

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Карайланов М.Г., Русев И.Т., Новицкий А.В., Прокин И.Г., Буценко С.А.,
Гопенко В.В., Пономарев И.М.

*ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова»,
194044, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Ак. Лебедева д.6,
тел.8 (812) 269-11-29, e-mail: karaylanov@mail.ru*

Резюме. Использование стационарозамещающих технологий в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, является обоснованным и целесообразным в современных социально-экономических условиях. При организации в первичном звене здравоохранения стационарозамещающие технологии позволяют амбулаторно-поликлиническим учреждениям повысить эффективность работы и качество оказываемой медицинской помощи. Стационарозамещающие технологии обеспечивают эффективное использование коечного фонда, сокращение уровня необоснованной госпитализации, а также являются резервом экономии ресурсов.

Ключевые слова: стационарозамещающие технологии, первичная медико-санитарная помощь, дневной стационар, эффективность.

THE EFFECTIVENESS OF HOSPITAL-TECHNOLOGY IN AMBULATORY PRACTICE

Karailanov M.G., Rusev I.T., Novitsky, A.V., Prokin, I.G., Butsenko S.A.,
Gopeenko V.V., Ponomarev I.M.

*FGBVOU VPO «Military Medical Academy named after S.M. Kirov»
194044, Russia, Saint-Petersburg, Ak. Lebedev str. 6,
tel.: 8 (812) 269-11-29, e-mail: karaylanov@mail.ru*

Abstract. The use of hospital technology in a medical organization providing primary health care on an outpatient basis, is reasonable and appropriate in the current socio-economic conditions. In the organization of the primary health care hospitalization in technology allow ambulatory-polyclinic institutions to improve efficiency and quality of care. Hospitalization technology ensure the efficient use of hospital beds, reducing the level of unwarranted hospitalization and are the reserve resource savings.

Key words: hospitalization technology, primary health care, day hospital effectiveness.

В настоящее время одной из приоритетных задач, стоящих перед государством, является оптимизация расходования бюджетных средств. Для реализации и оптимизации расходования бюджетных ассигнований медицинских организаций различных уровней актуальной проблемой является поиск новых экономически эффективных моделей оказания высококвалифицированной амбулаторной медицинской помощи, в качестве которых можно рассматривать использование стационарозамещающих технологий.

На данном этапе не существует принципиального дефицита медицинских технологий, но проблема их выбора в соответствии с желаемыми медицинскими, социальными и экономическими эффектами постоянно нарастает. Конкурсный выбор требует разработки адекватных оценок эффективности медицинских технологий в здравоохранении с целью принятия наиболее приемлемых управленческих решений.

Первичная медико-санитарная помощь, будучи наиболее доступной, экономически и социально ориентированной, является центральным звеном здравоохранения. В России до 80% ресурсов здравоохранения, используется для финансирования дорогостоящей стационарной медицинской помощи, против 30-50% в экономически развитых странах. Потери от неэффективного использования средств достигают 20% от общей суммы государственного финансирования отрасли. Около 30% больных госпитализируются необоснованно и могут получать медицинскую помощь с использованием стационарозамещающих технологий на догоспитальном этапе, на уровне амбулаторно-поликлинического звена [3,12].

Использование стационарозамещающих технологий в поликлинике предоставляет возможности для решения поставленных задач; является обоснованным и целесообразным в современных социально-экономических условиях. Стационарозамещающие технологии обеспечивают эффективное использование коечного фонда, сокращение уровня необоснованной госпитализации, а также являются резервом экономии ресурсов. При организации в первичном звене здравоохранения стационарозамещающие технологии позволяют амбулаторно-поликлиническим учреждениям повысить эффективность работы и качество оказываемой медицинской помощи.

К стационарозамещающим технологиям относят:

- дневные стационары при амбулаторно-поликлинических учреждениях;
- стационары дневного пребывания в больнице;
- стационары на дому.

В Российской Федерации деятельность стационарозамещающих форм организации медицинской помощи регламентирована приказом Министерства здравоохранения

Российской Федерации № 438 от 09.12.1999 г. «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях» [1].

Целью работы дневного стационара является проведение диагностических, лечебных, реабилитационных, профилактических мероприятий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, с применением современных технологий лечения и обследования в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных.

В функции дневного стационара входят:

- проведение комплексного курсового лечения, включающего, как правило, курс интенсивной терапии (внутривенные инъекции и капельные инфузии лекарственных препаратов), а также лечебно-диагностических манипуляций;
- проведение сложных и комплексных диагностических исследований и лечебных процедур, связанных с необходимостью специальной подготовки больных и краткосрочного медицинского наблюдения после проведения указанных лечебных и диагностических мероприятий;
- послеоперационное медицинское наблюдение за больными, оперированными в условиях стационара или амбулаторно-поликлинического учреждения по поводу несложных хирургических вмешательств;
- подбор адекватной терапии больным с впервые установленным диагнозом заболевания или с хроническими заболеваниями при изменении степени тяжести болезни;
- профилактические обследования и оздоровления лиц из групп риска повышенной заболеваемости, в том числе профессиональной, а также длительно и часто болеющих;
- проведение реабилитационного и оздоровительного комплексного курсового лечения больных, инвалидов, беременных женщин;
- проведение экспертизы состояния здоровья, степени утраты трудоспособности и решения вопроса о направлении на медико-социальную экспертизу;
- долечивание больных, выписанных из стационара в более ранние сроки, для завершения лечения.

Для осуществления функций дневного стационара могут быть использованы диагностические, лечебные, реабилитационные и другие подразделения лечебно-профилактического учреждения, в структуре которого он работает.

Медицинская и лекарственная помощь населению в условиях дневного стационара оказывается в рамках территориальной программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью, а также на условиях добровольного медицинского страхования или платных медицинских услуг в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

В дневных стационарах ведение больных осуществляется лечащим врачом (участковым терапевтом, педиатром, акушером-гинекологом, врачом общей практики и другими врачами-специалистами). При необходимости привлекаются соответствующие врачи-консультанты. Штатная численность и нормы нагрузки медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений устанавливаются с учетом наличия в данном учреждении дневного стационара.

Во многих, преимущественно высокоразвитых, странах мира резкое сокращение расходов на стационарное обслуживание достигается за счет развития сети медицинских отделений краткосрочного пребывания. В таких странах, как США, Канада, Италия, Великобритания, в каждом клиническом случае реализация бюджетных ресурсов регламентирована специально действующим «Протоколом оценки обоснованности использования стационарной помощи» с четко сформулированными критериями отбора контингента [2].

В настоящее время в Европе представлены различные организационные формы оказания стационарозамещающей помощи. Они, как правило, занимают промежуточное положение между стационарным и амбулаторным типом обслуживания, а в ряде случаев носят смешанный характер. В Италии, Франции, Нидерландах в качестве альтернативы традиционной больничной помощи для некоторых групп больных широкое распространение получили стационары на дому [6,7]. Данная форма организации позволяет осуществлять обширный комплекс мероприятий по лечению, уходу и реабилитации больных по месту их жительства.

Здравоохранение Великобритании, являясь бюджетным и финансируясь примерно на 8% валового национального дохода, постоянно испытывает нехватку больничных коек, в том числе для госпитализации больных с острыми заболеваниями [6]. Созданные в этой стране стационары на дому успешно функционируют на базе центров реабилитации для неврологических, травматологических, включая спинальных, больных, а также имеющих хроническую соматическую патологию, в том числе инвалидов и лиц престарелого возраста. Предоставление в стационарах на дому широкого спектра лечебных и реабилитационных мероприятий способствует не только ранней выписке больного из стационара, а в ряде случаев и предупреждению повторных госпитализаций. Таким образом, с помощью реализации данной модели достигается основная цель – снижение лечебной нагрузки на больничный сектор здравоохранения [4,14].

Исходя из очерков истории, в Российской Федерации стационарозамещающие формы медицинской помощи были впервые созданы в 30-е годы прошлого столетия в виде ночных стационаров, стационаров выходного дня и дневных стационаров с режимом

частичной госпитализации. Так, в 1930 г. на базе психоневрологической больницы им. П. Б. Ганнушкина был открыт первый дневной стационар, который выполнял функцию промежуточного звена между больницей и диспансером на базе лечебно-трудовых мастерских. В 1937 г. функционировало уже три учреждения такого типа. В последующем аналогичные подразделения с терапевтическим, ревматологическим, хирургическим, пульмонологическим, стоматологическим и другими профилями создавались в Москве, Самаре, Санкт-Петербурге, Твери и других городах [13].

Различные стационарозамещающие модели медицинской помощи пациентам психиатрического профиля начали свою лечебную деятельность в начале 70-х годов прошлого века. Используемый в них принцип частичной госпитализации позволял врачу, отпуская больного на определенное время домой, продолжать динамическое наблюдение и корректировку проводимой медикаментозной терапии. Подобная тактика ведения обладала высокой приемлемостью, так как «гасила в больном реакцию предубеждения и протеста, создавая атмосферу доверия, сотрудничества с медицинским персоналом...». Такая форма стационарозамещающей помощи не подменяла функцию круглосуточных стационаров, а в известной мере гармонично дополняла их [5,10].

Во фтизиатрии широкое распространение получили дневные и ночные санатории, организованные по типу дневных и ночных стационаров на базе противотуберкулезных диспансеров и медико-санитарных частей крупных промышленных предприятий [11].

Начавшаяся в нашей стране в 1960-е годы активизация работы по созданию стационарозамещающих форм медицинской помощи позволила оценить позитивные стороны их деятельности, обосновать их медико-организационную целесообразность. Однако интерес к этой форме работы в последующие 20 лет был потерян. Нерешенность вопросов финансирования стала основной причиной снижения заинтересованности руководителей органов и учреждений здравоохранения в их развитии.

Понятие «стационарозамещающие технологии» как форма оказания квалифицированной медицинской помощи населению в первичном звене отечественного здравоохранения появилось вновь в середине 1980-х годов [8]. С момента утверждения первого документа о создании дневных стационаров – приказа Министерства здравоохранения СССР от 16.12.1987 г. №1278 «Об организации стационара (отделения, палат) дневного пребывания в больницах, дневного стационара в поликлинике и стационара на дому», развитие этих подразделений, как при больничных, так и при амбулаторно-поликлинических учреждениях приобрело стремительные темпы [7].

Дневные стационары как форма улучшения качества медицинской помощи и расширение ее доступности населению нашли свое применение в хирургической службе,

при травмах и заболеваниях кисти, при термических повреждениях [4]. В дальнейшем появились многочисленные научные труды, подтверждающие терапевтическую и экономическую целесообразность их дальнейшего развития. А.Н. Сафиулов и соавт. (2004) представили структурный анализ нозологических форм дневных стационаров. Ими было показано, что почти половина (45,2%) приходится на патологию сердечно-сосудистой системы, 12,5% – на болезни органов дыхания, 9,9% – на патологию системы пищеварения и менее 5% – на заболевания и последствия травм опорно-двигательного аппарата [4].

Г.И. Корниловой (2006) проанализирована работа дневного стационара, развернутого на базе специализированного травматолого-ортопедического учреждения. Представлены показатели его деятельности в динамике, проведен сравнительный анализ объема оказания специализированной помощи, сроков и исходов лечения и временной нетрудоспособности у однотипных групп пациентов данного типа в сравнении с круглосуточным стационаром. Показаниями для направления в дневной стационар служили заболевания (33,8%) и посттравматические поражения костно-мышечной системы (18,4%), а также острая травма после оказания неотложной хирургической помощи, не требующая круглосуточного наблюдения (47,8%). Тот факт, что пациентами дневного стационара являлись люди молодого (20-29 лет) возраста (27,8%), работающие (58,3%) или учащиеся (18,8%), подчеркивал высокую социальную значимость данной формы медицинской технологии. В выдаче документов по временной нетрудоспособности нуждались 41,5% пациентов. Обобщенный опыт работы дневного стационара лег в основу рекомендаций по технологии ведения больных с различной патологией опорно-двигательного аппарата, а результаты хронометража определили оптимальные штатные нормативы врачей травматологического дневного стационара [10].

В исследовании И.Н. Розовой и соавт. (1989) представлен имеющийся опыт организации работы дневного стационара для больных неврологического профиля, проведен анализ медицинской и социальной эффективности. По данным авторов, лечение в условиях дневного стационара позволяло получить выраженный положительный эффект у 85% больных. При этом после завершения лечения 84,7% выписанных больных могли приступить к работе. Результаты проведенного авторами социологического опроса пациентов, завершивших лечение в дневном стационаре, показали, что 90% респондентов предпочитают лечиться в условиях стационарозамещающих форм медицинской помощи. Наиболее веским аргументом при этом являлась возможность получить комплексное лечение в течение короткого времени (3-4 ч.) и после этого вернуться домой или на

работу, не прерывать социальных связей, не испытывать сложности процесса госпитализации и неудобств больничных условий [10].

В литературе представлены многочисленные сведения об эффективности деятельности специализированных дневных стационаров для детей. Так, в работах Н.В. Ерофеевой (2002) и М.А. Пеллер и соавт. (1991) подтверждена терапевтическая и экономическая эффективность лечебно-профилактических мероприятий у детей с хроническими заболеваниями органов пищеварения [9]. В исследованиях В.Е. Парилова и соавт. (1991), В.А. Рожко и соавт. (1992) отражены результаты работы дневных стационаров на базе детских лор-отделений, позволяющих проводить эффективное и качественное профильное обследование больных детей [9]. А.Г. Баглаенко и соавт. (1992) показана возможность и эффективность выполнения у детей в возрасте от 6 мес. до 14 лет плановых операций в амбулаторных условиях при следующей хирургической патологии: грыжах передней брюшной стенки, пороках развития и заболеваниях наружных половых органов, доброкачественных опухолях небольшого размера и др. [9].

В работе Э.И. Дружининой и соавт. (1995) отражены детальные сведения о деятельности многопрофильного педиатрического дневного стационара. В нозологической структуре наибольший удельный вес имели болезни органов дыхания с преобладанием хронической очаговой инфекции лор-органов (хронический тонзиллит, аденоидит, риносинусит и др.). Вторую по численности группу составили заболевания гастродуоденобилиарной системы, далее – заболевания почек и кардиомиопатии. Терапевтический эффект лечения в дневном стационаре оценен как улучшение в 88,8% случаев и как выздоровление – в 7,2%. Отсутствие положительной динамики состояния здоровья у 4% детей было обусловлено их преждевременной выпиской из дневного стационара по разным причинам. Изучение катамнеза детей, проведенное авторами, продемонстрировало улучшение состояния их здоровья и значительное снижение частоты обострений заболеваний [13].

Клинико-экономический анализ деятельности дневного стационара гастроэнтерологического профиля проведен в работе М.В. Черногоровой (2004). Автором установлено, что при равной клинической эффективности затраты на лечение больных с заболеваниями органов пищеварения в дневном стационаре гастроэнтерологического профиля были ниже, чем в круглосуточном стационаре. Стационарозамещающие технологии в гастроэнтерологии экономически обоснованы, более выгодны и не менее эффективны, чем традиционные виды помощи (круглосуточный стационар) [7].

В.А. Дмитриевым и соавт. (2010) анализировалась эффективность использования стационарозамещающих технологий в организации медицинской помощи детям в

условиях амбулаторно-поликлинического учреждения. На основании статистически достоверных данных предложены доступные и информативные критерии оценки результативности работы дневных стационаров всех типов [13]. В доступной литературе имеются единичные публикации, например, по изучению эффективности работы дневных стационаров дерматовенерологического профиля. А.В. Гречко (2004) на примере больных хроническими дерматозами и сифилисом продемонстрирована высокая экономическая эффективность организации дневного стационара при больничном отделении кожно-венерологического диспансера [11]. Общий экономический эффект от рационализации лечебно-диагностического процесса, использования современных технологий на базе кожно-венерологического диспансера на 90 коек, в том числе 40 койко-мест дневного стационара при больничном учреждении, составил до 40,2% от общих годовых расходов на содержание коечного фонда кожно-венерологического. Проведенные автором SWOT-анализ и анкетирование (социальные опросы) врачей, пациентов и руководителей здравоохранения показали высокую заинтересованность респондентов (опрошенных экспертов) в развитии этой организационной формы оказания дерматовенерологической медицинской помощи населению [12].

Все вышеизложенное определяет актуальность и своевременность дальнейших исследований, предоставляющих научное обоснование экономической и терапевтической эффективности развития и использования в условиях модернизации здравоохранения стационарозамещающих технологий.

Литература:

1. Приказ МЗ РФ от 09.12.1999 г. № 438 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях».
2. Волнухин А.В. Стационарозамещающие технологии в работе врача общей практики (семейного врача): организационно-экономические аспекты: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / А.В. Волнухин. – М., 2010. – 30 с.
3. Мовчан К.А. Методики расчетов эффективности медицинских технологий в здравоохранении: инструкция по применению / К.А. Мовчан, В.С. Глушанко, А.В. Плиш. – Минск, 2003. – 146 с.
4. Молдалиев И.С. Научные основы совершенствования организации общей хирургической практики: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33 / И.С. Молдалиев. – Алматы, 2007. – 51 с.
5. Организация стационарозамещающих форм медицинской помощи населению: метод. рекомендации МЗ РФ от 4.11.2002 г. № 2002/106.

6. Плиш А.В. Медико-организационные резервы совершенствования стационарозамещающих технологий / А.В. Плиш. – Витебск, 2006. – 38 с.
7. Плиш А.В. Новая информационная модель исследования и анализа эффективности стационарозамещающих технологий на примере дневных стационаров / А.В. Плиш, В.С. Глушанко // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – Витебск. – 2004. – № 3. – С. 96-102.
8. Поликлиника и стационар: от противостояния к сотрудничеству // Медицинская газета. – 2000. – № 31. – С. 4.
9. Садыков М.М. Оптимизация амбулаторно-поликлинической помощи детям мегаполиса (комплексное клинико-социальное и медико-организационное исследование по материалам г. Казани): автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33, 14.00.09 / М.М. Садыков. – М., 2008. – 46 с.
10. Стародубов В.И. Первичная медицинская помощь: состояние и перспективы развития: монография / В.И. Стародубов, А.А. Калининская, С.И. Шляфер. – М.: Медицина, 2007. – 264 с.
11. Темарханова Л.И. Реализация стационарозамещающих технологий в городской поликлинике // Вестник межрегиональной ассоциации «Здравоохранение Сибири». – 2000. – № 4. – С. 8-10.
12. Шипова В.М. Медико-экономическая оценка стационарозамещающих технологий / В.М. Шипова, В.Я. Горбунков // Главный врач. – 2003. – № 3. – С. 16-17.
13. Шляфер С.И. Показатели деятельности стационарозамещающих форм организации медицинской помощи в Российской Федерации и результаты приема годовых статистических отчетов за 2012 год / С.И. Шляфер. – М., 2013. – 8 с.
14. Щепин О.П. Эффективность использования стационарозамещающих технологий в системе здравоохранения / О.П. Щепин, Е.П. Какорина, В.О. Флек. – М., 2006. – 416 с.