

ДОСЛІДЖЕННЯ ОБҐРУНТОВАНІСТІ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ТА ВИКОРИСТАННЯ ЛІЖКОВОГО ФОНДУ СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ СТАЦІОНАРІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ВТОРИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

ДОСЛІДЖЕННЯ ОБҐРУНТОВАНІСТІ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ТА ВИКОРИСТАННЯ ЛІЖКОВОГО ФОНДУ СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ СТАЦІОНАРІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ВТОРИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ – Раціональність використання ресурсів охорони здоров'я, зокрема ліжкового фонду, тривалий час є предметом обговорення політиків, управлінців, лікарів. Вирішення проблеми фокусується у площині реформування лікарняної мережі, але без значимих позитивних результатів. Саме тому проблема залишається актуальною для вітчизняної системи охорони здоров'я і потребує поглибленого дослідження, особливо у спеціалізованих стаціонарах вторинної медичної допомоги. Мета дослідження полягала у вивченні обґрунтованості госпіталізації та використання ліжкового фонду спеціалізованих стаціонарів вторинної медичної допомоги. З використанням методів системного підходу і системного аналізу, медико-статистичного та матеріалів офіційної статистичної звітності й медичних карт стаціонарних хворих виявлено, що незважаючи на проведене впорядкування мережі та скорочення чисельності ліжок, відсоток хворих, необґрунтовано госпіталізованих до відділень терапевтичного профілю, складав від (15,0±3,4) % до (70,6±6,4) %, а у відділення хірургічного профілю – від (8,4±2,7) % до (40,7±6,7) %. Зберігаються резерви оптимізації використання ліжок цілодобових стаціонарів шляхом моніторингу обґрунтованості показань до госпіталізації та тривалості перебування на ліжку, а також диференціації ліжкового фонду за критерієм інтенсивності лікування і створення більш широкого доступу до стаціонарзамінних технологій.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОБОСНОВАННОСТИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОЕЧНОГО ФОНДА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ СТАЦИОНАРОВ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ – Раціональність використання ресурсів здравоохранения, в частности коечного фонда, длительное время является предметом обсуждения политиков, управленцев, врачей. Решение проблемы фокусируется в плоскости реформирования больницы сети, но без ощутимых положительных результатов. Именно поэтому проблема остается актуальной для отечественной системы здравоохранения и требует углубленного исследования, особенно в учреждениях здравоохранения, оказывающих вторичную медицинскую помощь. Цель исследования заключалась в изучении обоснованности госпитализации и использования коечного фонда специализированных стационаров вторичной медицинской помощи. С использованием методов системного подхода и системного анализа, медико-статистического и материалов официальной статистической отчетности и медицинских карт стационарных больных выявлено, что несмотря на проводимое упорядочение сети и сокращение численности коек, процент больных, необоснованно госпитализированных в отделения терапевтического профиля, составлял от (15,0±3,4) % до (70,6±6,4) %, а в отделения хирургического профиля – от (8,4±2,7) % до (40,7±6,7) %. Сохраняются резервы оптимизации использования коек круглосуточных стационаров путем мониторинга обоснованности показаний к госпитализации и продолжительности пребывания, а также дифференциации коечного фонда по критерию интенсивности лечения и создания более широкого доступа к стационарзамещающим технологиям.

STUDY OF VALIDITY OF HOSPITALIZATION AND BED CAPACITY USE OF SPECIALIZED HOSPITAL HEALTH INSTITUTIONS OF SECONDARY MEDICAL CARE – Rational use of health care resources, in particular, number of beds, is a long subject of discussion

of politicians, managers, doctors. Solving the problem is focused to the hospital network reforming plan, but without significant positive results. That is why the issue remains relevant for the national health system and requires in-depth research, especially in health care, secondary care providers. The purpose of the study was to examine the validity of the admission and the use of hospital beds specialized secondary care hospitals. Using the methods of systems approach and systems analysis, medical and statistical materials and the official statistical reports and medical records of hospitalized patients revealed that despite the conducted online ordering and a reduction in the number of beds, the percentage of patients admitted to the department unreasonably therapeutic profile, ranged from (15.0±3.4) % to (70.6±6.4) %, and in the surgical departments – from (8.4±2.7) % to (40.7±6.7) %.

Ключові слова: ліжковий фонд, раціональне використання, ресурси.

Ключевые слова: коечный фонд, рациональное использование, ресурсы.

Key words: bed capacity, rational use, resources.

ВСТУП Відомо, що стаціонарна медична допомога потребує більш значного вкладення ресурсів, ніж амбулаторна, тому проблема їх раціональної використання залишається актуальною [1]. В Україні більше 70,0 % коштів охорони здоров'я витрачається на утримання лікарняного ліжкового фонду, разом з тим, як за даними науковців, у розвинених європейських країнах цей обсяг значно нижчий – від третини до половини усіх витрат [4]. Разом з тим, проведене упорядкування мережі лікарняних закладів та скорочення ліжкового фонду поки що не призвели до очікуваних результатів [2, 3, 5–8]. В умовах перманентного обмеженого фінансування галузі, загострення соціально-політичної кризи виникає потреба у визначенні якісно нових підходів до організації стаціонарної допомоги. Їх розробка залежить, зокрема, від вивчення дійсних потреб пацієнтів у цілодобовій госпіталізації та перебуванні на ліжку, що визначає обґрунтованість використання ліжкового фонду.

Метою дослідження було вивчити обґрунтованість госпіталізації та застосування ліжкового фонду спеціалізованих стаціонарів вторинної медичної допомоги (на прикладі окремих закладів Івано-Франківської, Черкаської, Чернігівської областей) та визначити перспективні напрями поліпшення його ефективності.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Використані статистично-довідкові матеріали з ф. № 20 “Звіт лікувально-профілактичного закладу за 2014 рік” (6 од.), а також ф. № 003/о “Медична карта стаціонарного хворого” (усього 2302 од.) лікарняних закладів Івано-Франківської, Черкаської, Чернігівської областей: Івано-Франківської міської клінічної лікарні № 1; Косівської центральної районної лікарні Івано-Франківської області; Черкаської міської лікарні № 1; Черкаської центральної районної лікарні Черкаської області; Чернігівської міської лікарні № 1; Козелецької центральної районної лікарні Чернігівської області. Медичні карти стаціонарних хворих у кожній лікарні відбирали у кількості, репрезентативній до числа хворих, яких виписано за 2014 рік, та пропорційній числу виписаних хворих із відділень відповідного профілю.

Дослідження обґрунтованості госпіталізації здійснювали з використанням діючих Уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги хворим з: артеріальною гіпертензією, гострим геморагічним інсультом, хронічним панкреатитом, бронхіальною астмою, гострим порушенням мозкового кровообігу (ішемічний інсульт), виразковою хворобою шлунка і дванадцятипалої кишки, гострим коронарним синдромом (інфарктом міокарда), ішемічною хворобою серця, ревматоїдним артритом, хронічним обструктивним захворюванням легень (всього 10 од.) та, у випадках відсутності Уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, – з використанням нормативних документів із бази стандартів медичної допомоги (<http://www.dec.gov.ua/mtd/index.html>).

Методи дослідження: системні підхід і аналіз; медико-статистичний.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Узагальнені характеристики вибірок представлені у таблиці 1, з якої видно, що міські лікарні надавали медичну допомогу переважно жителям відповідних міст, хоча (21,8±2,1) % хворих, яких виписано з Івано-Франківської міської клінічної лікарні № 1, і (8,8±1,4) % Черкаської міської лікарні № 1 склали жителі сільської місцевості. У досліджуваних центральних районних лікарнях стаціонарну медичну допомогу отримувало населення як сільських населених пунктів адміністративної території обслуговування, так і міст районного значення.

Більшість пацієнтів Івано-Франківської міської клінічної лікарні № 1 (55,5±2,5) %, Косівської центральної районної лікарні (56,9±2,5) %, Козелецької центральної районної

лікарні (58,0±2,6) % склали жінки; в інших закладах у структурі стаціонарних хворих переважали чоловіки.

Середній вік хворих, яких виписали, коливався від (46,2±17,3) року в Козелецькій центральній районній лікарні до (54,7±16,2) року – в Чернігівській міській лікарні № 1.

Показники середньої тривалості перебування хворих на ліжку вказали на перевищення цього показника у досліджуваних закладах, порівняно з середньоєвропейським показником (9,2 дня), та в окремих лікарнях – з середньоукраїнським (11,6 дня). Найкоротшими вони виявились у Черкаській міській лікарні № 1 – (9,7±3,7) дня, а найдовшими – у Козелецькій центральній районній лікарні – (13,3±8,4) дня. В Івано-Франківській міській клінічній лікарні № 1 показник дорівнював (10,7±6,1) дня, Косівській центральній районній лікарні – (9,8±4,5) дня, Черкаській центральній районній лікарні – (10,7±4,1) дня, а у Чернігівській міській лікарні № 1 – (11,0±3,4) дня.

На лікуванні перебували особи зі встановленими ознаками інвалідності, найбільшою була їх відносна кількість у Косівській центральній районній лікарні (24,0±2,2) %, найменшою – у Козелецькій (7,8±1,4) %.

Порівняльний аналіз причин випадків фактичної госпіталізації і показань до госпіталізації у цілодобові стаціонари лікарень, що надають вторинну медичну допомогу, представлених у відповідних за нозологіями Уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги та/або стандартах медичної допомоги, засвідчив значні невідповідності стану хворих визначеним критеріям госпіталізації (табл. 2).

Таблиця 1. Узагальнені характеристики вибірок досліджуваних закладів охорони здоров'я

Назва закладу охорони здоров'я	Кількість використаних форм № 003/о (абс.)	Стать (абс., М±m, %)		Місце проживання (абс., М±m, %)		Середня тривалість перебування на ліжку
		чоловіки	жінки	місто	село	
Івано-Франківська міська клінічна лікарня № 1	380	211 (55,5±2,5)	169 (44,5±2,5)	297 (78,2±2,1)	83 (21,8±2,1)	10,7±6,1
Косівська центральна районна лікарня	392	223 (56,9±2,5)	169 (43,1±2,5)	48 (12,2±1,7)	344 (87,8±1,7)	9,8±4,5
Черкаська міська лікарня № 1	385	188 (48,8±2,5)	197 (51,2±2,5)	351 (91,2±1,4)	34 (8,8±1,4)	9,7±3,7
Черкаська центральна районна лікарня	370	117 (31,6±2,4)	253 (68,4±2,4)	27 (7,3±1,4)	343 (92,7±1,4)	10,7±4,1
Чернігівська міська лікарня № 1	418	187 (44,7±2,4)	231 (55,3±2,4)	418 (100,0)	–	11,0±3,4
Козелецька центральна районна лікарня	357	207 (58,0±2,6)	150 (42,0±2,6)	146 (40,9±2,6)	211 (59,1±2,6)	13,3±8,4

Таблиця 2. Питома вага хворих, госпіталізованих за необґрунтованими показаннями, у спеціалізовані відділення терапевтичного профілю

Назва закладу охорони здоров'я	Назва відділення/кількість хворих, госпіталізованих необґрунтовано (абс. і у відсотках)			
	кардіологічне	терапевтичне	пульмонологічне	неврологічне
Івано-Франківська міська клінічна лікарня № 1		20 (22,0±4,3)		27 (30,3±4,9)
Косівська центральна районна лікарня	19 (22,1±4,5)	15 (17,2±4,0)		46 (58,2±5,5)
Черкаська міська лікарня № 1		12 (15,2±4,0)	23 (56,1±7,8)	24 (32,0±5,4)
Черкаська центральна районна лікарня				70 (31,7±3,1)
Чернігівська міська лікарня № 1	35 (32,7±4,5)		36 (70,6±6,4)	34 (34,3±4,8)
Козелецька центральна районна лікарня		17 (15,0±3,4)		24 (26,4±4,6)

Як видно з таблиці 2, відсоток хворих, необґрунтовано госпіталізованих до відділень кардіологічного профілю, складав (22,1±4,5) % у Косівській центральній районній лікарні та (32,7±4,5) % – у Чернігівській міській лікарні № 1. У терапевтичні відділення з необґрунтованими показаннями надійшло від (15,0±3,4) % хворих у Козелецькій центральній районній лікарні до (22,0±4,3) % – у Івано-Франківській міській клінічній лікарні № 1. У пульмонологічному відділенні Черкаської міської лікарні № 1 перебувало на цілодобових ліжках без показань (56,1±7,8) % усіх госпіталізованих пацієнтів, а у Чернігівській міській лікарні № 1 – (70,6±6,4) %. Не мали показань до лікування у цілодобових неврологічних відділеннях вторинної медичної допомоги від (26,4±4,6) % до (58,2±5,5) % хворих.

Виявлено, що частку хворих, необґрунтовано госпіталізованих до кардіологічних відділень, складали пацієнти з хронічною ішемічною хворобою серця, стабільною стенокардією напруги, неускладненими гіпертонічними кризами, які, за вимогами відповідних Уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги повинні лікуватись в амбулаторних умовах.

Схожими за причинами були випадки не показаної госпіталізації до терапевтичних відділень: перебували хворі з хронічною ішемічною хворобою серця, стабільною стенокардією напруги, атеросклеротичним кардіосклерозом, дифузним кардіосклерозом, неускладненими гіпертонічними кризами, а також із хронічними обструктивними захворюваннями легень та гострими бронхітами в стані середньої тяжкості.

До пульмонологічних відділень також необґрунтовано надходили хворі з хронічними обструктивними захворюваннями легень в стані середньої тяжкості, гострими бронхітами та загостренням бронхіальної астми з середньотяжким перебігом, які могли б лікуватись у амбулаторних умовах або денних/домашніх стаціонарах.

Причинами необґрунтованої цілодобової госпіталізації до неврологічних відділень були наслідки перенесених інсультів давністю від одного до 3–5–7 років, хронічні хвороби центральної і периферичної нервової системи без ознак загострення, дитячий церебральний параліч, параліч Дюшен-Ерба, неускладнені гіпертонічні кризи.

Аналіз обґрунтованості госпіталізації на ліжка хірургічного профілю засвідчив, що у (8,4±2,7) % – (40,7±6,7) % випадків госпіталізації, залежно від структури ліжкового фонду закладу охорони здоров'я, можливо було б надати хірургічну допомогу вдома, у денному стаціонарі або у плановому порядку – в спеціально призначеному для лікування таких хворих цілодобовому стаціонарі (табл. 3).

Причинами випадків необґрунтованої госпіталізації визнані: хвороба Рейно без ознак загострення; вроджені

аномалії кістково-м'язової системи у дорослих, яким не проводилась операційна корекція; ураження кістково-м'язової системи з хронічним перебігом (стійкі тривалі порушення рухових функцій унаслідок деформуючих артрозів, остеохондрозу, остаточних явищ травматичних уражень кінцівок); рубцеві фімози; локальні гнійно-запальні процеси м'яких тканин; доброякісні новоутворення (фіброми, атероми, ліпоми) різної локалізації, які підлягають плановому хірургічному лікуванню і можуть бути проліковані амбулаторно.

Планові хірургічні втручання проводились з приводу патології периферичних судин, хронічних захворювань мигдаликів, захворювань передміхурової залози, шкіри та підшкірної клітковини, при хронічних холециститах.

Доцільність перебування хворих на ліжку визначалась за критеріями тяжкості клінічного стану, обсягу і характеру діагностичних процедур, тривалості їх призначення. Виявлено, що, згідно з записами у медичних картах стаціонарних хворих, усі пацієнти, госпіталізовані необґрунтовано або у плановому порядку як до стаціонарів хірургічного, так і терапевтичного профілю, перебували у задовільному клінічному стані або стані середньої тяжкості. На діагностичні процедури і консультативні огляди хворих суміжними спеціалістами у стаціонарах терапевтичного профілю витрачалось, як правило, не менше трьох днів від моменту госпіталізації, хоча цей термін можна було б скоротити за рахунок обстеження і консультативних оглядів у амбулаторних умовах.

Проведення хірургічних втручань плановим хворим у першу добу перебування в стаціонарі здійснювалось лише у половині випадків госпіталізації, решту планових хворих оперували на 2–3 добу і пізніше.

Обсяг лікувальних втручань терапевтичним хворим, які потребували сестринського догляду, полягав у 1–2–3-разових парентеральних ін'єкціях (внутрішньом'язових, внутрішньовенних) у сполученнях між собою або відокремлених, характер і кратність призначень були стабільними протягом усього терміну перебування на ліжку; лікарський огляд хворих проводився один раз на добу в ранковій годині. Це вказало на низький за інтенсивністю лікувальний процес.

У відділеннях хірургічного профілю планові хворі отримували консервативне або хірургічне лікування з наступним консервативними маніпуляціями протягом усього терміну перебування на ліжку з кратністю, аналогічною у відділеннях терапевтичного профілю, за винятком оториноларингологічних відділень. Так, у Черкаській міській лікарні № 1 середня тривалість перебування хворого на ліжку в оториноларингологічному відділенні складала (10,7±2,6) дня, а середня тривалість лікування (наявність

Таблиця 3. Питома вага хворих, госпіталізованих за необґрунтованими показаннями та у плановому порядку, в спеціалізовані відділення хірургічного профілю

Назва закладу охорони здоров'я	Назва відділення/кількість хворих, госпіталізованих необґрунтовано та у плановому порядку (абс. і у відсотках)			
	хірургічне	травматологічне	гінекологічне	оториноларингологічне
Івано-Франківська міська клінічна лікарня № 1	9 (9,4±3,0)	27 (26,0±4,3)		
Косівська центральна районна лікарня	22 (40,7±6,7)	18 (20,9±4,4)		
Черкаська міська лікарня № 1	22 (35,5±6,1)			4
Черкаська центральна районна лікарня	21 (25,6±4,8)		14 (20,9±5,0)	
Чернігівська міська лікарня № 1				5
Козелецька центральна районна лікарня	9 (8,4±2,7)			

парентеральних ін'єкцій, лікарських процедур) – лише $7,9 \pm 2,9$ дня, у Чернігівській міській лікарні № 1 – відповідно $(8,8 \pm 3,6)$ та $(7,5 \pm 2,6)$ дня.

Таким чином, результати дослідження засвідчили різноманітність причин нераціонального використання ліжкового фонду, усунення яких має бути в центрі уваги як керівників закладів охорони здоров'я вторинної медичної допомоги, так і вторинної амбулаторної медичної допомоги та первинної ланки, як постачальників замовлень на лікування хворих, а також осіб, які приймають рішення на вищому рівні управління щодо підвищення ефективності вторинної медичної допомоги на цілодобових ліжках.

ВИСНОВКИ 1. Результати дослідження вказали на невирішеність проблеми раціональності використання ліжкового фонду закладів охорони здоров'я, що надають вторинну медичну допомогу. Складовими цієї проблеми визначені необґрунтованість госпіталізації до відділень терапевтичного профілю у $(15,0 \pm 3,4)$ % – $(70,6 \pm 6,4)$ % випадків, а до відділень хірургічного профілю – у $(8,4 \pm 2,7)$ % – $(40,7 \pm 6,7)$ % випадків, та більша за середньоєвропейську тривалість перебування хворих на ліжку – від $(9,7 \pm 3,7)$ до $(13,3 \pm 8,4)$ дня залежно від досліджуваного закладу охорони здоров'я.

2. Виявлено, що інтенсивність лікування хворих із необґрунтованою госпіталізацією та хронічними захворюваннями без ознак загострення низька, оскільки обсяг лікарських та сестринських процедур (1–3 впродовж дня), а також кратність лікарського спостереження за хворими (один раз на добу в ранкові години) не потребують їх цілодобового перебування у стаціонарі. Встановлено, що у стаціонарах оториноларингологічного профілю тривалість лікування і перебування на ліжку помітно відрізняються, оскільки складають відповідно $(7,9 \pm 2,9)$ і $(10,7 \pm 2,6)$ дня та $(7,5 \pm 2,6)$ і $(8,8 \pm 3,6)$ дня залежно від закладу охорони здоров'я.

3. Результати дослідження дозволяють висунути як альтернативу більш широке запровадження поза-лікарняної медичної допомоги в денних стаціонарах, стаціонарах вдома за умови її доступності, кадрового та матеріально-технічного забезпечення. Ще один напрямок підвищення ефективності використання ліжкового фонду полягає у реалізації підходів до диференціації стаціонарної мережі закладів вторинної медичної допомоги за критеріями обсягу й інтенсивності лікування залежно від

потреб пацієнта, які зумовлюються ступенем тяжкості клінічного стану.

Перспективи подальших досліджень полягають у необхідності конструювання можливих моделей організації стаціонарної мережі закладів вторинної медичної допомоги на основі запропонованих критеріїв.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Лисак В. П. Питання якості та ефективності стаціонарної медичної допомоги / В. П. Лисак, Г. Я. Пархоменко // Питання якості медичної допомоги: наукові засади та практичні результати: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (22 жовтня 2010 року). – Київ, 2010. – С. 95–96.
2. Мокрицька А. Б. Структурні диспропорції та проблеми фінансування вітчизняної охорони здоров'я: матеріали наукової конференції професорсько-викладацького складу "Методологічні проблеми фінансової теорії та практики в умовах світової економічної кризи" (Тернопіль, 15 квітня 2009 року) – Тернопіль: Тернопільський національний економічний університет, 2009. – С. 97–103.
3. Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2025 [Електронний ресурс]. — Київ, листопад 2014 року. — Режим доступу : <http://uoz-zak.gov.ua/uploads/doc/1/4/9/149.pdf>.
4. Основы политики. Планирование оказания медицинской помощи. Обзор международного опыта. - Stefanie Ettelt, Ellen Nolte, Sarah Thomson et al. - М.: Реал Тайм, 2009. – 64 с.
5. Про затвердження нормативу забезпечення стаціонарними лікарняними ліжками у розрахунку на 10 тис. населення [Електронний ресурс]. / Кабінет Міністрів України. – Офіц. вид. – К., 2015. – 1024. – (Нормативний документ КМУ України. Постанова). — Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1024-2015-%D0%BF>.
6. Слабкий В. Г. Сучасний стан організації стаціонарної медичної допомоги населенню України та інших країн / В. Г. Слабкий, Н. П. Кризина, Г. Я. Пархоменко // Сучасні медичні технології – 2013. – № 2. – С. 150–151.
7. Характеристика мережі закладів охорони здоров'я, забезпеченості населення лікарняними ліжками та основні показники їх використання / Слабкий Г. О., Пархоменко Г. Я., Кондратюк Н. Ю., Торжевська О. М. // Укр. мед. часопис. – 2014. – 5 (103), IX/X [Електронний ресурс]. – Режим доступу : www.umj.com.ua.
8. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік / Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України. – Київ, 2014. – 438 с.

Отримано 02.02.16