

УДК 614.2:615.478.2.001.73

В.М. Лехан¹, Л.В. Крячкова¹, В.В. Волчек¹, С.С. Росточило², Е.В. Борвінко¹, В.Г. Кий–Кокарева¹

РЕЗЕРВИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ЛІЖКОВОГО ФОНДУ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ

¹ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро, Україна²КЗ «Обласний Дніпропетровський інформаційно-аналітичний центр медичної статистики», м. Дніпро, Україна

Мета – визначити резерви підвищення ефективності використання ліжкового фонду на прикладі ліжок терапевтичного профілю.

Матеріали та методи. Ретроспективно методом експертних оцінок проаналізовано 180 історій хвороб пацієнтів терапевтичних відділень 9 лікарень Дніпропетровської області: 120 – госпіталізованих у 2006 р., 60 – у 2016 р. (по 20 історій з лікарні з випадковим відбором).

Результати. На думку експертів, у терапевтичних відділеннях доцільно надавати медичну допомогу хворим з ураженням декількох систем організму у випадках, коли супутні захворювання впливають на перебіг основної патології. Досліджені групи хворих у 2006 та 2016 рр. за основними характеристиками (середній вік, розподіл за статтю, частка пацієнтів старше 65 років, питома вага хворих, що надійшли до стаціонару ургентно) не відрізняються ($p > 0,05$). Дослідженням визначено, що рівень необґрунтованої госпіталізації за останні 10 років достовірно збільшилася (з $33,5 \pm 4,3\%$ у 2006 р. до $51,7 \pm 6,4\%$, $P \pm t$, $p = 0,02$), але питома вага необґрунтованих ліжко-днів залишилась майже на тому ж рівні ($50,8 \pm 4,6\%$ і $56,6 \pm 6,4\%$ відповідно, $p = 0,46$). Це пояснюється скороченням тривалості лікування: як фактичної (з $16,7 \pm 6,3$ до $10,0 \pm 5,2$ ліжко-дня, $M \pm t$, $p < 0,001$), так і рекомендованої (з $14,5 \pm 6,1$ до $8,9 \pm 5,3$ ліжко-дня, $p < 0,001$), унаслідок технологічного удосконалення медичних втручань за останнє десятиріччя. Виявлено чисельні медико-організаційні недоліки, які призводять до невиправданої госпіталізації або подовженої тривалості лікування в стаціонарі.

Висновки. В Україні продовжують існувати значні резерви скорочення ліжкового фонду, ефективно використання яких підвищить якість медичної допомоги.

Ключові слова: ліжковий фонд, терапевтичний профіль, ефективність використання.

ВСТУП

Одним із пріоритетних напрямів модернізації системи охорони здоров'я України є оптимізація ліжкового фонду відповідно до потреб населення та можливостей галузі [1, 3, 4, 6]. На теперішній час спостерігається диспропорція між попитом населення на медичні послуги певного рівня та пропозицією в системі охорони здоров'я, виправити яку покликані організаційні технології, що дадуть змогу замінити госпітальні послуги не менш якісними, але більш витратноєфективними видами медичної допомоги (стаціонарозамінними послугами, обслуговуванням на первинному рівні з використанням сучасних ефективних фармакологічних засобів із доведеною ефективністю тощо).

У більшості європейських країн затверджені процедури надання денної медичної допомоги замість стаціонарних послуг як основне джерело підвищення ефективності всієї системи охорони здоров'я [5, 7]. Загальним принципом заміщення одних видів медичних послуг іншими в стаціонарному секторі є зменшення числа пацієнтів, яким необхідно цілодобово залишатися в лікарні. Заміна стаціонарної допомоги послугами амбулаторного, у т.ч. первинного рівня, запровадження стаціонарозамінних послуг віднесені до основних напрямків ресурсозберігання і в Україні.

Мета роботи – визначити резерви підвищення ефективності використання ліжкового фонду на прикладі ліжок загальноотерапевтичного профілю.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Ретроспективно методом експертних оцінок проаналізовано 180 історій хвороб пацієнтів терапевтичних відділень 9 лікарень Дніпропетровської області: 120 – госпіталізованих у 2006 р. [2], 60 – у 2016 р. (рандомно відібрано по 20 історій хвороб із кожної лікарні).

Досліджені групи хворих 2006 та 2016 рр. за основними характеристиками (середній вік, розподіл за статтю, частка пацієнтів старше 65 років, питома вага хворих, що надійшли до стаціонару ургентно) суттєво не відрізнялися ($p > 0,05$), що дало змогу зіставити результати експертної оцінки.

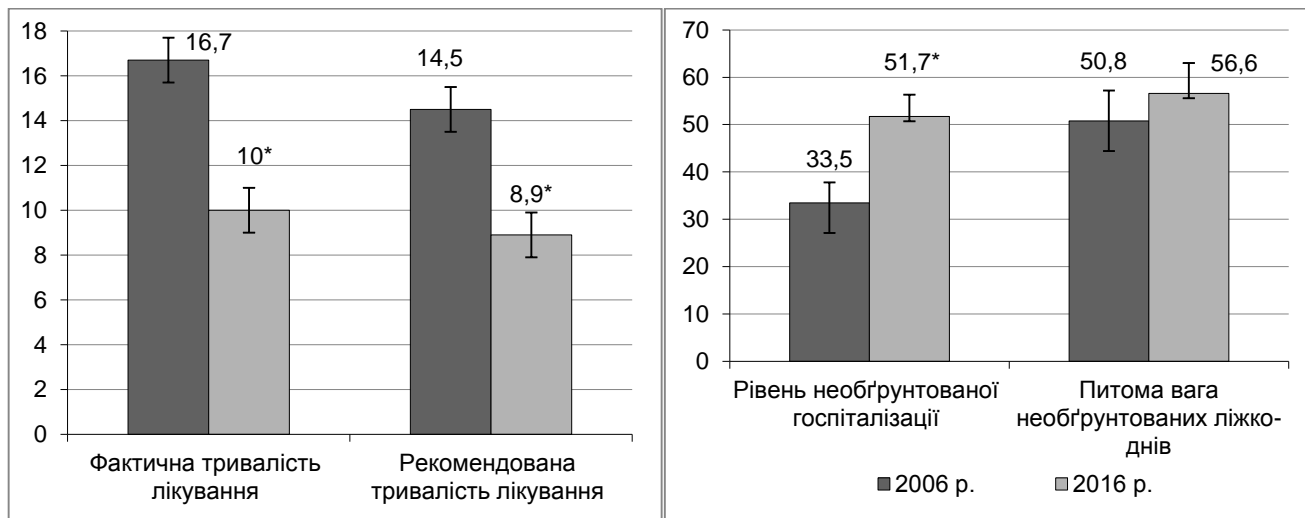
РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На думку експертів, у загальноотерапевтичних відділеннях доцільно надавати медичну допомогу хворим з ураженням декількох систем організму у випадках, коли супутні захворювання впливають на перебіг основної патології.

Дослідженням визначено, що рівень необґрунтованої госпіталізації ($P \pm t_p$) за останні 10 років

достовірно збільшився (з $33,5 \pm 4,3\%$ у 2006 р. до $51,7 \pm 6,4\%$ у 2016 р.; $p=0,02$), але питома вага необґрунтованих ліжко-днів залишилась майже на тому ж рівні ($50,8 \pm 4,6\%$ і $56,6 \pm 6,4\%$ відповідно; $p=0,46$) (рис. 1).

Це пояснюється скороченням тривалості лікування ($M \pm m$): як фактичної (з $16,7 \pm 6,3$ до $10,0 \pm 5,2$ ліжко-дня; $p < 0,001$), так і рекомендованої (з $14,5 \pm 6,1$ до $8,9 \pm 5,3$ ліжко-дня, $p < 0,001$) унаслідок технологічного удосконалення медичних втручань за останнє десятиріччя.



Примітка: * – $p < 0,05$ у динаміці.

Рис. 1. Тривалість лікування ($M \pm m$) і частота ($P \pm m_p$ %) необґрунтованого використання ліжкового фонду загальнотерапевтичного профілю у 2006 р. та 2016 р.

Виявлено чисельні медико-організаційні недоліки, які призводять до невиправданої госпіталізації або подовженої тривалості лікування в стаціонарі.

Основними причинами необґрунтованої госпіталізації фахівці визначили переоцінку тяжкості стану пацієнта (75%), що в більшості випадків вуалює намагання заповнити ліжка; прямо назвали необхідність заповнення ліжок стаціонару (3,3% випадків); ігнорування медичних стандартів щодо показів до госпіталізації (35,0%); неможливість своєчасного проведення необхідних досліджень або консультацій, необхідних для рішення про госпіталізацію (26,7%). Інші причини необґрунтованої госпіталізації називалися в поодиноких випадках. Слід зазначити, що соціальні проблеми пацієнтів як причини необґрунтованої госпіталізації в жодному разі не були визначені, оскільки в історіях хвороб така інформація відсутня. Однак за даними кореляційного аналізу визначено наявність зворотного слабкого зв'язку між віком та обґрунтованістю госпіталізації (коефіцієнт кореляції Спірмена $r = -0,195$; $p < 0,05$), що може опосередковано свідчити про більш часту госпіталізацію літніх людей за соціальними показаннями без зазначення цього факту в документації.

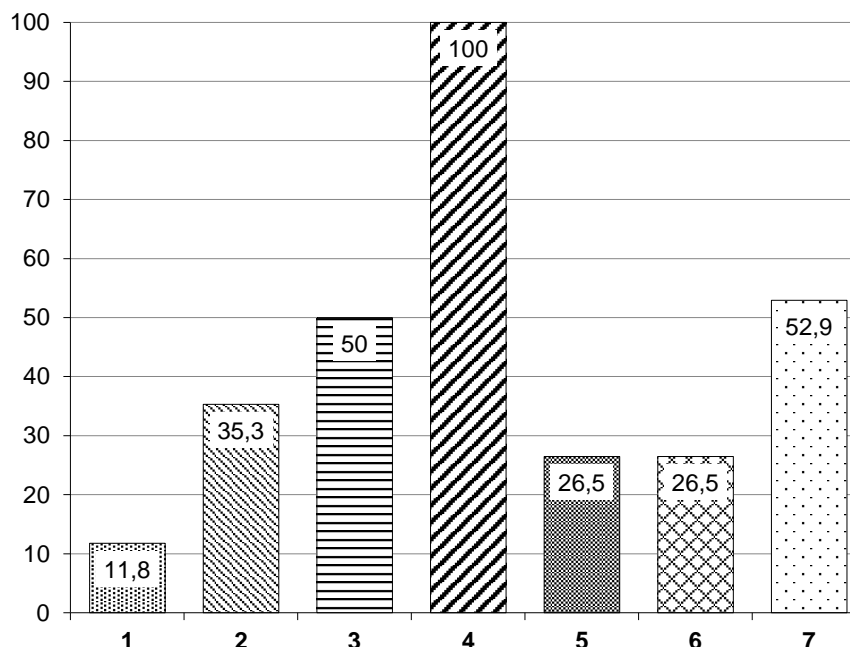
На питання щодо причин необґрунтованої тривалості перебування експерти відповіли в 62% відповідних випадків. Досвідчені спеціалісти назвали широкий спектр причин надлишкового перебування пацієнтів у стаціонарі, до найбільш частих із них віднесли в порядку убавання (рис. 2): ігнорування медичних стандартів (консервативна практика) – 100,0% відповідей; відсутність можливостей або практики застосування для долікування стаціонарозамінних форм – 52,9%; відсутність або формальність локальних протоколів –

50,0%; недосконалість або відсутність уніфікованих клінічних протоколів – 35,3%; відсутність практики або організаційна незабезпеченість можливості виписки пацієнтів після вирішення протягом короткострокового нагляду недоцільності їх госпіталізації – 26,5%; недостатньо ефективно налагоджена взаємодія з іншими закладами, задіяність яких необхідна для встановлення діагнозу, – 26,5%; намагання утримати надлишкові потужності стаціонару – 11,8%.

Експерти запропонували низку заходів, спрямованих на запобігання необґрунтованої госпіталізації та необґрунтованої її тривалості. Для запобігання необґрунтованої тривалості госпіталізації насамперед рекомендуються: чітке дотримання існуючих уніфікованих клінічних протоколів – 75,6%; розробка чітких критеріїв до виписки зі стаціонарів різних рівнів – 61,0%; створення умов для діагностичного обстеження та долікування в амбулаторних умовах або в умовах денного стаціонару – 54,3%; зміцнення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я – 40,2%; приведення в стаціонарах, призначених для інтенсивного лікування, у відповідність до потреб потужностей, матеріально-технічного і кадрового забезпечення відділень анестезіології та інтенсивної терапії – 31,1%; приведення потужностей закладу (кількості ліжок) до потреб у конкретному виді та інтенсивності допомоги – 26,8%; створення у відділенні екстреної (невідкладної) допомоги / приймально-діагностичному відділенні палат для короткострокового перебування пацієнтів – 23,2%; чітке розмежування показань для надання медичної та соціальної допомоги – 23,2%, створення умов для надання пацієнтам (при наявності показань) соціальної допомоги, у т.ч. у цілодобовому режимі, – 24,4%;

ліквідація прив'язки штатів закладу / підрозділу до чисельності ліжкового фонду – 22,0% (табл.). Створення пансіонатів для пацієнтів із віддалених територій для можливості заміщення стаціонарної амбулаторною допомогою або допомогою в денному стаціонарі не

отримало широкої підтримки експертів, що пов'язано з тим, що аналізу була піддана ситуація з використанням стаціонарної допомоги в міських лікарнях переважно жителів міських поселень.



1. Намагання утримати надлишкові потужності стаціонару.
2. Недосконалість або відсутність уніфікованих клінічних протоколів.
3. Відсутність або формальність локальних протоколів.
4. Ігнорування медичних стандартів (консервативна практика).
5. Недостатньо ефективно налагоджена взаємодія з іншими закладами, задіяність яких необхідна для встановлення діагнозу.
6. Відсутність практики / організаційна незабезпеченість можливості виписки пацієнтів після вирішення протягом короткострокового нагляду недоцільності їх госпіталізації.
7. Відсутність можливостей або практики застосування для долікування стаціонарозамінних форм.

Рис. 2. Основні причини необґрунтованої тривалості госпіталізації в терапевтичні відділення (%)

Таблиця
Провідні заходи, рекомендовані для запобігання необґрунтованій тривалості госпіталізації (%)

Захід	%
Приведення в стаціонарах, призначених для інтенсивного лікування, у відповідність до потреб потужностей, матеріально-технічного і кадрового забезпечення відділень анестезіології та інтенсивної терапії	31,1
Приведення потужностей закладу (кількості ліжок) до потреб у конкретному виді та інтенсивності допомоги	26,8
Створення умов для діагностичного обстеження та долікування в амбулаторних умовах або в умовах денного стаціонару	54,3
Створення у відділенні екстреної (невідкладної) допомоги / приймально-діагностичному відділенні палат для короткострокового перебування пацієнтів	23,2
Чітке дотримання існуючих уніфікованих клінічних протоколів	75,6
Розробка чітких критеріїв до виписки зі стаціонарів різних рівнів	61,0
Зміцнення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я	40,2
Чітке розмежування показань для надання медичної та соціальної допомоги	23,2
Ліквідація прив'язки штатів закладу/підрозділу до чисельності ліжкового фонду	22,0
Створення умов для надання пацієнтам за наявності показань соціальної допомоги, у т.ч. цілодобово	24,4

ВИСНОВКИ

Проведений аналіз раціональності використання ресурсів терапевтичних стаціонарів виявив значні резерви їх оптимізації за рахунок скорочення необґрунтованих госпіталізацій та надлишкової тривалості стаціонарного лікування, що дало б змогу (без будь-якого обмеження доступності та якості стаціонарної медичної допомоги) істотно скоротити наявний ліжковий фонд.

Умови для раціоналізації утилізації лікарняних ресурсів терапевтичних відділень:

- диференціація лікарень за інтенсивністю допомоги з відповідним їх техніко-технологічним устаткуванням;
- створення відділень екстреної / невідкладної допомоги в лікарнях інтенсивного лікування з палатами для короткострокового перебування, сполучених з адекватно оснащеною діагностичною службою;

– розвиток денних стаціонарів для лікування / долікування пацієнтів, які не потребують цілодобового нагляду, та організація пансіонатів для пацієнтів, що проживають на певній відстані від закладу охорони здоров'я;

– чітке розмежування показань для надання медичної та соціальної допомоги з паралельним створенням відповідних служб для надання соціальних послуг тощо.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бугро В. І. Дослідження обґрунтованості госпіталізації та використання ліжкового фонду спеціалізованих стаціонарів закладів охорони здоров'я вторинної медичної допомоги / В. І. Бугро // Вісник наукових досліджень. – 2016. – № 1. – С. 6–9.
2. Волчек В. В. Обґрунтування способів оптимізації структурної організації стаціонарної допомоги вторинного рівня : дис. канд. мед. наук : спец. 14.02.03 – соціальна медицина / В. В. Волчек. – Київ : Нац. мед. ун-т. ім. О.О. Богомольця, 2010. – 207 с.
3. Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/Proekt-Strategiyireformi_OZ.pdf. – Назва з екрана.
4. Про затвердження нормативу забезпечення стаціонарними лікарняними ліжками у розрахунку на 10 тис. населення : постанова Кабінету Міністрів України від 25.11.2015 р. № 1024 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1024-2015-%D0%BF>. – Назва з екрана.
5. Alternative method of highway traffic safety analysis for developing countries using delphi technique and Bayesian network / A. C. Mbakwe, A. A. Saka, K. Choi, Y. J. Lee // *Accid Anal Prev.* – 2016. – May 13; Vol. 93. – P. 135–146.
6. Lekhan V. Influence of care quality on the consumption of health resources / V. Lekhan, V. Volchek // *Management in health.* – 2015. – XIX/3. – P. 9–12.
7. *Hospitals in changing Europe* / edited by Martin McKee and Judith Healy (European Observatory on Health Care Systems series). – Buckingham : Open University Press, 2002. – 295 p.

Дата надходження рукопису до редакції: 12.07.2016 р.

Резервы повышения эффективности использования коечного фонда терапевтического профиля

В.Н. Лехан¹, Л.В. Крячкова¹, В.В. Волчек¹,
С.С. Росточило², Е.В. Борвинко¹, В.В. Кий–Кокарева¹
¹ГУ «Днепропетровская медицинская академия
МЗ Украины», г. Днепр, Украина
²КУ «Областной Днепропетровский информационно-аналитический центр медицинской статистики»,
г. Днепр, Украина

Цель – определить резервы повышения эффективности использования коечного фонда на примере коек терапевтического профиля.

Материалы и методы. Ретроспективно методом экспертных оценок проанализированы 180 историй болезней пациентов терапевтических отделений 9 больниц Днепропетровской области: 120 – госпитализированных в 2006 г., 60 – в 2016 г. (по 20 историй из больницы методом случайного отбора).

Результаты. По мнению экспертов, в терапевтических отделениях целесообразно оказывать медицинскую помощь больным с поражением нескольких систем организма в случаях, когда сопутствующие заболевания влияют на течение основной патологии.

Исследованы группы больных в 2006 и 2016 г. по основным характеристикам (средний возраст, распределение по полу, доля пациентов старше 65 лет, удельный вес больных, поступивших в стационар urgently) не отличаются ($p > 0,05$). Исследованием установлено, что уровень необоснованной госпитализации за последние 10 лет достоверно увеличился (с $33,5 \pm 4,3\%$ в 2006 г. до $51,7 \pm 6,4\%$, $P \pm m$, $p = 0,02$), однако доля необоснованных койко-дней осталась почти на том же уровне ($50,8 \pm 4,6\%$ и $56,6 \pm 6,4\%$ соответственно, $p = 0,46$). Это объясняется сокращением продолжительности лечения: как фактической (с $16,7 \pm 6,3$ до $10,0 \pm 5,2$ койко-дней, $M \pm m$, $p < 0,001$), так и рекомендуемой (с $14,5 \pm 6,1$ до $8,9 \pm 5,3$ койко-дней, $p < 0,001$) в результате технологического усовершенствования медицинских вмешательств за последнее десятилетие. Выявлены многочисленные медико-организационные недостатки, которые приводят к неоправданной госпитализации или удлинению продолжительности лечения в стационаре.

Выводы. В Украине продолжают существовать значительные резервы сокращения коечного фонда, эффективное использование которых повысит качество медицинской помощи.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: коечный фонд, терапевтический профиль, эффективность использования.

Reserves for efficient use of hospital beds therapeutic profile

V.M. Lekhan¹, L.V. Kriachkova¹, V.V. Volchek¹,
S.S. Rostochylo², E.V. Borvinko¹, V.G. Kiy-Kokareva¹

¹State Establishment «Dnipropetrovsk Medical Academy
of Health Ministry of Ukraine», Dnipro, Ukraine

²Clinical Establishment «Dnipropetrovsk Regional
Information and Analytical Center for Health Statistics»,
Dnipro, Ukraine

Purpose – to determine the reserves to increase efficiency of hospital beds to beds by example therapeutic profile.

Materials and methods. Retrospective by expert assessments analyzed 180 case histories of patients therapeutic departments of hospitals 9 Dnepropetrovsk region: 120 – hospitalized in 2006., 60 – in 2016. (20 stories out of the hospital with random selection).

Results. According to experts, in therapeutic departments advisable to provide medical care to patients with damage to multiple body systems when comorbidities

influence the course of the basic disease. The investigated group of patients in 2006 and 2016 by main characteristics (mean age, gender distribution, the proportion of patients older than 65 years, the proportion of patients admitted to hospital urgent) did not differ ($P>0.05$). The study determined that the level of unreasonable hospitalization for the past 10 years has increased significantly (from $33.5\pm 4.3\%$ in 2006 to $51.7\pm 6.4\%$, $P\pm m$, $p=0.02$), but the proportion weight unreasonable bed days remained almost at the same level ($50.8\pm 4.6\%$ and $56.6\pm 6.4\%$ respectively, $p=0.46$). This is due to a reduction in the duration of treatment, as actual (from 16.7 ± 6.3 to 10.0 ± 5.2 bed-days, $M\pm m$, $p<0.001$) and recommended (from 14.5 ± 6.1 to 8.9 ± 5.3 bed-days, $p<0.001$) due to technological improvement interventions over the last decade. Revealed numerous medical and organizational flaws that lead to unnecessary hospitalization or extended duration of treatment in the hospital.

Conclusions. In the Ukraine continue to exist considerable reserves the reduction of hospital beds, efficient use of which will increase the quality of care.

KEY WORDS: hospital beds, the therapeutic profile, efficiency.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Лехан Валерія Микитівна – д.мед.н., проф., зав. кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; пр. Яворницького, 24, м. Дніпро, 49027, Україна.

Крячкова Лілія Вікторівна – д.мед.н., доц. кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; пр. Яворницького, 24, м. Дніпро, 49027, Україна.

Волчек Віра Володимирівна – к.мед.н., доц. кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; пр. Яворницького, 24, м. Дніпро, 49027, Україна.

Росточило Світлана Сергіївна – начальник КЗ «Обласний Дніпропетровський інформаційно-аналітичний центр медичної статистики»; пл. Жовтнева, 14; м. Дніпро, 49999, Україна.

Борвінко Ельвіра Вікторівна – к.мед.н., доцент кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; пр. Яворницького, 24, м. Дніпро, 49027, Україна.

Кий-Кокарева Вікторія Григорівна – викладач кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; пр. Яворницького, 24, м. Дніпро, 49027, Україна.