірургічний профіль</b>	<b>321</b>	<b>255</b>	<b>-66</b>
<b>Разом</b>	<b>746</b>	<b>574</b>	<b>-172</b>

До вищезазначених профілів ліжок необхідно додати ліжка для проведення відновного лікування та надання паліативної допомоги, тому загальна кількість стаціонарних ліжок, за нашими розрахунками, повинна становити 644.

## 6. Обговорення результатів

За розробленою методикою нами розрахована необхідна потреба в забезпеченості ліжками певного профілю на 10 тис. населення при 100 % використанні ліжкового фонду в цілому по регіону (Новоград – Волинський, Баранівський, Ємільчинський райони). Визначено, що забезпеченість ліжками для надання вторинної допомоги населенню міста обласного значення та трьох районів, де проживає 182 тисячі населення, має становити 35,4 на 10 тисяч жителів. На основі цих даних нами розроблена модель реорганізації існуючого ліжкового фонду Баранівської, Ємільчинської ЦРЛ та Новоград-Волинського міськрайТМО, у Новоград-Волинський госпітальний округ з найбільшим радіусом обслуговування 78 км.

До округу повинні бути включені наступні заклади охорони здоров'я: лікарня інтенсивного лікування з розрахованим ліжковим фондом у 497 ліжок (77,2 % від загальної кількості ліжок), дві лікарні планового лікування на базі районних ЦРЛ, ліжковий фонд яких становить 77 ліжок (12,0 % від загальної кількості), лікарня відновного лікування на 40 ліжок (6,2 %) та два хоспіси на базі дільничних лікарень з загальним ліжковим фондом 30 ліжок (4,6 %). При реструктуризації центральної районної лікарні в лікарню планового лікування зберігаються терапевтичне, дитяче, неврологічне відділення.

Внаслідок централізації ліжкового фонду в багатопрофільній лікарні інтенсивного лікування нами визначено оптимальні показники ліжкового фонду для закладів охорони здоров'я різної інтенсивності надання медичної допомоги (табл. 2).

Таблиця 2  
Розрахована структура ліжкового фонду на прикладі госпітального округу (з населенням 182 тисяч громадян)

№	Профіль відділень	Вид лікування				Всього по округу абсол/на 10 тис. насел.
		Спеціалізоване лікування Новоград-Волинська ЛЛЛ	Планове лікування Баранівська, Ємільчинська ЛПЛЛ	Відновне лікування Новоград-Волинська ЛВЛ	Паліативне лікування Хоспіси на базі ДЛ	
1	Відділення анестезіології та інтенсивної терапії	12	0	0	0	12/0,65
2	Хірургічне відділення	35	0	0	0	35/1,92
3	Гнійно-септичне хірургічне відділення	15	0	0	0	15/0,82
4	Урологічне відділення	15	0	0	0	15/0,82
5	Відділення травматології-ортопедії, політравми	38	0	0	0	38/2,08
6	Отоларингологічне відділення	19	0	0	0	19/1,04
7	Офтальмологічне відділення	25	0	0	0	25/1,37
8	Кардіологічне відділення з інфарктним блоком	49	0	0	0	49/2,69
9	Терапевтичне відділення	56	45	0	0	101/5,55
10	Неврологічне відділення	30	11	10	0	51/2,80
11	Реабілітаційне відділення	0	0	25	0	25/1,37
12	Інфекційно-боксоване відділення	77	0	0	0	77/4,23
13	Дитяче відділення	30	21	5	0	56/3,07
14	Пологове відділення	54	0	0	0	54/2,96
15	Гінекологічне відділення	36	0	0	0	36/1,98
16	Відділення інтенсивної терапії новонароджених	6	0	0	0	6/0,33
17	Відділення паліативної допомоги	0	0	0	30	30/1,65
	<b>Всього</b>	<b>497</b>	<b>77</b>	<b>40</b>	<b>30</b>	<b>644/35,4</b>
	<b>Всього на 10 тисяч населення</b>	<b>27,3</b>	<b>4,2</b>	<b>2,2</b>	<b>1,7</b>	<b>35,4</b>



При застосуванні запропонованої методики в регіонах, де кількість ліжок перевищує середні показники по державі, вона потребує корекції шляхом введення додаткових показників (або пропорційним збільшенням розрахованих нами коефіцієнтів необгрунтованої госпіталізації та тривалості лікування).

## 7. Висновки

1. Встановлено, в Житомирській області, де за попередні роки було проведено суттєве скорочення ліжкового фонду і на даний час кількість ліжок становить 73,5 на 10 тисяч населення, що на 9,2% нижче державних показників, є значні резерви щодо оптимізації стаціонарної допомоги, які полягають в зменшенні необгрунтованої госпіталізації та скороченні тривалості лікування.

2. З використанням запропонованих підходів на прикладі окремих районів Житомирської області обгрунтовано можливість зменшити кількість стаціонарних ліжок на 22% без погіршення якості та доступності медичної допомоги, та додатково створити медичні заклади для проведення відновного лікування та паліативної допомоги.

3. Розраховано, що забезпеченість ліжками для надання вторинної допомоги має становити 35,4 на 10 тисяч жителів. Ліжковий фонд повинен включати залежно від інтенсивності лікування з розрахунку на 10 тисяч населення такі ліжка: для спеціалізованого лікування – 27,3 ліжка, планового лікування – 4,2 ліжка, відновного лікування – 2,2 ліжка та паліативного лікування – 1,7 ліжка.

## Література

1. Лехан, В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір [Текст] / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // *Главный врач*. – 2010. – № 1. – С. 20–36.
2. Голяченко, О. М. Нові підходи до реформування стаціонарної допомоги [Текст] / О. М. Голяченко, Н. Я. Панишин, В. Л. Смірнова // *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. – 2010. – № 1. – С. 34–37.
3. Гінзбург, В. Г. Структурна перебудова системи охорони здоров'я на регіональному рівні: досягнення та завдання [Текст] / В. Г. Гінзбург // *Медичні перспективи*. – 2010. – № 4. – С. 137–143.
4. Слабкий, Г. А. Госпитальные округа: реальность и риски их создания [Текст] / Г. А. Слабкий, М. В. Шевченко, А. И. Зозуля // *Україна. Здоров'я нації*. – 2012. – № 3 (23). – С. 261–265.
5. Слабкий, Г. О. Характеристика використання ліжкового фонду для стаціонарного лікування дорослого населення з хворобами органа зору [Текст] / Г. О. Слабкий, С. В. Збітнева // *Український медичний часопис*. – 2012. – № 6 (92). – С. 100–102.
6. Вуїв, О. Г. Проблеми визначення економічної та медичної ефективності стаціонарної допомоги та використання ліжкового фонду в сучасних умовах (огляд наукової літератури) [Текст] / О. Г. Вуїв // *Український медичний часопис*. – 2007. – № 4 (60). – С. 9–14.
7. Дячук, Д. Д. Оцінка підходів до розробки та використання інноваційних моделей удосконалення діяльності

закладів охорони здоров'я [Текст] / Д. Д. Дячук // *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. – 2012. – № 3. – С. 75–85.

8. Андрієвський, І. Ю. Центильний метод обгрунтування ліжкового фонду при формуванні госпітального округу [Текст] / І. Ю. Андрієвський // *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. – 2014. – № 1. – С. 48–53.

9. Лехан, В. М. Автоматизація планування ресурсів стаціонарів [Текст] / В. М. Лехан, М. В. Павленко, В. В. Волчек, О. А. Литвинов // *Український журнал телемедицини та медичної телематики*. – 2012. – Т. 10, № 2. – С. 13–17.

10. Krempels, K. H. An Approach for Automated Surgery Scheduling [Text]: sixth int. conf. / K. H. Krempels, A. Panchenko. – Practice and Theory of Automated Timetabling. – Czech Republic, 2006. – P. 123–127.

11. Скоморохова, Т. В. Эффективность использования коечного фонда в многопрофильном стационаре, функционирующем на рынке добровольного медицинского страхования [Текст] / Т. В. Скоморохова // *Экономика здравоохранения*. – 2003. – № 10. – С. 23–26.

## References

1. Lekhan, V. M., Slabkyj, H. O., Shevchenko, M. V. (2010). Stratehiia rozvytku systemy okhorony zdorov'ia: ukrains'kyj vymir [The development strategy of the health system: Ukrainian dimension]. *Chief doctor*, 1, 20–36.
2. Holiachenko, O. M., Panchyshyn, N. Y., Smirnova, V. L. (2010). Novi pidkhody do reformuvannia statsionarnoi dopomohy [New approaches to reform hospital care]. *Journal of Social Hygiene and Public Health Organization Ukraine*, 1, 34–37.
3. Hinzburh, V. H. (2010). Strukturna perebudova systemy okhorony zdorov'ia na rehional'nomu rivni: dosiahnennia ta zavdannia [The restructuring of the health system at the regional level: achievements and objectives]. *Medical prospects*, 4, 137–143.
4. Slabkyj, H. A., Shevchenko, M. V., Zozulia, A. Y. (2012). Hospytal'nye okruha: real'nost' y rysky ykh sozdanyia [Hospital Districts: reality and risks deal with their creation]. *Ukraine. Health of nation*, 3 (23), 261–265.
5. Slabkyj, H. O., Zbitneva, S. V. (2012). Kharakterystyka vykorystannia lizhkovoho fondu dlia statsionaroho likuvannia dorosloho naseleння z khvorobamy orhana zoru [Description of the use of hospital beds for hospital treatment of adults with diseases of eye]. *Ukrainian Medical Journal*, 6 (92), 100–102.
6. Vuv, O. H. (2007). Problemy vyznachennia ekonomichnoi ta medychnoi efektyvnosti statsionarnoi dopomohy ta vykorystannia lizhkovoho fondu v suchasnykh umovakh (ohliad naukovoї literatury) [Current problems in determining the economic and medical efficiency of in patient health care and the usage of hospital beds (review of published data)]. *Ukrainian Medical Journal*, 4 (60), 9–14.
7. Diachuk, D. D. (2012). Otsinka pidkhodiv do rozrobky ta vykorystannia innovatsijnykh modelej udoskonalennia diial'nosti zakladiv okhorony zdorov'ia [Assessment of approaches to the development and use of innovative models improvement of health facilities]. *Journal of Social Hygiene and Public Health Organization Ukraine*, 3, 75–85.
8. Andriievs'kyj, I. Y. (2014). Tsentylnyj metod obhrun-tuvannia lizhkovoho fondu pry formuvanni hospital'noho

okruhu [Centile method of substantiation bed fund in hospital district forming]. Journal of Social Hygiene and Public Health Organization Ukraine, 1, 48–53.

9. Lekhan, V. M., Pavlenko, M. V., Volchek, V. V., Lytvynov, O. A. (2012). Avtomatyzatsiia planuvannia resursiv stacionariv [Automation hospital resource planning]. Ukrai'ns'kyj zhurnal teledytsyny ta medychnoi' telematyky, 10 (2), 13–17.

10. Krempels, K. H., Panchenko, A. (2006). An Approach for Automated Surgery Scheduling. Practice and Theory of Automated Timetabling. Czech Republic, 123–127.

11. Skomorohova, T. V. (2003). Jeftektivnost' ispol'zovaniia koechnogo fonda v mnogoprofil'nom stacionare, funkcionirujushhem na rynke dobrovol'nogo medicynskogo strahovanija. Jekonomika zdavoohranenija, 10, 23–26.

Дата надходження рукопису 12.04.2016

**Парій Валентин Дмитрович**, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри, кафедра менеджменту охорони здоров'я, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, бул. Т. Шевченка, 13, м. Київ, Україна, 01601  
E-mail: managementnmu@gmail.com

**Борис Василь Миколайович**, головний лікар, Новоград-Волинське міськрайтМО, вул. Медведєва, 13, м. Новоград-Волинський, Україна, 11700  
E-mail: novogradtmo@gmail.com.

**Гришук Сергій Миколайович**, кандидат медичних наук, старший викладач, кафедра медико-біологічних основ фізичного виховання і спорту, Житомирський державний університет імені І. Я. Франка, вул. Велика Бердичівська, 40, м. Житомир, Україна, 10008;  
кафедра «Сестринська справа», Житомирський інститут медсестринства, вул. Велика Бердичівська, 46/15, м. Житомир, Україна, 10002  
E-mail: expert@likkasa.com.ua

УДК 616.895.8:616.85-02-092-048.445

## ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫЕ ЯВЛЕНИЯ В ПАТОМОРФОЗЕ ПРОСТОЙ ФОРМЫ ШИЗОФРЕНИИ

© Н. В. Данилевская

*Работа посвящена выявлению и анализу обсессивно-компульсивных явлений в рамках патоморфоза простой формы шизофрении. Установлена доля обсессивно-компульсивных включений в структуре простой формы шизофрении. Рассмотрены особенности динамики обсессивно-компульсивных включений на протяжении развития заболевания. Выделен основной содержательный компонент обсессивных и компульсивных включений в рамках простой формы шизофрении*

**Ключевые слова:** шизофрения, простая форма, обсессии, компульсии, патоморфоз, психодиагностика

**Aim.** To establish the special features of obsessive-compulsive phenomena within pathomorphosis of the simple form of schizophrenia.

**Materials and methods of research.** On the base of MI "Regional clinic psychiatric hospital" of ZRC under condition of the informed consent were examined 58 patients with diagnosis – schizophrenia, simple form (F20.6), among them 31 men and 27 women. The mean age of patients were 42,4±0,82 years old. The duration of disease was 2–25 years.

*Clinical-anamnestic, clinical-psychopathological, catamnestic and statistic methods were used in the research.*

*In the result of research was observed pathomorphosis of the simple form of schizophrenia. The analysis detected in the clinical picture not only classic manifestations such as autism, decline of energetic potential, emotional deficits and drifting, but also several pathologic syndromes that were earlier considered as not typical for this form of disease. The classic picture of the simple form of schizophrenia realized with especially deficit symptomatology was present in 15,5 % of cases only. In more than 1/2 of observations in the structure of disease was present the productive symptomatology, the share of obsessive-compulsive inclusions within it was 10,3 %.*

*At the same time obsessive-compulsive phenomena often formed the clinical continuum in the debut of disease, in several cases they were kept during the whole disease and were reliably more often among the patients of male sex.*

**Conclusions.** The results of research demonstrate the need for the further study of pathomorphosis of the psychic diseases for elaborating the more qualitative diagnostic criteria of comparing the obsessive-compulsive symptomatology with the different nosological units

**Keywords:** schizophrenia, simple form, obsessions, compulsions, pathomorphosis, psychodiagnostics