

УДК 614.21:616.8-089(477.87)

І.М. Рогач, М.М. Смірнов, А.О. Керецман, В.В. Жорник

Характеристика використання ліжкового фонду для стаціонарного лікування дорослого населення з хворобами нервової системи в Закарпатській області

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Мета – вивчити та проаналізувати використання ліжкового фонду для стаціонарного лікування дорослого населення з хворобами нервової системи в Закарпатській області.

Матеріали та методи. Проаналізовано звіти закладів охорони здоров'я (форма №20), які надають стаціонарну нейрохірургічну та/або неврологічну допомогу дорослому населенню Закарпатської області, а також статистичні щорічники Закарпаття за 2012–2016 рр.

Результати. Отримано та проаналізовано показники використання ліжкового фонду неврологічного та нейрохірургічного профілів.

Висновки. Рекомендовано розрахувати нормативні кількості спеціалізованих ліжок у районах та поліпшити підготовку сімейних лікарів у відношенні цереброваскулярної патології.

Ключові слова: ліжковий фонд, неврологічна допомога, нейрохірургічна допомога, доросле населення.

Вступ

Висока ефективність використання ліжкового фонду лікарняно-профілактичними закладами системи охорони здоров'я є надзвичайним питанням її реформування у зв'язку із підвищенням якості,

доступності та вартості стаціонарної медичної допомоги. Незважаючи на зменшення кількості лікарняних ліжок, що проводиться в Україні в останні роки, забезпеченість населення ними залишається однією з найвищих серед країн Європи та СНД (табл. 1).

Таблиця 1
Забезпеченість ліжками на 100 тис. населення [8, 9]

Країна	2012		2013		2014	
	усього	у лікарнях нехронічного профілю	усього	у лікарнях нехронічного профілю	усього	у лікарнях нехронічного профілю
Азербайджан	465	349	469	350	487	358
Великобританія	281	231	276	228	274	228
Вірменія	405	330	406	330	415	340
Естонія	553	385	501	367	501	367
Ізраїль	310	233	309	234	308	233
Ірландія	255	237	258	240	260	244
Ісландія	325	271	321	267	318	267
Іспанія	299	238	297	236	297	238
Молдова	623	493	583	471	566	455
Німеччина	818	612	828	621	823	618
Норвегія	397	355	386	345	384	343
Польща	663	496	661	495	663	496
Росія	840	661	818	641	н.в.	н.в.
Словаччина	591	503	580	492	579	492
Угорщина	700	431	704	432	698	430
Узбекистан	419	349	399	334	381	320
Україна	891	721	880	715	784	644
Франція	653	440	648	436	641	428
Чехія	666	453	646	431	646	426

Чисельність стаціонарів більше ніж удвічі перевищує аналогічний показник країн Європи, що призводить до розпорошення ресурсів та низької якості [3]. Наразі стаціонари в Україні фінансуються краще, і вся медична система працює так, щоб ліжка не простоювали. Лікарняна система включає багато невеликих сільських лікарень [6]. Частка малопотужних лікарень, до 50 ліжок, у загальній кількості всіх лікарень становить ще 12%. Як відомо, в Україні рівень (21,9%) і тривалість (13,3 дня) госпіталізації істотно перевищують середньоєвропейські показники (19,2% та 10,4 дня) та показники в країнах ЄС (18,0% та 9,2 дня) [2]. Від 30% до 50% пацієнтів госпіталізується необґрунтовано [2].

З іншого боку, в Україні виражений потік пацієнтів, яких направляють вверх по лікарняній ієрархії. Наявність даного потоку забезпечена такими факторами. В розпорядженні центральних лікарень – порівняно більші бюджети, вища кваліфікація лікарів, краще забезпечення препаратами та обладнанням [6]. В свою чергу, первинна медико-санітарна допомога розвинута недостатньо, особливо в селах, незважаючи на постійне наголосшення на проблемах організації та розвитку сільської медицини. Тим більше наразі в умовах децентралізації місцеві громади, відповідно до Указу президента України №545/2016 від 7 грудня 2016 р. «Про першочергові заходи щодо розвитку місцевого самоврядування в Україні на 2017 рік», мають можливість власноруч розподіляти кошти з урахуванням локальних потреб.

Також, у порівнянні зі своїми колегами за кордоном, лікарі загальної практики значно менше займаються діагностикою та лікуванням. Тому лікарі місцевої мережі охорони здоров'я (працівники швидкої допомоги, поліклінік тощо) виконують лише мінімальну функцію – особливо у зв'язку з тим, що багато пацієнтів, минаючи їх, поступають безпосередньо в стаціонари лікарень [6].

Існують різні варіанти вирішення даної проблеми, однак необхідними напрямками є не тільки перепрофілювання існуючих ліжкових фондів, але й зміна мотивації лікарів та керівників лікарняних закладів, а також порядку планування штатів лікарів: не за кількістю ліжок, а за обсягом виконаної роботи, та створення механізму фінансування стаціонарних лікувально-профілактичних закладів за випадком перебування пацієнта у стаціонарі [1].

Одним із перших кроків у цьому напрямі було затвердження наказу Міністерства охорони здоров'я України від 02.09.2016 № 928 «Про втрату чинності наказу Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2000 № 33 «Про примірні штатні нормативи закладів охорони здоров'я». Даний наказ надає власникам і керівникам закладів охорони здоров'я значно більшої автономії в прийнятті рішень щодо формування та затвердження штатних розписів цих закладів, зважаючи на їх функції та обсяги медичної допомоги населенню.

Наступним було прийняття Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» (документ 2002-19, прийняття від 06.04.2017). Згідно з цим законом медичні заклади можуть

господарювати самостійно після ухвалення господарської автономізації щодо них місцевими радами. Як наслідок, медична установа може залучати нові джерела фінансування. Проте за таких умов постають нові вимоги до керівників. Вони повинні набратися досвіду роботи в ринкових умовах і поглибити знання з менеджменту та маркетингу, що дасть змогу якісно покращити управління.

Скільки необхідно ліжок? Відповідь на це запитання залежить від різних факторів. Деякі з них змінити досить важко, як, наприклад, структуру захворюваності та соціальну структуру населення. Інші ж змінюються відносно легко, до прикладу, ефективність діагностики та лікування, надання альтернатив стаціонарного лікування.

Стратегії оптимізації ліжкового фонду повинні включати відповідні заходи, націлені на зниження кількості випадків необґрунтованої госпіталізації, підвищення ефективності стаціонарного лікування, зменшення строків госпіталізації, сприяння швидшій виписці. Остаточне рішення щодо скорочення ліжкового фонду має прийматися лише після проведення аналізу його використання, задоволення потреб населення в реабілітаційній та паліативній, а також у медико-соціальній допомозі [1], із наступним визначенням ефективності за вдосконаленою методикою Скоморохової Т. В., шляхом застосування визначених коефіцієнтів необґрунтованої госпіталізації та зменшення тривалості лікування [4, 7].

Мета роботи – вивчити рівень забезпечення дорослого населення Закарпатської області спеціалізованими стаціонарними ліжками нейрохірургічного і неврологічного профілів та стан їх використання в лікарняно-профілактичних закладах, що перебувають у сфері управління Міністерства охорони здоров'я України.

Матеріали та методи

Використано такі методи: статистичний – аналіз звітів закладів охорони здоров'я (форма № 20), які надавали стаціонарну нейрохірургічну та/або неврологічну допомогу дорослому населенню Закарпатської області у 2012–2016 рр., а також статистичних щорічників Закарпаття 2012–2016 рр. Державної служби статистики України; бібліосемантичний; системного підходу й аналізу.

Статистична обробка матеріалів дослідження проведена з використанням методів біостатистичного аналізу, реалізованих у пакетах програм Excel 2016 (Microsoft) і STATISTICA 10.0 (StatSoft Inc.).

Результати дослідження та їх обговорення

Відповідно до поставленої мети вивчено рівень забезпечення дорослого населення Закарпатської області спеціалізованими стаціонарними неврологічними та нейрохірургічними ліжками у 2012–2016 рр. Отримані результати наведено в табл. 2–4, які містять показники по Закарпаттю в цілому та окремо по районах. Також окремо виділено Ужгородську центральну міську клінічну лікарню та заклади обласного підпорядкування

(Закарпатську обласну клінічну лікарню ім. А. Новака й Обласний клінічний центр нейрохірургії та неврології, що було створено у 2006 р. [5]).

Наведені дані (табл. 2) свідчать, що в Закарпатті у 2012 р. при загальній кількості спеціалізованих неврологічних ліжок для дорослих у 555 шт., рівень забезпечення становив 4,44 ліжка на 10 тис. населення з коливанням у розрізі районів області від 2,89 в Ужгородському районі до 6,93 у Мукачівському. Різниця рівня забезпечення між районами у 2012 р. становила 4,04, відповідно 2,4 разу. За п'ять років, до 2016 р. включно, в області відмічалась тенденція до скорочення забезпечення ліжковим фондом з 4,44 до 4,27, тобто майже на 3%. Подібна динаміка відмічалася в 6 районах, забезпечення неврологічними ліжками залишилось на вихідному рівні у 2 районах, а у 4 районах, навпаки, відмічалось збільшення

даного показника. Особливу увагу на себе звертає Ужгородський район, в якому забезпечення неврологічними ліжками на 10 тис. населення збільшилось в 1,5 разу з 2,89 до 4,21. Різниця між районами Закарпатської області у 2016 р. становила 3,28, відповідно 1,94 разу, тобто відносно 2012 р. вона зменшилась на 19,2%. У м. Ужгород та закладах обласного підпорядкування досліджуваний показник зменшився відповідно до тенденції області.

Забезпечення спеціалізованими нейрохірургічними ліжками в закладах обласного підпорядкування було стабільним протягом всіх п'яти років – 0,31 на 10 тис. населення. Серед районів лише Берегівський мав у своїй структурі такі ліжка, і забезпеченість ними дорівнювала 1,35. Та у 2015 р. вони були перепрофільовані.

Таблиця 2

Забезпеченість неврологічними ліжками та середнє число їх роботи в Закарпатській області

Адміністративна одиниця	Забезпеченість ліжками на 10 тис. населення, шт.					Середнє число днів роботи ліжка, днів				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Берегівський район	5,78	5,78	5,97	6,21	6,27	365,13	365,17	361,16	353,16	335,81
Велико-березнянський район	6,77	6,74	6,72	6,72	6,77	330,72	337,11	329,39	313,39	333,44
Виноградівський район	3,93	3,74	3,72	3,72	3,72	351,85	346,56	374,02	378,44	370,47
Воловецький район	5,71	5,71	5,71	5,74	5,76	336,43	345,43	385,07	355,79	343,57
Іршавський район	3,52	3,51	3,50	3,50	3,49	349,69	347,11	363,57	343,80	346,74
Мукачівський район	6,93	6,93	6,92	6,63	6,34	258,96	245,40	266,19	299,49	338,48
Перечинський район	4,75	4,70	4,69	4,36	4,39	341,40	350,80	358,93	344,57	349,36
Рахівський район	6,00	5,97	4,86	4,85	4,86	320,53	333,40	359,40	348,56	353,60
Свалявський район	4,09	4,07	4,07	4,07	4,03	367,95	334,09	331,41	296,50	309,68
Тячівський район	4,61	4,88	4,86	4,86	4,67	314,01	320,59	320,08	342,42	331,41
Ужгородський район	2,89	2,86	2,84	2,83	4,21	311,50	263,55	234,35	262,65	370,13
Хустський район	3,65	4,06	3,64	3,64	3,66	352,74	341,26	335,49	337,11	353,74
м. Ужгород	5,05	4,81	4,82	4,84	4,82	396,16	386,93	372,13	367,49	374,69

Наступним етапом дослідження було вивчення та проведення аналізу стану використання спеціалізованого неврологічного та нейрохірургічного ліжкового фонду для надання допомоги дорослому населенню.

Отримані дані (табл. 2) свідчать, що у 2012 р. в цілому по Закарпатській області спеціалізоване неврологічне ліжко для надання стаціонарної допомоги дорослому населенню працювало 335,29 доби із коливаннями в розрізі районів від 258,96 доби у Мукачівському до 396,16 доби в м. Ужгород, що свідчить про переваженість стаціонару. Різниця становила 137,18 доби, відповідно 1,29 разу. З 2012 р. по 2016 р. в Закарпатті відмічалася тенденція до збільшення середнього числа днів роботи ліжка на рік (349,08 доби). Найбільший приріст відмічено в Мукачівському районі з 258,96 доби до 338,48 доби (1,31 разу). У Свалявському районі, навпаки, в 2016 р. неврологічне ліжко стало

«працювати» на 15,86% менше, ніж у 2012 р. Різниця середнього числа днів роботи ліжка на рік між районами Закарпаття у 2016 р. складала 65,01 доби, відповідно 1,21 разу (порівняно з 2012 р. вона зменшилась на 7,6%). У закладах обласного підпорядкування показник залишився майже без змін, а в м. Ужгород дещо знизився.

Середнє число днів роботи нейрохірургічного ліжка в закладах обласного підпорядкування не перевищувало 312,08 доби, що відповідає вимогам Національної служби охорони здоров'я Великобританії (82%, або 300 діб) [10] та свідчить про раціональне управління ліжковими фондами.

У середньому по Закарпатській області у 2012 р. хворі перебували на спеціалізованих неврологічних ліжках (табл. 3) 10,54 дня з коливаннями в розрізі районів від 7,61 у Виноградівському районі до 14,69 в Ужгородському. Різниця між даними районами становила 7,08, відповідно 1,93 разу. За період п'яти років загалом

по області середнє перебування хворого на ліжку зменшилося до 9,78 ліжко-дня, тобто на 7,2%. У більшості районів даний показник також мав тенденцію до зниження, особливо в Ужгородському районі (з 14,69 до 11,10, на 24,4%). Різниця показника між районами у 2016 р. становила 5,37, відповідно 1,74 разу, тобто зменшилась на 9,8%. У м. Ужгород та закладах обласного

підпорядкування середнє перебування хворих на неврологічних ліжках зменшилося на 9,9% та 14,2% відповідно.

На спеціалізованих нейрохірургічних ліжках у 2012 р. у Закарпатській області хворі в середньому перебували 12,11 ліжко-дня, до 2016 р. показник знизився незначно – до 11,98.

Таблиця 3

Середнє перебування хворого на ліжку та його обіг в Закарпатській області

Адміністративна одиниця	Середнє перебування хворого на ліжку, днів					Обіг ліжка, пацієнтів				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
<i>неврологічні ліжка</i>										
Берегівський район	12,06	11,65	11,31	12,26	11,91	30,28	31,35	31,92	28,81	28,19
Велико-березнянський район	12,69	11,20	11,47	11,55	11,76	26,06	30,11	28,72	27,14	28,36
Виноградівський район	7,61	7,22	7,24	7,28	7,20	46,21	48,01	51,67	52,01	51,42
Воловецький район	12,94	13,02	12,91	12,31	11,73	26,00	26,54	29,82	28,89	29,29
Іршавський район	8,61	8,32	8,40	8,24	8,98	40,60	41,70	43,29	41,71	38,60
Мукачівський район	9,21	9,20	9,11	9,12	9,10	28,11	26,67	29,22	32,83	37,20
Перечинський район	11,32	10,64	10,75	10,86	10,70	30,17	32,97	33,40	31,71	32,64
Рахівський район	12,10	11,75	12,29	12,38	12,57	26,50	28,38	29,24	28,16	28,12
Свалявський район	10,31	9,51	10,17	9,02	9,33	35,68	35,14	32,59	32,86	33,20
Тячівський район	13,33	12,65	12,04	11,66	11,08	23,55	25,34	26,59	29,38	29,91
Ужгородський район	14,69	13,00	12,65	13,40	11,10	21,20	20,28	18,53	19,60	33,35
Хустський район	9,62	9,78	8,70	9,02	8,74	36,66	34,91	38,54	37,36	40,46
м. Ужгород	11,75	10,86	10,62	10,46	10,58	33,72	35,63	35,05	35,15	35,41
Заклади обласного підпорядкування	9,49	8,72	8,44	8,59	8,14	37,71	40,15	42,46	42,75	44,20
Разом по Закарпаттю	10,54	10,08	9,86	9,89	9,78	31,81	32,73	34,12	34,36	35,70
<i>нейрохірургічні ліжка</i>										
Берегівський район	10,66	10,46	12,90	н.в.	н.в.	37,07	26,29	10,79	н.в.	н.в.
Заклади обласного підпорядкування	12,50	12,48	12,78	12,15	11,98	24,97	23,88	22,92	22,41	25,37
Разом по Закарпаттю	12,11	12,14	12,79	12,15	11,98	26,82	24,25	24,86	22,41	25,37

За досліджуваний період 2012–2016 рр. в Закарпатській області спеціалізовані неврологічні ліжка стали «обслуговувати» більшу кількість пацієнтів на рік (табл. 3). Так, у 2012 р. обіг ліжка становив 31,81 у середньому по Закарпаттю з коливаннями в розрізі районів від 21,20 в Ужгородському районі до 46,21 у Виноградівському. Різниця становила 25,01, відповідно 2,18 разу. У 2016 р. загалом по області даний показник збільшився до 35,70, тобто в 1,12 разу. Лише в 3 районах (Берегівський, Іршавський, Свалявський) обіг ліжка зменшився, проте в більшості районів Закарпатської області спостерігалось його збільшення щороку, крім Ужгородського району, в якому показник стрімко зріс в 1,7 разу у 2016 р., порівняно з 2015 р. (відповідно 33,35 та 19,60). Різниця обігу ліжка між районами у 2016 р. складала 23,30, відповідно 1,83 разу, тобто зменшилась на

16,1% у порівнянні з 2012 р. В закладах обласного підпорядкування за п'ять років обіг спеціалізованого неврологічного ліжка збільшився відповідно до тенденції районних закладів в 1,17 разу з 37,71 до 44,20.

Обіг спеціалізованих нейрохірургічних ліжок у закладах обласного підпорядкування за досліджуваний період незначно знизився у 2013–2015 рр., але у 2016 р. становив 25,37 та перевершив значення вихідного 2012 р.

Рівень госпіталізації на 1000 населення (табл. 4) Закарпатської області у 2012 р. на неврологічні ліжка складав 14,13‰ із коливаннями в розрізі районів від 6,14‰ в Ужгородському районі до 18,18‰ у Виноградівському. Різниця становила 16,66‰, відповідно 2,96 разу. У 2012–2016 рр. рівень госпіталізації загалом по області зріс до 15,23‰. У районах картина була неоднорідною, значно виділився Ужгородський район, в

якому показник у 2016 р. зріс в 2,53 разу, порівняно з 2015 р. (10,04% і 5,54% відповідно). Різниця в рівнях госпіталізації між районами у 2016 р. складала 10,23%, відповідно 1,77 разу, тобто зменшилася на 40,2%. У м. Ужгород та закладах обласного підпорядкування

рівень госпіталізації на неврологічні ліжка протягом п'яти років залишався відносно сталим, як і рівень госпіталізації на спеціалізовані нейрохірургічні ліжка. У Берегівському районі даний показник знижувався аналогічно середньому числу днів роботи ліжка та його обігу.

Таблиця 4

Госпітальна летальність і рівень госпіталізації в Закарпатській області

Адміністративна одиниця	Госпітальна летальність, %					Рівень госпіталізації на 1000 населення, %				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
<i>неврологічні ліжка</i>										
Берегівський район	4,29	5,63	3,62	5,77	5,76	17,50	18,12	19,07	17,90	17,66
Велико-березнянський район	0,20	3,35	1,83	1,37	1,70	17,63	20,30	19,29	18,23	19,20
Виноградівський район	1,78	1,61	1,88	1,91	2,67	18,18	17,94	19,23	19,34	19,11
Воловецький район	0,26	0,00	0,23	0,24	0,00	14,86	15,16	17,04	16,58	16,88
Іршавський район	1,13	1,30	1,58	1,57	1,33	14,30	14,64	15,15	14,59	13,47
Мукачівський район	4,48	4,11	4,17	4,57	3,81	19,49	18,49	20,21	21,78	23,59
Перечинський район	1,53	2,24	1,39	1,12	0,66	14,32	15,50	15,66	13,83	14,31
Рахівський район	0,87	0,76	0,59	1,07	0,84	15,91	16,95	27,47	13,67	13,66
Свалявський район	1,22	1,00	2,43	0,93	1,05	14,59	14,31	13,25	13,39	13,36
Тячівський район	1,00	0,83	0,57	0,95	1,09	10,87	12,36	12,93	14,28	13,98
Ужгородський район	0,95	0,74	0,81	0,26	0,40	6,14	5,80	5,26	5,54	14,04
Хустський район	1,48	2,26	1,25	0,31	0,97	13,38	14,17	14,02	13,59	14,80
м. Ужгород	3,52	3,65	3,91	4,01	3,97	17,02	17,13	16,91	17,02	17,08
Заклади обласного підпорядкування	0,80	0,53	1,47	0,96	0,89	1,69	1,79	1,89	1,91	1,62
Разом по Закарпаттю	1,92	2,01	2,01	1,98	2,04	14,13	14,59	14,82	15,40	15,23
<i>нейрохірургічні ліжка</i>										
Берегівський район	1,92	1,63	5,48	н.в.	н.в.	5,00	3,55	1,45	н.в.	н.в.
Заклади обласного підпорядкування	2,99	4,52	2,67	3,94	3,75	0,78	0,74	0,71	0,70	0,79
Разом по Закарпаттю	2,76	4,04	2,88	3,94	3,75	0,99	0,89	0,77	0,70	0,79

Загальна госпітальна летальність (табл. 4) серед пацієнтів, що перебували на неврологічних ліжках, у 2012 р. в Закарпатті дорівнювала 1,92% із коливаннями з-поміж районів від 0,2% у Великоберезнянському районі до 4,48% у Мукачівському. За період до 2016 р. по області показник дещо збільшився до 2,04%. У Великоберезнянському районі, в якому загальна летальність була найнижчою у 2012 р., у 2013 р. вона зросла до 3,35%, але у 2014–2016 рр. не перевищувала 2%. Протягом досліджуваного періоду серед пацієнтів, що перебували на спеціалізованих неврологічних ліжках, найнижча летальність була у Воловецькому районі (не перевищувала 0,26%), а найвища – у Берегівському. В м. Ужгород летальність не перевищувала 4% протягом п'яти років, а в закладах обласного підпорядкування лише у 2014 р. показник майже досягнув 1,5%, інші роки – не більше 1%.

Госпітальна летальність серед пацієнтів, що перебували на спеціалізованих нейрохірургічних ліжках в

закладах обласного підпорядкування, у 2012 р. становила 2,99%, 2013 р. – 4,52%, а у 2014–2016 рр. показник не перевищував 4%. У Берегівському районі відмічалось стрімке підвищення загальної летальності у 2014 р. до 5,5%.

Також проведено кореляційний аналіз (Пірсона) показників використання ліжкового фонду. Сильна кореляція відзначалася між рівнем госпіталізації та забезпеченням ліжками населення, як неврологічними ($r=0,82$, $p<0,05$), так і нейрохірургічними ($r=0,89$, $p<0,05$). Помірну кореляційну залежність відмічено між забезпеченням спеціалізованими неврологічними ліжками та середнім числом днів перебування пацієнта в стаціонарі ($r=0,38$, $p<0,05$), обігом ліжка ($r=-0,45$, $p<0,05$), загальною летальністю ($r=0,41$, $p<0,05$) та між рівнем госпіталізації й загальною летальністю ($r=0,44$, $p<0,05$). Дана залежність була відсутня у нейрохірургічних ліжок. Проте виявлена помірна кореляція між рівнем госпіталізації та середнім числом днів роботи ліжка на рік ($r=0,67$, $p<0,05$).

Висновки

На основі отриманих результатів щодо спеціалізованих неврологічних та нейрохірургічних ліжкових фондів у Закарпатській області у 2012–2016 рр. можна зробити такі висновки:

1. Рекомендовано розрахувати нормативні кількості спеціалізованих неврологічних та нейрохірургічних ліжок у районах за удосконаленою методикою.

2. Віднайдена кореляційна залежність вказує, що при скороченні забезпечення неврологічними ліжками зменшиться рівень госпіталізації, загальна летальність і середнє число днів перебування пацієнта в стаціонарі та

збільшиться обіг ліжка, тобто поліпшиться ефективність використання ліжкового фонду.

3. Ліжка неврологічного профілю значно перевантажені. Дану проблему потрібно вирішувати через посилену підготовку первинної ланки, зокрема сімейних лікарів, у відношенні цереброваскулярної патології та проведення якісного відбору на догоспітальному етапі.

4. Нейрохірургічну допомогу потрібно надавати в спеціалізованих висококваліфікованих центрах, щоб добитись високого рівня діагностики на місцях та оптимізувати «маршрут пацієнта».

Перспективи подальших досліджень полягають у продовженні вивчення порушеного у статті питання.

Література

1. *Коечный фонд: сокращение или перепрофилирование?* / И.И. Новик, А.И. Русенчик, А.И. Седых, Т.В. Ясюля // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2014. – № 1. – С. 63–67.
2. *Лехан В. М.* Проблеми та перспективи перебудови стаціонарної медичної допомоги вторинного рівня / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, В. В. Волчек // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2008. – Т.2, №2. – С. 44–52.
3. *Лехан В. М.* Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 1. – С. 5–23.
4. *Парій В. Д.* Обґрунтування методики розрахунку ліжкового фонду для надання вторинної стаціонарної допомоги / В. Д. Парій, В. М. Борис, С. М. Грищук // ScienceRise. Medical Science. – 2016. – № 5 (1). – С. 9–14.
5. *Рогач І. М.* Розвиток та організація нейрохірургічної служби Закарпатської області / І. М. Рогач, М. М. Смірнов, Р. Ю. Погоріляк // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4 (1). – С. 177–180.
6. *Салманов А. Г.* Модели системы здравоохранения в разных странах / А. Г. Салманов // Практика управління медичним закладом. – 2017. – № 10. – С. 38–40.
7. *Скоморохова Т. В.* Эффективность использования коечного фонда в многопрофильном стационаре, функционирующем на рынке добровольного медицинского страхования / Т. В. Скоморохова // Экономика здравоохранения. – 2003. – № 10. – С. 23–26.
8. *Число больничных коек на 100 000 населения* – Европейский портал информации здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа : https://gateway.euro.who.int/ru/indicators/hfa_476-5050-hospital-beds-per-100-000. – Название с экрана.
9. *Число коек в больницах нехронического профиля на 100 000 населения* – Европейский портал информации здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа : https://gateway.euro.who.int/ru/indicators/hfa_478-5060-acute-care-hospital-beds-per-100-000/. – Название с экрана.
10. *Keegan A. D.* Hospital bed occupancy: More than queuing for a bed / A. D. Keegan // Med. J. Aust. – 2010. – Vol. 193, № 5. – P. 291–293.

Дата надходження рукопису до редакції: 07.02.2018 р.

**Характеристика использования коечного фонда
для стационарного лечения взрослого населения
с заболеваниями нервной системы
в Закарпатской области**

*И.М. Рогач, Н.Н. Смирнов,
А.А. Керецман, В.В. Жорник*

ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,
г. Ужгород, Украина

Цель – изучить и проанализировать использование коечного фонда для стационарного лечения взрослого населения с заболеваниями нервной системы в Закарпатской области.

Материалы и методы. Проанализированы отчеты учреждений здравоохранения (форма № 20), которые оказывают стационарную нейрохирургическую и/или неврологическую помощь взрослому населению Закарпатской области, а также статистические ежегодники Закарпатя за 2012–2016 гг.

Результаты. Получены и проанализированы показатели использования коечного фонда неврологического и нейрохирургического профилей.

Выводы. Рекомендуется рассчитать нормативные количества специализированных коек в районах и улучшить подготовку семейных врачей в отношении цереброваскулярной патологии.

Ключевые слова: коечный фонд, неврологическая помощь, нейрохирургическая помощь, взрослое население.

**Characteristics of the usage of a bed fund
for inpatient treatment of adults with diseases
of the nervous system in the Transcarpathian region**

*I.M. Rogach, M.M. Smirnov,
A.O. Keretsman, V.V. Zhornyk*

SU “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

Purpose – to study and analyze the usage of a bed fund for inpatient treatment of adults with diseases of the nervous system in the Transcarpathian region.

Materials and methods. We analyzed reports of the health care institutions (form No.20), which provide inpatient neurosurgical and/or neurological care to the adults in the Transcarpathian region, and the statistical yearbooks of Transcarpathian region for 2012–2016.

Results. The indicators of the usage of neurological and neurosurgical bed funds were obtained and analyzed.

Conclusions. It is recommended to calculate the normative numbers of specialized beds in the districts and to improve an education of family doctors in view of the cerebrovascular pathology.

Key words: bed fund, neurological help, neurosurgical help, adult population.

Відомості про авторів

Рогач Іван Михайлович – д.мед.н., проф., завідувач кафедри соціальної медицини та гігієни ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна

Смирнов Микита Миколайович – аспірант кафедри соціальної медицини та гігієни ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Керецман Анжеліка Олексіївна – асистент кафедри соціальної медицини та гігієни ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Жорник Віталіна Василівна – студентка медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.