

Одне з першочергових завдань реформування галузі охорони здоров'я в Україні — зниження собівартості медичного обслуговування населення за умови підвищення його якості й позитивного впливу на показники здоров'я населення країни. Тому значна кількість практичних заходів направлена на зменшення питомої ваги стаціонарних послуг у структурі медичної допомоги, що надається населенню України закладами охорони здоров'я протягом року. Це полягає в скороченні мережі стаціонарних закладів, зокрема ліжкового фонду, з паралельним перенесенням навантаження на первинну ланку надання медичної допомоги

РЕСУРСОЗБЕРІГАЮЧІ СТАЦІОНАРОЗАМІННІ ТЕХНОЛОГІЇ — ЯК ПЕРСПЕКТИВНИЙ НАПРЯМОК УДОСКОНАЛЕННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ



ЮРІЙ МОЧАЛОВ,

канд. мед. наук,
доцент ДВНЗ
«Ужгородський
національний
університет»

Одним із раціональних інструментів провадження такої політики є розширення та широке впровадження в практику лікувально-профілактичних закладів стаціонарозамінних лікувально-діагностичних технологій. Собівартість надання медичної послуги (допомоги) в таких відділеннях знижується, а власне послуга сприймається більшістю пацієнтів позитивно завдяки більш зручній реабілітації після втручань або маніпуляцій.

СТАЦІОНАРОЗАМІННІ ВИДИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

До стаціонарозамінних технологій належать такі види медичної допомоги:

- 1) «хірургія одного дня»;
- 2) стаціонар вдома;
- 3) денний стаціонар (відділення денного перебування).

Система відділень денного перебування пацієнтів є доволі поширеною в країнах світу й протягом останніх 60-ти років дуже добре зарекомендувала себе.

Ще в середині ХХ століття стали досить популярними денні реабілітаційні медичні центри для пацієнтів неврологічного профілю у Великобританії, Канаді, США. В Німеччині тим часом розвивалася мережа педіатричних, терапевтичних і онкологічних стаціонарів. Нині в країнах Європейського Союзу добре розвинена мережа геріатричних відділень денного перебування пацієнтів.

У країнах колишнього соціалістичного табору перший денний стаціонар був відкритий ще в 1930 році у Москві, але з огляду на низку суб'єктивних факторів та об'єктивних причин такий вид медичної допомоги не набув значного поширення. У 1930–1931 рр. на базі психоневрологічної лікарні ім. П. Б. Ганушкіна був відкритий денний стаціонар, який виконував функції проміжної ланки між лікарнею й диспансером.

Розпочата в 60-ті роки активізація робіт зі створення стаціонарозамінних форм медичної допомоги дозволила оцінити їх позитивні сторони, а також обґрунтувати їх медико-організаційну доцільність.

У 80-ті роки на території України діяльність денних стаціонарів була регламентована наказом МОЗ СРСР «Про організацію стаціонарів (відділень, палат) денного перебування в лікарнях, денних стаціонарів в поліклініці й стаціонарів вдома» від 16 грудня 1987 р. № 1278. Ураховуючи низку переваг від лікування хворих в позастаціонарних умовах, були зорганізовані

денні стаціонари в різних містах і різного профілю. Так, у Мській поліклініці № 2 (м. Львів), у 2-му хірургічному відділенні Мської клінічної лікарні № 52 (м. Москва), у поліклінічному відділенні № 6 Мської клінічної лікарні (м. Кишинів) були організовані палати короткочасного перебування

пацієнтів хірургічного профілю. Водночас успішно функціонували денні стаціонари для ортопедо- та травматологічних хворих на базі поліклінічного відділення Мської лікарні № 2 (м. Івано-Франківськ), Мської поліклініки № 9 (м. Ашхабад) тощо. У Мській поліклініці № 23 (м. Москва) денний стаціонар був організований для лікування пацієнтів із бронхо-легеневою патологією. На базі Мської поліклініки № 1 (м. Куйбишев) було відкрито денний стаціонар для пацієнтів стоматологічного профілю.

Майже перед розпадом країни в Міністерстві охорони здоров'я СРСР було прийнято рішення щодо доцільності організації стаціонарів денного

УВАГА!

Стаціонарозамінна медична допомога здатна забезпечити належний рівень якості лікування пацієнтів з меншими, порівняно із лікуванням на цілодобових лікарняних ліжках, затратами

перебування пацієнтів у лікарнях, денних стаціонарів у поліклініках та стаціонарів вдома. Подібні тенденції поширилися на галузь охорони здоров'я вже самостійної України, й особливо процеси впровадження стаціонарозамінних технологій інтенсифікувалися з початком медичної реформи.

Широкому запровадженню таких технологій сприяла потреба економії кадрових, фінансових і природних ресурсів, у тому числі скорочення тривалості лікування, відсутність необхідності перебування значної кількості пацієнтів у цілодобових стаціонарах. Стаціонарозамінна медична допомога здатна забезпечити належний рівень якості лікування пацієнтів з меншими, порівняно із лікуванням на цілодобових лікарняних ліжках, затратами. Така ситуація сприяє більш ефективному використанню ресурсів під час надання амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги й скороченню кількості неефективно використовуваних лікарняних ліжок. Тому відділення денного перебування пацієнтів є структурними підрозділами амбулаторно-поліклінічних закладів, стаціонарів високоспеціалізованих обласних загальнодержавних медичних центрів, центрів первинної медико-санітарної допомоги. Метою діяльності відділень денного перебування пацієнтів є підвищення якості надання медичної допомоги в амбулаторних умовах, економічної ефективності діяльності на основі впровадження в практику й подальшого застосування сучасних ресурсозаощаджувальних медичних технологій профілактики, діагностики й реабілітації відповідно до стандартів і клінічних протоколів обстеження й лікування пацієнтів. Залежно від виду, обсягу й системи організації роботи відділення денного перебування пацієнтів можуть бути **багатопротиповими й спеціалізованими**.

До переваг відділень денного перебування пацієнтів у закладах стаціонарного типу можна віднести:

- 1) зниження собівартості одного ліжко-дня за рахунок нівелювання затрат на утримання пацієнтів, а в окремих випадках — оплату листів непрацездатності;
- 2) скорочення видатків закладу на оплату праці персоналу, який працює лише вдень;
- 3) зменшення видатків на оплату комунальних послуг, які споживає лікувально-профілактичний заклад;
- 4) можливість проводити профілактику низки хронічних захворювань, унаслідок чого зменшується число рецидивів хвороб і виходу пацієнтів на інвалідність.

Лікування у відділеннях денного перебування надає певні переваги й пацієнтам амбулаторних установ, зокрема:

- 1) психологічний комфорт — в разі госпіталізації до цілодобового стаціонару пацієнт отримує лікування, але часто зазнає психологічної травми;

2) можливість проходити лікування без відриву від виробництва й, відповідно, без оформлення листів тимчасової непрацездатності;

3) скорочення строків діагностичних заходів.

На практиці частина пацієнтів поступає до відділення денного перебування пацієнтів поліклініки (центру первинної медико-санітарної допомоги) із цілодобових стаціонарів після завершення курсу інтенсивної терапії, корекції невідкладних станів; інша частина — направляється до лікаря амбулаторно-поліклінічної ланки надання медичної допомоги. При цьому простежується високий потенціал економічної ефективності — кількість пролікованих пацієнтів може зростати в 1,5–3 рази за рахунок роботи відділення у дві зміни, а собівартість одного ліжка-дня — знижуватися в 5 разів порівняно із утриманням цілодобового стаціонарного відділення.

Як правило, до складу денного стаціонару входять такі кабінети та палати:

- 1) кабінет лікаря;
- 2) палати;
- 3) процедурний кабінет;
- 4) кабінет психологічного розвантаження та відпочинку пацієнтів;
- 5) кімната для прийому їжі;
- 6) ігрова кімната (для відділень педіатричного профілю).

До денного стаціонару направляють хворих, які можуть активно пересуватися, за відсутності протипоказань для лікування в позалікарняних умовах і потреби суворого постільного режиму.

У денних стаціонарах можна лікувати хворих у випадках:

1) проведення комплексного курсового лікування, що включає, як правило, курс інтенсивної терапії (внутрішньовенні ін'єкції та краплинні інфузії лікарських препаратів), а також лікувально-діагностичні маніпуляції;

2) проведення складних і комплексних діагностичних досліджень і лікувальних процедур, пов'язаних із необхідністю спеціальної підготовки хворих і короткострокового медичного спостереження після проведення зазначених заходів;

3) післяопераційне медичне спостереження за хворими, оперованими в умовах стаціонару або амбулаторно-поліклінічного закладу (нескладні хірургічні втручання);

4) підбору адекватної терапії для хворих із вперше встановленим діагнозом захворювання або з хронічними захворюваннями в разі зміни ступеня тяжкості хвороби;

5) профілактичних обстежень і оздоровлення осіб з груп ризику підвищеної захворюваності, в тому числі професійної, а також осіб, які часто й довго хворіють;

6) проведення реабілітаційного та оздоровчого комплексного курсового лікування хворих, інвалідів, вагітних жінок;

7) проведення експертизи стану здоров'я, ступеня втрати працездатності та вирішення питання про направлення на медико-соціальну експертизу;

8) доліковування хворих, виписаних із стаціонару раніше, ніж було завершено лікування.

Система таких відділень в Україні поки що перебуває на стадії формування й, відповідно, обсяги надання цілодобової стаціонарної допомоги нині превалюють над відділеннями денного перебування пацієнтів.

Але вже на етапі формування й впровадження в широку практику таких підрозділів і організаційних схем лікувально-діагностичного процесу можна дійти таких висновків:

1) зростання ліжкового фонду відділень денного перебування в лікувально-профілактичних закладах та збільшення кількості пролікованих в них пацієнтів, безсумнівно, демонструє потребу в такому виді медичної допомоги;

2) очікуваного ефекту від впровадження стаціонарозамінних технологій у практику ще не досягнуто;

3) для детального аналізу роботи відділень денного перебування пацієнтів необхідно провести інтегральну оцінку їх медичної, соціальної та економічної ефективності. Медична ефективність визначається кінцевими результатами лікувально-оздоровчих і реабілітаційних заходів, що виконуються в умовах денного стаціонару (наслідки захворювань, скорочення строків

перебування пацієнтів на лікуванні, зменшення частоти післяопераційних ускладнень, зменшення кількості рецидивів захворювань).

Серед найважливіших критеріїв соціальної ефективності роботи відділень денного перебування пацієнтів виділяють такі:

1) скорочення тривалості непрацездатності пацієнта та його швидше повернення до повноцінної трудової діяльності;

2) зниження психологічної напруги як у пацієнта, так і у членів його родини;

3) надання пацієнту можливості перебувати в родинному колі й виконувати його звичні побутові обов'язки тощо.

Економічна ефективність роботи денних стаціонарів є прямо залежною від їх потужності, кількості робочих змін, питомої ваги пацієнтів, а також кількості робочих днів на тиждень. У денних стаціонарах одне ліжко може бути використане кількома пацієнтами протягом одного робочого дня.

УВАГА!

До денного стаціонару направляють хворих, які можуть активно пересуватися, за відсутності протипоказань для лікування в позалікарняних умовах і потреби суворого постільного режиму

У перспективі подальший розвиток відділень денного перебування пацієнтів в амбулаторно-поліклінічних закладах, імовірно, буде тривати в напрямку відкриття нових і розширення діючих відділень денного перебування пацієнтів та їх функцій — профілактика й оздоровлення окремих декретованих верств населення тощо.

СТАЦІОНАР ВДОМА

Поряд із відділеннями денного перебування пацієнтів такий вид допомоги є ще однією формою стаціонарозамінних медичних технологій для пацієнтів із захворюваннями суглобів, наслідками травм і порушеннями мозкового кровообігу. Ця організаційна форма також не є новою й активно використовувалася ще в 60-тих роках ХХ століття для пацієнтів із іншими захворюваннями.

Організація стаціонарів вдома дозволяє зменшити кількість планових госпіталізацій до стаціонару, а також відсоток невиправданих госпіталізацій, зменшити ліжковий фонд без зниження рівня доступності лікувально-профілактичних закладів за рахунок розширення амбулаторно-поліклінічної допомоги. Однією із можливих форм реабілітації пацієнтів є виїзна форма відновного лікування вдома для хронічно хворих та інвалідів із вираженими функціональними порушеннями, внаслідок яких вони повністю або частково знерухомлені й позбавлені можливості пересуватися. На практиці стаціонар вдома часто виконує лише патронажну функцію.

Відбір пацієнтів для лікування проводить завідувач відповідного відділення поліклініки за представленням лікуючого лікаря, який забезпечує систематичне спостереження та надання кваліфікованої медичної допомоги,

проведення необхідних досліджень, консультацій і заносить всі дані в медичну картку амбулаторного хворого. В сучасних умовах така форма надання медичної допомоги, як домашні стаціонари, потребує вдосконалення. Для їх повноцінного функціонування слід забезпечити хворого кваліфікованим сестринським догля-

дом, необхідними дослідженнями, належними методами та методиками лікування, соціальною підтримкою, корекцією харчування тощо. В разі погіршення стану здоров'я пацієнтів, які отримують лікування в домашніх чи денних стаціонарах, їх терміново госпіталізують у стаціонарні відділення лікарні.

УВАГА!

Організація стаціонарів вдома дозволяє зменшити кількість планових госпіталізацій до стаціонару, а також відсоток невиправданих госпіталізацій, зменшити ліжковий фонд без зниження рівня доступності лікувально-профілактичних закладів за рахунок розширення амбулаторно-поліклінічної допомоги

ХІРУРГІЯ ОДНОГО ДНЯ

Хірургія одного дня є перспективним організаційним напрямком стаціонарозамінної хірургії, розвитку якого останнім часом приділяється багато уваги. Його основне завдання — зростання оперативної активності в амбулаторно-поліклінічних умовах і зменшення строків госпіталізації пацієнтів завдяки застосуванню малоінвазивних методик проведення хірургічних втручань і впровадженню нових форм організації лікувально-діагностичного процесу. Аналізуючи надання такої допомоги в країнах світу, з'ясуємо, що оперативна амбулаторна хірургічна активність залишається низькою. До цілодобових стаціонарів направляються до 32 % пацієнтів, які можуть бути прооперовані в умовах поліклініки. Підсумкові дані за останні 20 років, зібрані в Російській Федерації, вказують на те, що 27 % високовартісних стаціонарних ліжок хірургічних профілів займають пацієнти, яким можна надати необхідну якісну медичну допомогу й в амбулаторних умовах.

Хірургія одного дня має не лише економічну, але й практичну доцільність, а також несе соціальні вигоди. Економічна ефективність такого виду лікування в 10 разів вища за стаціонарне — без зниження якості лікування.

Серед причин, які гальмують розвиток і впровадження в практику такої технології, можна виділити:

1) кошторисний механізм фінансування державних і комунальних закладів охорони здоров'я;

2) адміністративно-організаційний і суб'єктивний фактори (консерватизм хірургічного мислення, відсутність ініціативи «знизу», збільшення організаційного навантаження на місцеві органи управління охороною здоров'я на час реорганізації, особиста «зацікавленість» хірурга в пацієнтові, штатне нормування й фінансування закладу з розрахунку «на ліжко», відсутність кваліфікованих фахівців на первинній ланці, відчутна різниця в оплаті праці в екстреній або «великій» хірургії та малоінвазивній амбулаторній плановій хірургії).

На теренах України прикладом запровадження таких стаціонарозамінних технологій в практичну медицину може бути організація відділень (центрів) хірургії одного дня, дія яких регламентована наказом МОЗ України від 03 червня 1993 р. № 127. Цим наказом затверджені перелік, види, обсяг лікувально-діагностичної допомоги й перераховані конкретні операції за профілями: загальна хірургія (хірургічна обробка ран, видалення доброякісних пухлин шкіри, сторонніх тіл тощо); офтальмологія (видалення папілом і атером, виправлення заворотів і виворотів повік) тощо. Перелік операцій може змінюватися залежно від умов оснащення та кваліфікації лікарів.

Аналізуючи досвід організації відділень денного перебування пацієнтів, розуміємо, що планування їх роботи відповідно до кількості проведених

ліжко-днів економічно недоцільно й статистично неправильно. На одному ліжко-місці у відділенні денного перебування пацієнтів може лікуватися 3–5 і більше пацієнтів. Згідно із статистичним аналізом необхідно враховувати всіх пролікованих пацієнтів на ліжко-місці, але при цьому — за один ліжко-день.

МЕДИЧНА, ЕКОНОМІЧНА Й СОЦІАЛЬНА ОЦІНКА РОБОТИ ПІДРОЗДІЛІВ, ЩО НАДАЮТЬ СТАЦІОНАРОЗАМІННІ ВИДИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Ефективне господарювання в лікувально-профілактичному закладі в сучасних умовах дорівнює економічному й обачливому використанню коштів, раціональному використанню праці кожного працівника.

У боротьбі за економію в охороні здоров'я пріоритетного значення набуває ефективне використання ресурсної бази: медичних кадрів, ліжкового фонду, медичного обладнання, устаткування тощо — адже це в цілому й визначає медичну, соціальну та економічну ефективність діяльності будь-якого медичного закладу, в тому числі підрозділів стаціонарозамінної медичної допомоги.

Медична ефективність роботи підрозділів стаціонарозамінної медичної допомоги визначається досягненими результатами лікувального процесу. До них належать:

- 1) досягнення кінцевого результату відповідно до протоколів обстеження та лікування хворих в амбулаторно-поліклінічних (стаціонарних) умовах: одужання, поліпшення стану, стабілізація показників, зменшення явищ декомпенсації, кількості скарг тощо;
- 2) доказ досягнення очікуваного ефекту лікування як основне завдання проведених досліджень;
- 3) скорочення строків перебування пацієнтів на лікуванні (але це не повинно ставати самоціллю!);
- 4) відсутність або зниження рівня лікарняної летальності від окремих захворювань;
- 5) зменшення кількості післяопераційних ускладнень;
- 6) збільшення кількості оздоровлених диспансерних пацієнтів.

Соціальна ефективність впровадження в практику стаціонарозамінних медичних технологій полягає в:

- 1) забезпеченні можливості отримання кваліфікованої допомоги за місцем проживання без госпіталізації, що зумовлює підвищення якості життя пацієнтів;

- 2) підвищенні доступності медичної допомоги й, відповідно, задоволеності пацієнтів;
- 3) зниженні соціальної напруженості завдяки створенню додаткових місць лікування (раціональне використання ліжкового фонду — робота денного стаціонару в 2 чи 3 зміни);
- 4) забезпеченні дотримання прав пацієнта на своєчасну безкоштовну медичну допомогу;
- 5) частковому виконанні загальнодержавних і регіональних програм медико-соціальної реабілітації інвалідів;
- 6) зменшенні тривалості тимчасової непрацездатності у пацієнтів і їх швидкому поверненні до звичної трудової діяльності;
- 7) наданні пацієнтові можливості вести активний спосіб життя;
- 8) усуненні особливостей і складностей госпітальних умов — збереженні звичного для пацієнта режиму, домашнього оточення й харчування (так звана «терапія середовищем»).

Згадуючи педіатричну допомогу, слід зауважити, що діти та їхні батьки досить негативно ставляться до постійного цілодобового перебування в лікарні, важко переносять розлуку один з одним. Госпіталізація дитини до стаціонару, особливо без матері, завжди стає для неї психоемоційної травмою, що без сумніву може перешкоджати ефективності лікувального процесу. Зовсім іншого характеру набуває госпіталізація дитини до денного стаціонару — в такому випадку, особливо для організованого маленького пацієнта, госпіталізація нагадує дитячу установу й не так сильно змінює звичний для дитини динамічний стиль життя.

Економічна ефективність функціонування вищеперахованих технологій надання медичної допомоги є інтегральною величиною. Вона досягається завдяки скороченню витрат на лікування та реабілітацію, приросту внутрішнього валового продукту, скороченню виплат з тимчасової та стійкої непрацездатності тощо. Економічний ефект — це, наприклад, зниження вартості лікування в денному стаціонарі (вартості одного ліжко-дня) із досягненням запланованого медичного ефекту. Економічний ефект діяльності підрозділів стаціонарозамінної медичної допомоги визначається не тільки низькою вартістю лікування, але й скороченням термінів лікування хворих порівняно з тривалістю перебування пацієнтів у звичайних стаціонарних відділеннях.

Варто взяти до уваги, що економічний ефект від організації стаціонарозамінних форм може бути досягнутий за таких умов, як:

- 1) виконання відповідних стандартів лікування хворих;
- 2) достатнє медикаментозне забезпечення;
- 3) застосування методів економічного стимулювання лікувальних установ до активного розвитку ресурсозберігаючих технологій;

4) створення механізмів диференційованої оплати праці медичних працівників, використання методів їх матеріального заохочення.

Водночас економічний ефект можна побачити й в іншому. Так, розвиток економічно більш вигідних стаціонаророзамінних технологій підвищує доступність ліжок цілодобового стаціонару для пацієнтів, які потребують цілодобового спостереження лікаря. Таким чином, виключається необхідність використання підставних ліжок, і показники середньорічної зайнятості ліжка відповідають нормі.

Найчастіше розрахунки економічної ефективності ґрунтуються на порівнянні вартості ліжко-дня у звичайному цілодобовому стаціонарі і, наприклад, денному стаціонарі з подальшим розрахунком витрат на пролікованих в денному стаціонарі й на таких само хворих, якби їм було надано допомогу у звичайному цілодобовому стаціонарі. В результаті отримаємо вражаючі цифри — як в абсолютному грошовому еквіваленті, так і в різниці у вартості лікування — показники відрізняються в 2 і більше разів. Утім, аналізуючи проблему комплексно й багатогранно, такі зіставлення доцільно проводити лише за умови суворого відбору пацієнтів за наступними параметрами:

- 1) діагноз, ступінь тяжкості перебігу основного захворювання;
- 2) наявність ускладнень основного захворювання;
- 3) число й вид супутньої патології;
- 4) віковий і статевий склад груп пацієнтів;
- 5) технології лікувально-діагностичного процесу;
- 6) число й вид лабораторних та інструментальних досліджень;
- 7) обсяг, вартість медикаментозного лікування, частота його застосування протягом доби;
- 8) використання допоміжних методів лікування: фізіотерапія, масаж, рефлексотерапія, ЛФК тощо;
- 9) середня тривалість лікування;
- 10) обсяг консультативної допомоги;
- 11) результати лікування, частота наступних загострень хронічних захворювань тощо.

Таким чином, застосування стаціонаророзамінних технологій надання медичної допомоги населенню на сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я України є економічно доцільним і загалом прогресивним напрямком роботи закладів охорони здоров'я. Функціонування таких підрозділів є адекватною заміною цілодобового стаціонару для нескладних клінічних випадків, що часто складають істотну частину річного масиву медичної допомоги, що надається в країні. Ба більше, застосування таких технологій відповідає концепції реформування медичної галузі в Україні й вітається пацієнтами. ■