

УДК 614.2

ЧАСТИЧНАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ В СТАЦИОНАРЕ КАК ГИГАНТСКИЙ ЭКОНОМИЧЕСКИЙ РЕЗЕРВ

Корецкая Людмила Рустемовна,

кандидат медицинских наук

НУЗ отделенческая больница на станции Астрахань-1 ОАО «РЖД»,

г. Астрахань, Россия

lelka1966@mail.ru

Шаповалова Марина Александровна,

доктор медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья,

экономики и управления здравоохранением

Астраханская государственная медицинская академия,

г. Астрахань, Россия

Реформа здравоохранения заставляет искать наиболее перспективные формы деятельности лечебно-профилактических учреждений. К организационным инновациям следует также отнести организацию некоторых форм частичной госпитализации. Нами сделана попытка систематизировать научные работы по формам стационарзамещающей помощи.

***Ключевые слова:** частичная госпитализация; дневной стационар; однодневный стационар; стационар на дому.*

THE PARTIAL HOSPITALIZATION IN PERMANENT ESTABLISHMENT AS GIGANTIC ECONOMIC RESERVE

Lyudmila Koreckaya, PhD

NOH Railroad Hospital in Astrakhan-1 "Russian Railroads Co.,

Astrakhan, Russia

lelka1966@mail.ru

Marina Shapovalova,

MD, associate professor of Public Health,

Economy and Health Management Department

Astrakhan State Medical Academy, Astrakhan, Russia

The Reform of the public health forces to search for the most perspective forms to activity medical-preventive institutions. To organizing type follows also to refer the organization of some forms to partial hospitalization. Us are made attempt to systematize scientific work on the forms of the partial hospitalization.

Key words: *the partial hospitalization; day permanent establishment; one-day permanent establishment; permanent establishment on house.*

Реформирование здравоохранения, которое осуществляется в условиях дефицита финансовых средств, диктует поиск наиболее перспективных форм инновационной деятельности лечебно-профилактических учреждений, позволяющих оптимизировать медицинскую помощь населению [1]. Согласно существующей классификации, разработанной Нестеренко Е.И. (2001 г.), все изученные инновации по содержанию были разбиты на социальные, экономические, технические, медицинские и организационные [1]. К организационным инновациям следует также отнести организацию некоторых форм стационарзамещающей помощи. В соответствии с целью и задачами исследования, нами была предпринята попытка систематизировать современные исследования данной проблемы.

В настоящее время эта прогрессивная форма организации медицинской помощи получает все более широкое распространение, называется "частичная госпитализация больных" или "полустационары" и занимает промежуточное место между "полными" стационарами и амбулаторно - поликлиническими учреждениями. В нашей стране подразделения "частичной госпитализации"

представлены стационарами на дому, дневными стационарами, стационарами выходного дня. За рубежом - это центры дневной помощи и однодневные больницы, вечерние службы, ночные программы, "уик-энд" стационары (выходного дня), центры амбулаторной помощи на дому и т.п. [2,3].

Наиболее распространенной в нашей стране формой "частичной госпитализации" является **дневной стационар** на базе поликлиники или круглосуточного стационара. Распространены также и **стационары на дому** при амбулаторно-поликлинических учреждениях. Стационары на дому создаются на базе городских поликлиник, поликлинических отделений больниц, диспансеров.

Доказана медицинская и социальная эффективность, а также экономический эффект деятельности дневного стационара и стационара на дому в условиях общей врачебной практики (семейной медицины) и проведен сравнительный анализ деятельности дневного стационара и стационара на дому, работающих по централизованному и децентрализованному типу, в условиях общей врачебной практики (семейной медицины) [4,5]. В ходе проведенного социально-гигиенического исследования были апробированы две организационно-функциональные модели дневного стационара (с централизованной и децентрализованной формой работы) в условиях общей врачебной практики. Исследование показало высокую медицинскую эффективность деятельности дневного стационара в условиях общей практики: с улучшением заканчивают лечение 87,9-97,4%; социальную эффективность: 91,5% пациентов отметили, что дневной стационар является предпочтительной формой оказания медицинской помощи. Экономический эффект: стоимость лечения в дневном стационаре с централизованной формой работы в 2,7 раза дешевле по сравнению с терапевтическим отделением круглосуточного стационара [4,5]. Доказана также медицинская эффективность деятельности стационара на дому в условиях общей практики (семейной медицины): с улучшением выписываются 84,0-97,1% и экономический эффект: стоимость лечения в стационаре на дому с централизованной формой работы в 2,2 раза

меньше, чем в терапевтическом отделении круглосуточного стационара [4,5].

На основе анализа эпидемической ситуации и ресурсного обеспечения противотуберкулёзной помощи отдельными авторами научно обоснована эффективность использования коечного фонда во фтизиатрии [6,7]. Экспертиза установила, что суммарно во всех группах больных можно сократить 21,7% проведённых койко-дней. В их числе на этапе дифференциальной диагностики – 39,9%, в фазе продолжения лечения – 60,1%. В фазе продолжения лечения 86,9% больных могли бы долечиваться в дневном стационаре; 13,1% амбулаторно у участкового фтизиатра. Расчеты показали, что из 60 имеющихся коек в базовом ПТД возможно сократить за счет рационализации лечебно-диагностического процесса 13 коек [6,7]. Экономический эффект от рационализации использования коечного фонда ПТД составил 2,6 млн. рублей в год. По данным экспертных оценок, расчётная потребность в койках дневного стационара фтизиатрического профиля составила 1,51 койки на 10 тысяч взрослого населения и число койко-мест ДС в базовом ПТД следует увеличить на 30% [6,7].

Разработанная в условиях эксперимента организационно-функциональная модель дневного стационара на базе противотуберкулёзного диспансера позволила реализовать внутрибольничную этапность лечения больных туберкулёзом при условии комплексного контролируемого лечения на фоне обеспеченного санитарно-гигиенического режима. Дневной стационар является резервом для расширения госпитализации без увеличения коечного фонда. Внедрение дневного стационара имеет медицинскую и социальную эффективность. Экономический эффект от внедрения дневного стационара составил 0,5 млн. рублей в год [6,7].

Организованы также и дневные стационары на базе консультативно - диагностических поликлиник и специализированных центров разных уровней. Главной их целью является - приблизить к пациенту, сделать менее дорогостоящей и более доступной специализированную помощь. В процессе поиска путей совершенствования специализированной помощи были найдены

формы, близкие по содержанию к дневным стационарам. Это *специализированное курсовое амбулаторное лечение* (СКАЛ), которое является амбулаторным эквивалентом стационарного лечения на базе специализированного центра, получаемого больным при регулярных явках в центр в течение определенного времени, что напоминает дневные стационары с определенной периодичностью посещения [8]. Краснодарской муниципальное лечебно-диагностическое объединение (КМЛДО), центр СКАЛа, в г.Краснодаре включает неврологический, гастроэнтерологический, кардиологический, пульмонологический, эндокринологический центры с единым руководством и общим диагностическим блоком [8].

Сущностью проведения специализированного курсового лечения является концентрация профильных специалистов высокой квалификации, что позволяет создавать такую систему лечебно-диагностических мероприятий, при которой в амбулаторных условиях оказывается помощь, не уступающая по своей эффективности стационарной. Госпитализация здесь рассматривается как необязательный, обычно непродолжительный по времени фрагмент намеченного лечебного курса. Одним из преимуществ работы такого неврологического центра является длительный непрерывный или многоэтапный курс лечения, продолжительность которого строго индивидуальна. Курс лечения заканчивается обычно тогда, когда наступает выздоровление или стабилизация восстановительного лечения [8]. Такая форма лечебно-профилактического учреждения, как центр СКАЛа, экономически оправдана, так как курсовое амбулаторное лечение требует значительно меньших материальных затрат при достаточно высокой эффективности [8].

Разновидностью дневных стационаров, являющихся развитием идеи отделений краткосрочного пребывания на базе специализированных подразделений, являются *однодневные стационары*. Стационар одного дня существует во всем мире как одна из передовых форм оказания помощи больным, поскольку позволяет более эффективно использовать коечный фонд,

пролечивая как можно больше пациентов [2,3]. Стационар однодневного пребывания больниц учреждений пользуется в своей работе лечебно-диагностическими службами, имеющимися в лечебно-профилактическом учреждении, в составе которого он организован [9].

Современная поликлиническая хирургия, являясь определенной альтернативой стационарной хирургии, накопила клиничко-организационный опыт в деятельности новых амбулаторно-структурных форм с однодневными стационарами, развитие которых и внедрение в медицинскую практику должно стать стратегией государственного здравоохранения [10,11]. Стационарозамещающие технологии в лечении хирургических больных хорошо представлены в работах некоторых авторов. Анализ состояния медицинской службы показал, что хирургическими заболеваниями, которые могут быть излечены оперативным путем непосредственно в поликлиниках, страдают около 2% населения, при этом до 7% дорогостоящих стационарных коек занимают больные, которым показана помощь в амбулаторных условиях. В настоящее время развитие системы дневных стационаров и специальных центров амбулаторной хирургии способствует активизации хирургической службы, расширению объема оперативных вмешательств в условиях поликлиник и снижению экономических затрат [10,11]. В ходе работы определена обоснованная и апробированная организационно - функциональная модель центра амбулаторной хирургии в условиях крупного города, включающая инфраструктуру центра, штатное расписание, функции, принципы оперативных вмешательств, управление потоками больных, преемственность в системе здравоохранения. Также разработана схема (этапы) лечения больных в условиях Центра амбулаторной хирургии, позволившая выполнить около 10000 операций и эффективно применить современные технологии консервативной хирургии (лазерное воздействие — внутрисуставное, внутривенное, внутрикостное; компрессионное склерозирование варикозных вен) и снизить уровень послеоперационных осложнений до 0,3%. В ходе работы разработаны критерии для определения показаний и противопоказаний к оперативному

лечению в условиях центра амбулаторной хирургии, обусловленные кратковременным пребыванием пациентов в дневном стационаре. Доказана экономическая эффективность работы центра амбулаторной хирургии по сравнению со стационаром больницы [10,11].

Экономический эффект работы Центра проявляется в интенсификации коечного фонда, работающего в 3 смены, в снижении расходов государства более чем в 2 раза по сравнению с лечением в стационаре. Рекомендуемый алгоритм и технология амбулаторного лечения хирургических заболеваний разрешают конфликт между желанием лечить многих и необходимостью затрат для обеспечения массового лечения. Удешевление лечения разрешает реальность расширения санации хирургических больных, сокращая тем самым социальные выплаты и сохраняя национальный доход [10,11].

О стационарах одного дня в неделю в психиатрической практике (воскресном или субботнем) заговорили вскоре после появления препаратов пролонгированного действия, вначале действовавших неделю, а в дальнейшем гораздо дольше. Наблюдать за этими больными все равно необходимо, но собирать их удобнее для врача амбулаторной практики раз в неделю и одновременно проводить лечебно-реабилитационные мероприятия. То же самое можно сказать об уик-энд-стационарах с той только разницей, что здесь больше речь идет о групповой психотерапии [12].

К числу других, более редких форм "частичной госпитализации" относятся **вечерние и ночные стационары, стационары выходного дня, комплексы: дневной стационар – пансионат**, которым, как и однодневным стационарам, уделяется недостаточно внимания [2,3].

Ночным полустационарам в отечественной литературе уделяется недостаточное внимание, несмотря на положительную оценку эффективности в купировании обострений [12].

Ночной стационар (отделение, палата) используется чаще для психически больных и является промежуточным звеном между внебольничным и стационарным психиатрическими звеньями, предназначенным для оказания

лечебной и реабилитационной помощи, а также решения экспертно-диагностических вопросов психически больным, сохраняющим трудоспособность, но нуждающимся в ежедневном наблюдении и проведении лечебно-реабилитационных мероприятий. Ночной стационар организуется, как правило, на базе дневного стационара (отделения, палаты) для психически больных как его составная часть. Койки ночного стационара не входят в расчет коечного фонда учреждений здравоохранения, а дни, проведенные больными в ночном стационаре, не входят в расчет койко-дней учреждения [13].

Отдельные авторы отмечают, что возможность предоставлять специализированную медицинскую помощь всем обратившимся обеспечивалась просто посредством сокращения сроков пребывания пациентов в стационаре с 12,4 до 11,6 дней. Оборот койки увеличивался от 22,3 до 24,6 дней, что давало возможность увеличения числа дней использования койки в году с 275,6 до 285,97 дней, увеличения эффективности работы койки и уменьшения числа дней простоя койки с 4,0 до 3,2 дней, снижения цены простоя койки, роста частоты госпитализации и обеспеченности населения стационарной помощью [14,15].

Таким образом, нами представлен обзор источников, посвященных проблеме частичной госпитализации, проанализирован накопленный опыт по данной проблеме. Анализ вышеуказанных исследований показал, что сохраняются огромные неиспользованные возможности полустационарного лечения, хотя, при всем разнообразии форм частичной госпитализации, круглосуточное стационарное лечение остается основным традиционным методом лечения.

Установлено, что на сегодняшний день имеются лишь единичные работы, доказывающие значительный экономический эффект от частичной госпитализации, хотя эти организационные формы не влекут за собой дополнительных затрат, что очень важно, а экономический эффект достигается

только лишь за счет рационального и эффективного использования уже имеющихся ресурсов.

Литература

1. Нестеренко Е.И., Голухов Г.Н., Полухина Н.В. Методологические основы реформирования лечебно-профилактических учреждений в современных экономических условиях. - М.:, 2001.- 52 с.

2. Методические рекомендации Минздрава России № 2002/106. Организация стационарозамещающих форм медицинской помощи населению. - М.:, 2002. - 23 с.

3. Методические рекомендации по организации форм и методов «частичной госпитализации» в лечебно-профилактических учреждениях, утв. Минздравом СССР, ГУЗМ 20.07.1990. - М.:, 1990. -13 с.

4. Волнухин А. Стационарозамещающие технологии в условиях общей врачебной практики (семейной медицины) // Врач. – 2008. - №12. – С. 72-74.

5. Волнухин А.В., Черниенко Е.И. Стационар на дому в работе семейного врача // Вестник семейной медицины. – 2007. - № 2. – С. 10-11.

6. Горохова Т.А. Организационные аспекты туберкулёза в России // Инновационные оздоровительные технологии в медицине. Материалы международной научной конференции с международным участием, посвященной 85-летию Гос. мед.стомат. университета. 30 января 2008 г., М.: ГОУ ВПО МГМСУ, 2008. – С. 33-34.

7. Горохова Т.А. Социальный портрет больных туберкулёзом // Безопасность жизнедеятельности и здравоохранение. Материалы межинститутской конференции, посвященной памяти академика АМН СССР, профессора Ф.Г. Короткова. 12 апреля 2007 г. – Часть 2. – М.: ГОУ ВПО МГМСУ, 2007. – С.28-30.

8. Руднев В. А., Бердичевский М. Я., Чирва Н. Н. Особенности функционирования неврологического отделения городской больницы и неврологического центра специализированного курсового амбулаторного

лечения (СКАЛ) // Неврологический вестник им. В. М. Бехтерева. - Казань, 1998. - № 2. – С.34-37.

9. Об организации стационара однодневного пребывания в стационаре: приказ главного управления здравоохранения администрации Самарской области от 26.06.1998 № 222 [Электронный ресурс].- Режим доступа: <http://www.smbase.ru/index.php?ds=791369> (Дата обращения 21 августа 2011).

10. Кутин А.А., Мосиенко Н.И., Наумов С.С. Опыт лечения больных с хирургической инфекцией в условиях Центра амбулаторной хирургии. Проблемы амбулаторной хирургии. Материалы второй научно-практической конференции поликлинических хирургов Москвы и Московской области. -М.: 2001. - С. 26-30.

11. Кутин А.А., Наумов С.С., Магомадов Р.Х. Показания и особенности операции грыжесечения в амбулаторных условиях. Проблемы амбулаторной хирургии. Материалы второй научно-практической конференции поликлинических хирургов Москвы и Московской области. М.: 2001. - С. 47-49.

12. Бажин Е. Ф., Вукс А. Я., Корабельников К. В. Социально-психологические факторы прогноза восстановительного лечения больных приступообразной шизофренией.- В кн.: Восстановительная терапия и реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями: Материалы конф.-Л.:1982. - С .100-105.

13. Положение о ночном стационаре (отделении, палате) для психических больных (с изменениями на 13 февраля 1995 года: приложение 8 к приказу Министерства здравоохранения СССР от 21 марта 1988 года N 225 [Электронный ресурс].-Режим доступа: <http://h-v-p.narod.ru/SRV/8.htm> (Дата обращения: 20 августа 2011).

14. Анопко В.П., Шаповалова М.А. Условия реформирования здравоохранения // Материалы II Всероссийской научной конференции «Научное творчество XXI века» - Новокузнецк: 2010, № 2 (08), часть 4. – С. 160 – 162.

15. Анопко В.П., Шаповалова М.А. Сбалансированная система показателей в оценке эффективности работы ЛПУ./монография ISBN 978-5-9901159-7-2. – Астрахань, 2010 г. – 80 с.