

РЕСУРСОСБЕРЕГАЮЩИЕ СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

¹Т.И.ТЕРЕХОВИЧ,²Л.А.ЖИЛЕВИЧ,¹И.В.МАЛАХОВА,¹А.А.КУХАРЧУК,
³З.Б.ГОЗМАН,¹В.В.АНТИЛЕВСКИЙ

¹ Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения, г. Минск

² Министерство здравоохранения Республики Беларусь, г. Минск

³ Управление здравоохранения Минского областного исполнительного комитета, г. Минск

Проведен анализ внедрения стационарозамещающих форм организации оказания медицинской помощи населению Республики Беларусь (дневные стационары, отделения дневного пребывания, стационары на дому, «хирургия одного дня»). Проанализированы основные показатели деятельности дневных стационаров и отделений дневного пребывания в организациях здравоохранения Республики Беларусь. Показана их экономическая эффективность.

Одной из основных задач реструктуризации здравоохранения Республики Беларусь является повышение эффективности использования его ресурсной базы.

Наиболее актуальным является внедрение ресурсосберегающих методов хозяйствования. Поэтому в последние годы в здравоохранении Республики Беларусь активное развитие получили процессы внедрения малозатратных технологий и стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи. К последним относятся «хирургия одного дня», стационары на дому, отделения дневного пребывания (ОДП).

Система ОДП получила широкое распространение в странах ближнего и дальнего зарубежья. В середине прошлого века были популярны дневные реабилитационные центры для неврологических больных в Великобритании, США, Канаде. В Германии была создана сеть педиатрических, терапевтических, медико-онкологических дневных стационаров (ДС). Широкая сеть ОДП для гериатрических больных функционирует в странах Западной Европы [1].

Первый дневной стационар в СССР был открыт в 1930 году в Москве. Однако эта форма оказания медицинской помощи не получила дальнейшего развития в силу ряда объективных и субъективных причин.

В 1987 году в СССР было принято решение об организации стационаров дневного пребывания в больницах, дневных стационаров в поликлиниках и стационаров на дому [1].

В последние годы в связи с необходимостью внедрения малозатратных технологий и форм организации и оказания медицинской помощи населению ДС или ОДП получили новый, довольно значительный импульс.

Основной причиной возрождения ОДП явилась необходимость в ресурсосбережении, в том числе со-

кращении сроков лечения, и отсутствие необходимости пребывания значительной части пациентов в круглосуточных стационарах.

Стационарозамещающая помощь способна обеспечить должное качество лечения пациентов при меньших по сравнению с лечением на круглосуточных койках затратах. Это способствует более эффективному использованию ресурсов в оказании амбулаторной и стационарной медицинской помощи и сокращению числа избыточных и неэффективно функционирующих больничных коек.

Отделения дневного пребывания являются структурными подразделением амбулаторно-поликлинических организаций (АПО), стационаров и республиканских научно-практических центров. Целью работы ОДП является совершенствование организации и повышение качества оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, повышение экономической эффективности деятельности на основе внедрения и использования современных ресурсосберегающих медицинских технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации в соответствии со стандартами и клиническими протоколами обследования и лечения пациентов. В зависимости от вида, объема и характера оказываемой медицинской помощи и системы организации работы, ОДП может быть многопрофильным или специализированным [2].

Преимуществами ОДП для организаций здравоохранения стационарного типа являются:

снижение стоимости одного койко-дня за счет затрат на содержание пациентов и в ряде случаев – оплаты листов нетрудоспособности;

некоторое сокращение расходов на заработную плату персонала, который работает только днем;

уменьшение коммунальных расходов лечебно-профилактических организаций (ЛПО);

возможность проводить профилактику ряда хронических заболеваний, в результате чего снижаются число рецидивов и выход на инвалидность.

Лечение в ОДП дает определенные преимущества для пациентов амбулаторных организаций:

наличие психологического комфорта (увеличивается доступность бесплатной медицинской помощи и возможность получения инфузионной комплексной терапии; исключается или уменьшается возможность психологической травмы при госпитализации в круглосуточный стационар);

наличие возможности лечиться без отрыва от производства и без листка нетрудоспособности;

сокращение сроков диагностических мероприятий [3].

Показания к направлению в ОДП и порядок госпитализации, а также противопоказания к пребыванию в ОДП представлены в Инструкции по применению «Порядок и показания к госпитализации в дневные стационары амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения» [4].

Часть пациентов поступает в ОДП поликлиник из круглосуточных стационаров после окончания курса интенсивной терапии и коррекции неотложных состояний, вторая часть направляется врачами из амбулаторно-поликлинических организаций.

Анализ основных показателей деятельности ОДП в организациях здравоохранения Республики Беларусь показал их экономическую эффективность: число пролеченных больных в 1,5-3 раза больше за счет работы в две смены, а стоимость койко-дня в 5 раз меньше, чем при круглосуточном стационарном лечении.

ОДП в амбулаторных условиях. По состоянию на конец 2011 г. ОДП имели 1095 амбулаторно-поликлинических организаций. В них функционировало 10949 коек. Койки ОДП развернули у себя 719 участковых больниц (УБ) и врачебных амбулаторий (ВА), что составляет 65,6% всех организаций, из которых 96% расположены в сельской местности. 92% поликлиник для взрослого городского населения и 38% детских поликлиник имеют койки ОДП. В 2011 г. в УБ и ВА прошли лечение 76,7% из числа всех пациентов, лечившихся на койках дневного пребывания во всех АПО республики. Детского населения в целом во всех ОДП при АПО пролечено 5,6%. Эта форма лечения только набирает темп в организациях здравоохранения педиатрического профиля.

Средняя длительность лечения в ОДП при городских АПО не отличается от среднереспубликанских показателей. Заслуживает внимания кратность оборота койки в ОДП разного уровня ЛПО и занятость койки в течение года: в УБ и ВА эти показатели ниже, чем в городских ЛПО.

Низкие показатели занятости койки ОДП в сельских ЛПО отмечены во всех регионах за период 2005–2011 гг.

Средняя длительность лечения в ОДП сельских ЛПО не превышает 8 дней, средний срок лечения детей меньше, чем взрослых.

В 2011 г. число койко-дней, проведенных в ОДП при амбулаторно-поликлинических организациях по республике в целом составило 432,0 на 1000 жителей (108% от годового плана) (2010 год – 404,0%). При этом плановые показатели в регионах варьировали на уровне от 302% (г. Минск) до 537% (Гомельская область).

Наибольшее выполнение показателя отмечено в г. Минске – 132,2% (при плане 302%, что ниже среднереспубликанского). В Гродненской области запланированный норматив выполнен на 95,0% (при плане 385%). Наилучшие показатели отмечены в Гомельской области – при плане 537% пациентами проведено 527% койко-дней.

Средняя длительность госпитализации в отделениях дневного пребывания при амбулаторно-поликлинических организациях составила 7,88 дней. По республике в целом за 2011г. она несколько увеличилась по сравнению с аналогичным периодом 2010г. (7,7 дней).

Число пролеченных (выписанные + умершие) за 2011год в отделениях дневного пребывания при амбулаторно-поликлинических организациях с учетом организаций республиканского подчинения, составило 526 737 человек. Общее количество проведенных ими койко-дней – 4 124 134, что на 5,18% превышает аналогичный показатель в 2010 году (3 920 863 койко-дня).

Однако в Беларуси до сих пор объемы медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточных стационаров, превышают объемы амбулаторно-поликлинической медицинской помощи. Во всех регионах (за исключением г. Минска и Витебской области) отмечается рост числа койко-дней, проведенных пациентами в круглосуточных стационарах. Несмотря на уменьшение числа больничных коек, уровень госпитализации растет.

Выводы:

- Рост количества и коечного фонда ОДП амбулаторных организаций здравоохранения, численности пролеченных в них пациентов, несомненно, показывает востребованность этой формы медицинской помощи.

- Ожидаемый эффект от внедрения стационарзамещающих технологий пока не достигнут.

- Для детального анализа работы ОДП поликлиники необходима интегральная оценка медицинской, социальной и экономической эффективности.

Медицинский эффект определяется конечными результатами лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий, выполненных в условиях дневного стационара (исходы заболеваний, сокращение

сроков пребывания пациентов на лечении; уменьшение количества послеоперационных осложнений, снижение частоты рецидивов заболеваний и др.).

Важнейшими критериями социального эффекта работы дневного стационара являются: снижение длительности нетрудоспособности у пациентов и более быстрое возвращение их к прежней трудовой деятельности; уменьшение психологического травмирования как больного, так и членов его семьи; возможность пребывания больных в кругу семьи и посильное выполнение ими прежних своих обязанностей и т.п.

Экономическая эффективность деятельности дневного стационара прямо пропорционально связана с его мощностью, количеством смен работы, удельным весом находящихся на лечении работающих, а также числом дней работы дневного стационара в течение недели. В дневном стационаре одна койка может быть использована несколькими пациентами на протяжении дня.

Дальнейшее развитие ОДП в АПО пойдет, вероятнее всего, по трем направлениям:

ускорение перехода амбулаторно-поликлинических организаций на систему общей врачебной практики с элементами частичного фондодержания, что позволит значительно повысить объем и качество работы ДС;

открытие новых и расширение действующих ОДП по профилям заболеваний;

расширение их функций, например, профилактика, оздоровление юношей перед призывом в армию и др.

Стационар на дому наряду с отделениями дневного пребывания является еще одной организационной формой стационарозамещающей помощи для пациентов с заболеваниями суставов, последствиями травм, нарушениями мозгового кровообращения. Эта организационная форма не является новой и активно использовалась в шестидесятые годы для пациентов с другой патологией.

Организация стационаров на дому дает возможность снизить число плановых госпитализаций в стационар, сократить процент неоправданных госпитализаций, уменьшить коечный фонд без ухудшения доступности лечебно-профилактических мероприятий, расширив при этом объем амбулаторно-поликлинической помощи. Одной из возможных форм реабилитации больных является выездная форма восстановительного лечения на дому для хронических больных и инвалидов с выраженными функциональными нарушениями, в силу чего они иногда полностью обездвижены и не могут самостоятельно передвигаться.

Вывод:

• стационар на дому выполняет на практике лишь патронажные функции. Это позволяет сделать вывод о нецелесообразности развития такого вида медицинской помощи ввиду более сложной ее организации,

меньшей функциональности и нерационального использования медицинских кадров;

• отказ от данной формы оказания медицинской помощи не повлечет ухудшения качества ее оказания населению республики. При этом патронажная форма помощи на дому должна быть сохранена и ее значимость для жителей республики неоспорима.

«Хирургия одного дня» является одним из перспективных организационных направлений стационарозамещающей хирургии, развитию которой в настоящее время уделяется большое внимание.

Основная задача данного направления – это повышение оперативной активности в амбулаторно-поликлинических условиях и уменьшение сроков госпитализации пациентов за счет использования малоинвазивных методик выполнения операций и внедрения новых форм организации лечебного процесса [5–8].

Анализ состояния этой помощи в странах ближнего зарубежья показывает, что оперативная амбулаторная хирургическая активность остается на достаточно низком уровне. В стационары направляется до 32% пациентов, которые могут быть излечены оперативным путем непосредственно в поликлинике. Отчетные данные за последние 20 лет по регионам России указывают на то, что до 27% дорогостоящих стационарных коек хирургического профиля занимают больные, которым можно оказать качественную помощь в амбулаторных условиях [9, 10].

По мнению многих исследователей, «хирургия одного дня» имеет не только экономическую, но и практическую целесообразность и несет социальные выгоды. Экономически данная методика в 10 раз эффективней без потери качества лечения [7].

Выводы:

среди причин, тормозящих развитие данной технологии, можно отметить следующие [11, 12]:

• механизм финансирования здравоохранения по смете;

• отсутствие соответствующих законодательных актов, регламентирующих не только деятельность хирургов (увеличение нагрузки), но и перечень хирургических манипуляций, которые могут проводиться в амбулаторной практике и в стационарах с краткосрочным пребыванием пациентов;

• административно-организационный и субъективный фактор (консерватизм хирургического мышления; отсутствие инициативы на местах; увеличение организационной нагрузки на местные органы руководства здравоохранением в период реорганизации; «личная заинтересованность» врача в больном; штатное нормирование и финансирование учреждения из расчета на «койку»; отсутствие квалифицированных специалистов в амбулаторном звене; значительная разница в оплате труда в экстренной или «большой

хирургии» и малоинвазивной амбулаторно-плановой хирургии).

В нашей стране созданы все условия для реорганизации хирургической помощи с внедрением стационарзамещающих технологий [13].

С учетом опыта работы российских центров амбулаторной и малоинвазивной хирургии, а также анализа потребности населения в оказании плановой хирургической помощи на базе 11 ГКБ г. Минска в январе 2008 года развернуто отделение «хирургии одного дня» на 15 коек, которому с 2009 года придан статус «Городского центра амбулаторной и малоинвазивной хирургии». Применение описанной формы организации лечебного процесса позволило уменьшить сроки госпитализации пациентов с общехирургической патологией примерно в 2,5 раза в сравнении с общереспубликанскими показателями и в перерасчете на 1000 пациентов получить экономический эффект почти в 800 млн белорусских рублей [13].

Отделения дневного пребывания при круглосуточных стационарах открыты во всех регионах республики, за исключением Брестской и Гродненской областей. В них в 2011 году было пролечено 76019 пациентов, которыми проведено 526143 койко-дня. Значительное увеличение пролеченных в ОДП при стационаре прогнозируется в 2012 году (за первое полугодие в ОДП уже пролечились 59203 пациента, проведено 417133 койко-дня). Уровень госпитализации в 2011 году составил 7,8%, средняя длительность госпитализации – 8,6 дня.

Следует отметить, что планирование работы ОДП по числу проведенных пациентами койко-дней экономически нецелесообразно и статистически не верно. На одном койко-месте в ОДП может числиться 3–5 и более пациентов в день. При статистическом анализе должны быть учтены все пролеченные пациенты на данном койко-месте, при этом все они провели всего один койко-день. Лишь увеличение уровня госпитализации на койках ОДП будет свидетельствовать об увеличении объемов данного вида помощи.

В связи с этим, при планировании среднереспубликанских нормативов объемов медицинской помощи на 2013 год основным показателем деятельности ОДП определен уровень госпитализации.

На этапе планирования отдельно не выделяются объемы медицинской помощи пациентам в ОДП при стационарах в Витебской и Гомельской областях.

Оценивая невысокую степень использования коек отделений дневного пребывания в участковых больницах и амбулаториях на фоне также невысокого использования коек круглосуточного пребывания в районных и участковых больницах при имеющей место ежегодно высокой и более высокой, чем городского, смертности сельского населения, следует отметить,

что назрела необходимость более внимательного и прагматичного подхода к лечению сельских жителей в плане расширения показаний к лечению и оздоровлению пациентов с БСК, болезнями органов дыхания, органов пищеварения и др. в отделениях (на койках) дневного пребывания.

Выводы:

- до 30% пациентов, нуждающихся в стационарном лечении, могут быть пролечены в ОДП стационаров и АПО;
- в ОДП при АПО госпитализируются преимущественно лица нетрудоспособного возраста, в ОДП при стационарах преимущественно лица трудоспособного возраста;
- в условиях ОДП осуществляется долечивание пациентов, выписанных из круглосуточного стационара для завершения лечения в условиях активного режима;
- в ОДП может быть оказана неотложная помощь при развитии у пациента неотложных состояний в момент обращения в поликлинику или приемное отделение стационара;
- в ОДП могут осуществляться хирургические вмешательства и малоинвазивные операции, дифференциальная диагностика и другие необходимые исследования.

Таким образом, деятельность отделений дневного пребывания при амбулаторно-поликлинических и стационарных организациях экономически оправдана:

во-первых, одна койка используется несколькими пациентами на протяжении дня, поэтому снижается стоимость эксплуатации материально-технической базы, и как следствие, происходит удешевление стоимости пациенто/дня;

во-вторых, отсутствуют затраты на питание, которые есть в круглосуточном стационаре (питание осуществляется лишь для пациентов, находящихся на гемо- и перитонеальном диализе);

в-третьих, психологически пациенты чувствуют себя более комфортно, проводя основную часть времени в домашних условиях [13].

То есть очевидна большая значимость этого варианта предоставления медицинской помощи, как для обслуживания населения, так и для системы здравоохранения.

Перспективы.

Для более эффективного развития ОДП, по мнению многих организаторов здравоохранения, необходимо реализовать комплекс мер, важнейшими среди которых являются:

разработка и реализация мер по формированию экономической мотивации руководителей органов и учреждений здравоохранения к развитию стационарзамещающих технологий;

внедрение в работу ОДП современных комплексных методик диагностики и лечения различных заболеваний.

Таким образом, внедрение стационарозамещающих технологий в организацию оказания медицинской помощи населению нашей страны стало неотъемлемой частью реформирования отрасли, за такими технологиями будущее.

Литература

1. Яновский А.В. // Медицинский Вестник. – 2002. – №22(221).
2. Буракова Т.С. Должное качество при сокращении расходов. Опыт работы дневного стационара НОКДЦ. – Режим доступа: <http://www.noav.ru>. – Дата доступа: 2011г.
3. Леонов С.А., Зайченко Н.М. Особенности учета и отчетности о деятельности дневного стационара медицинской организации. – <http://vestnik.mednet.ru>. – Дата доступа: 2010г.
4. Цыбин А.К., Бровко И.В., Гракович А.А. [и др.] Порядок и показания к госпитализации в дневные стационары амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения (инструкция по применению). – Минск, 2003. – Рег. №89-0603.
5. Амбулаторная хирургия: справочник практического врача / под ред. В.В.Гриценко. – СПб.: Издательский дом «Нева», 2002. – С.121–125.
6. Воробьев В.В. //Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии – 2009. – №3–4. – С.6–8.
7. Градусов Е.Г., Клименченко Л.М. // Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии. – 2009. – №3–4. – С.57–59.
8. Мосиенко Н.И., Наумов С.С., Магомадов Р.Х. // Российский медицинский журнал. – 2005. – №6. – С.12–15.
9. Шахрай С.В., Гаин Ю.М. // Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии. – 2009. – №3–4. – С.20.
10. Шахрай С.В. // Медицинский журнал. – 2010. – №9. – С.10–12.
11. Абдулжалилов М.К., Азизов М.Н. // Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии. – 2009. – №3–4. – С.8–9.
12. Лебедев Н.Н., Шихметов А.Н., Воротницкий С.И. // Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии. – 2007. – №2. – С.3–4.
13. Цыбин А.К., Бровко И.В., Антипова С.И., Гракович А.А., Малахова И.В. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2005. – №2. – С.10–15.

RESOURCE-SAVING HOSPITAL-SUBSTITUTING TECHNOLOGIES IN HEALTH CARE OF THE REPUBLIC OF BELARUS

T.I.Tserakhovich, L.A.Zhilevich, I.V.Malakhova, A.A.Kukharchuk, Z.B.Hozman, V.V.Antsileuski

The introduction of hospital-substituting forms of medical care to the population of the Republic of Belarus (day hospitals, day-stay departments, home health care, one-day-surgery) was analyzed. The analysis of key performance indicators on day hospitals and day-stay departments at health care institutions of the Republic of Belarus was carried out and their cost-effectiveness was demonstrated.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

¹Т.И.ТЕРЕХОВИЧ, ²Л.А.ЖИЛЕВИЧ, ¹И.В.МАЛАХОВА, ¹А.А.КУХАРЧУК,
³З.Б.ГОЗМАН, ¹А.Б.ЛУКАШЕВИЧ, ¹А.А.ЧМЫРЕВА

¹ Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения, г. Минск

² Министерство здравоохранения Республики Беларусь, г. Минск

³ Управление здравоохранения Минского областного исполнительного комитета, г. Минск

Показаны преимущества и недостатки внедрения института врача общей практики в Республике Беларусь. Представлены данные сравнительного анализа эффективности работы ВОП в регионах. Проведен анализ деятельности АВОП. Отмечена роль медицинской сестры общей практики. Показана структура пациентов, обратившихся в связи с заболеванием в АВОП, в том числе по смешанному приему.

В Республике Беларусь продолжается постепенное реформирование системы здравоохранения и ее совершенствование в рамках белорусской модели социально-ориентированной экономики [1].

С целью оптимизации финансовых затрат на здравоохранение взят курс на комплексную реструктури-

зацию медицинской помощи. Один из важнейших элементов этого процесса – перераспределение ресурсов с высокочрезмерной стационарной медицинской помощи на экономичную амбулаторно-поликлиническую помощь с увеличением объемов ее финансирования, развитием стационарозамещающих техноло-