

УДК [616-006-082:615.859](470.11)

ОПЫТ РАБОТЫ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

© 2004 г. **А. В. Красильников**, ***Г. А. Малодушева**,
М. Н. Смирнова, ****Н. А. Мартынова**

Областной клинический онкологический диспансер,

*Департамент здравоохранения администрации Архангельской области,

**Государственный технический университет, г. Архангельск

В статье обобщен опыт использования стационарзамещающих технологий в работе онкологического диспансера. Представлена динамика и структура больных, пролеченных в условиях специализированного онкологического дневного стационара (ДС). Дана характеристика локализации онкологической патологии у больных, пролеченных в условиях ДС онкодиспансера. Проанализирована экономическая эффективность работы ДС.

Ключевые слова: дневной и круглосуточный стационар, специализированная онкологическая помощь, экономическая и социальная эффективность.

Концепция развития здравоохранения РФ базируется на постановлении Правительства РФ от 5 ноября 1997 года № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации». Как отмечается в этом документе, одной из целей государственной политики в области здравоохранения является создание организационных условий для обеспечения доступности современной медицинской помощи населению с учетом ресурсных возможностей государства и граждан [10].

Реструктуризация здравоохранения, которая ведется в течение шести последних лет, предполагает сокращение избыточного количества стационарных коек и одновременное развитие менее затратных коек дневного пребывания. Так, за период с 1995 по 2002 год общее число стационаров в РФ сократилось на 14,4 %; в то же время количество мест в дневных стационарах (ДС) увеличилось более чем на 90 тысяч, составив в 2002 году 8,9 на 10 тысяч населения против 2,6 в 1995-м [8].

Особенность реструктуризации государственной системы здравоохранения в Архангельской области заключается в этапности создания дневных стационаров в зависимости от типа лечебного учреждения. Так, первые ДС появились при крупных городских поликлиниках и только потом при стационарных учреждениях общей лечебной сети.

При очевидной эффективности ДС как организационной формы лечебного учреждения, обеспечивающего большую доступность медицинской помощи, долгое время оставались сомнения в возможности их использования при оказании специализированной онкологической помощи. Между тем в некоторых субъектах РФ накоплен положительный опыт по лечению злокачественных новообразований именно в ДС [9].

Дневной стационар на 30 коек с двойным оборотом в Архангельском областном клиническом онкологическом диспансере (АОКОД) был открыт 15 мая 2002 года приказом Департамента здравоохранения администрации Архангельской области № 41 от 24 апреля 2002 года.

Задачами дневного стационара являются:

- 1) уточняющая инвазивная диагностика у больных с подозрением на злокачественную опухоль;
- 2) компенсация хронической соматической патологии, которая препятствует началу хирургического или радиологического лечения у больных с установленным диагнозом;
- 3) предоставление специализированной медицинской помощи онкологическим больным, которые не нуждаются в круглосуточном врачебном наблюдении.

Следует отметить, что одновременно произошло сокращение 60 стационарных коек хирургического профиля. Тем не менее уменьшения количества пролеченных больных в целом по диспансеру не произошло. Напротив, наметилась отчетливая тенденция к росту этого показателя

(рис. 1). Таким образом, организация ДС увеличила возможность получения специализированного лечения без дополнительных финансовых затрат для 1 422 больных, что на 17,6 % больше по сравнению с 2001 годом.

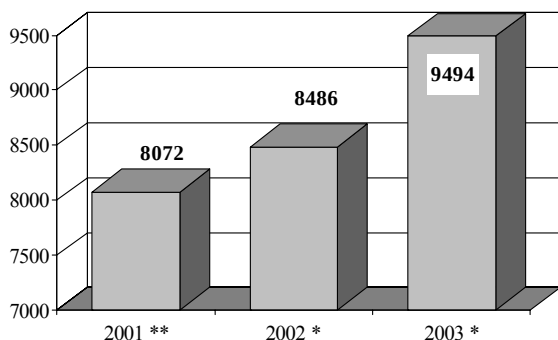


Рис. 1. Динамика больных, получивших лечение в АОКОД с 2001 по 2003 год

Примечание. * — с ДС; ** — без ДС. (В 2002 году ДС работал 7 месяцев).

Дневной стационар занимает два этажа диспансера, в своем составе имеет три палаты, процедурный кабинет для проведения внутримышечных и внутривенных инъекций и инфузий; кабинет для проведения химиотерапии; перевязочную; кабинеты врачей, постовой медсестры, сестры-хозяйки. Для хирургических вмешательств используется операционная поликлиники.

Благодаря хорошей материально-технической базе больницы (биохимическая лаборатория, отделение функциональной диагностики и др.) больные получают все необходимое обследование и лечение.

Штаты сотрудников ДС (врачей, медсестер, санитарок) сформированы за счет внутренних резервов больницы (табл. 1). Всего врачебных должностей 3, из них 1 ставка — заведующего отделением.

Укомплектованность отделения младшим медицинским персоналом остается низкой и постоянно уменьшается. Это можно объяснить низкой оплатой труда данной категории работников. С января 2004 года введена бригадная форма работы отделения.

ДС работает в одну смену, пятидневную рабочую неделю, ведется вся необходимая документация: журнал приема больных (форма № 001/У), карта больного дневного стационара.

Пациенты на лечение в дневной стационар направляются врачами поликлиники и врачами круглосуточного стационара (КС) АОКОД. При оформлении они проходят клиническое обследование, которое включает в себя общий анализ крови, анализ мочи, некоторые сдают анализ на сахар в крови (данные анализы действительны в течение месяца). При проведении химиотерапии анализы действительны в течение 5 дней, затем они пересдаются. При поступлении, городские жители сдают анализы в ЛПУ по месту жительства, жители районов области — в АОКОД.

Объем медицинской помощи в дневном стационаре включает в себя диагностические процедуры на базе всех кабинетов диспансера (радиологическая лабора-

тория, рентген-кабинет, кабинет УЗИ и др.), медикаментозное лечение, широко используются внутривенные струйные и капельные инъекции, амбулаторная хирургия (с использованием электроножа и скальпеля). Врач осматривает больных при поступлении и на протяжении лечения через 1—2 дня (при проведении химиотерапии через 1 день).

В 2002 году больные ДС составили 16,3 % в структуре больных АОКОД, в 2003-м — 20 %.

Таблица 1

Сотрудники дневного стационара АОКОД

Название должности	Количество должностей
Заведующий отделением	1
Врач-хирург	1 (0,5)
Врач-терапевт	1 (0,5)
Врач-химиотерапевт	1
Медицинская сестра	7
Младшая медицинская сестра	3
Сестра-хозяйка	1
Всего	15

За полтора года существования ДС в нем была оказана медицинская помощь 3 091 больному.

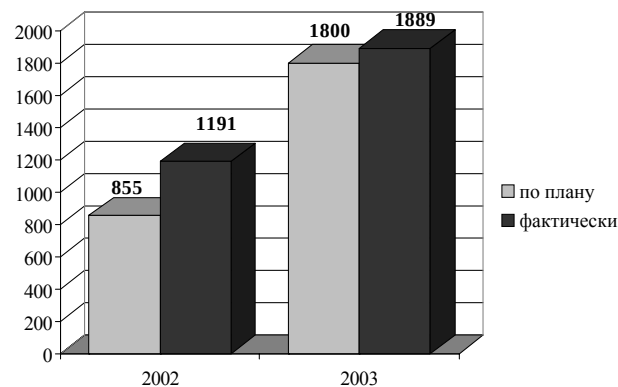


Рис. 2. Динамика больных, пролеченных в дневном стационаре АОКОД в 2002 (7 мес.) и 2003 годах

Как следует из данных рис. 2, количество больных, получавших лечение в ДС АОКОД в 2003 году, оказалось на 700 человек больше, чем в 2000-м. В нем получили лечение пациенты из городов Архангельска, Северодвинска и Новодвинска — 84 %; и больные из районов области — 16 %. Среди всех пролеченных больных мужчин оказалось 33 %, женщин — 67 %.

Структура больных с онкологической патологией представлена в табл. 2.

Таблица 2

Структура больных с различными заболеваниями, получивших лечение в дневном стационаре АОКОД

Группа заболеваний	Количество больных	Доля в структуре, %
Злокачественные новообразования	2100	67
Доброкачественные новообразования	832	26
Прочие	230	7
Всего	3162	100

Распределение больных по локализации онкологической патологии представлено в табл. 3.

Таблица 3

Локализация онкологической патологии у больных, пролеченных в дневном стационаре АОКОД

Локализация злокачественного новообразования	Количество больных	Доля в структуре, %
Молочная железа	820	39
Простата	370	17,6
Бронхи и легкие	210	10
Злокачественные лимфомы	134	6,4
Желудок	133	6,3
Прямая кишка	54	2,6
Яичники	36	1,7
Меланома кожи	36	1,7
Шейка матки	33	1,6
Ободочная кишка	27	1,3
Тело матки	26	1,2
Мочевой пузырь	20	1,0
Почки	19	0,9
Пищевод	18	0,9
Щитовидная железа	16	0,8
Кожа	14	0,7
Гортань	13	0,6
Кости и мягкие ткани	13	0,6
Другие локализации	108	5,1

На долю доброкачественных новообразований и прочих заболеваний приходится соответственно: 832 (26 %) и 230 (7 %) случаев. Средний койкодень лечения в ДС при злокачественных новообразованиях составил 11,3, при остальных заболеваниях — 7,5 дня.

Анализ объема работы диагностического направления в ДС АОКОД за 1,5 года показал, что 920 пациентам проведено лабораторное обследование, 612 — ЭКГ, 236 — рентгенологическое обследование, 756 — УЗИ, 127 — пункции под контролем УЗИ, 261 — эндоскопическое исследование с биопсией, 130 больным — РКТ и МРТ. Опыт работы указывает на эффективность использования ДС для сокращения сроков обследования и уточнения диагноза.

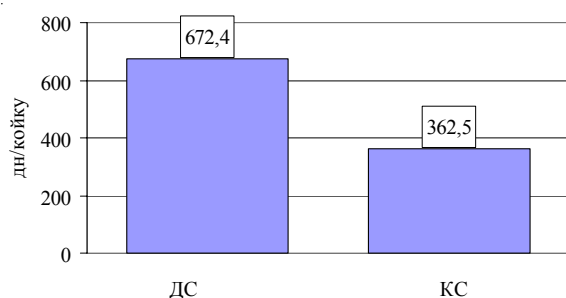


Рис. 3. Работа койки в дневном и круглосуточном стационарах АОКОД в 2003 году

Как следует из данных рис. 3, работа койки в ДС почти вдвое больше, чем в отделениях круглосуточного стационара. Пациенты ДС после дообследования и при необходимости дальнейшего специализированного лечения в диспансере (операция, лучевое лечение, химиотерапия) получают терапевтическую подготовку. По времени она совпадает с заключительными диагностическими исследованиями. При этом повышается эффективность использования коечного фонда ДС, экономия времени от момента постановки диагноза до начала специализированного лечения, что немаловажно для онкологических больных.

Терапевтическую подготовку в ДС АОКОД за все время работы получили 1 823 пациента. Кроме того, отделение оказывало при необходимости, чаще при острой сердечно-сосудистой патологии, неотложную врачебную помощь пациентам поликлиники диспансера (50 человек).

За 2002—2003 годы в ДС получили химиотерапевтическое лечение 700, гормонотерапию — 500 пациентов.

В условиях ДС АОКОД были прооперированы 330 больных, средний койкодень у них составил 10,7 дня. Прооперированные в ДС или переведенные из хирургических отделений круглосуточного стационара больные осматриваются хирургом и перевязываются медсестрой ДС. Следует отметить, что перевязочная и процедурный кабинет работают с неполной загруженностью.

Рассмотрим в сравнении работу ДС и четырех отделений АОКОД — абдоминального, маммологического, отделения голова — шея и колопроктологического, объединенных нами в общее название круглосуточный стационар, где были сокращены койки.

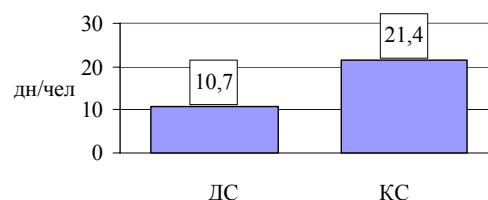


Рис. 4. Средний койкодень в дневном и круглосуточном стационарах АОКОД в 2003 году

Как следует из данных рис. 4, средний койкодень в круглосуточном стационаре в два раза больше, чем в дневном.

Таблица 4

Статьи расходов по ДС и КС АОКОД

Статья расходов	2002 г. (7 мес.)		2003 г.	
	КС (4 отд.)	ДС	КС (4 отд.)	ДС
Оплата труда	1091650,73	218680,33	2133974,83	540828,09
Начисления на зарплату	3049303,72	610838,9	5960823,56	1510693
Медикаменты	1500121,72	349877,26	3805097,35	2138166,75
Питание	1197444,27	0	2207605,26	0
Мягкий инвентарь	10608	6924	39750	23612,5
Коммунальные услуги	1068656,85	32647,11	4701359,47	143624,96
Прочие расходы	316857,1	7639,25	502066,93	11094,51
Всего	8234642,39	1226606,85	19350677,4	4368019,81

Из данных табл. 4 видно, что статья расходов на медикаменты в ДС АОКОД незначительно отличается от аналогичной статьи расходов по четырем отделениям диспансера. Это связано с тем, что в ДС больным проводится медикаментозная терапия с применением современных технологий, как правило, включающая в себя внутривенные, капельные и струйные введения дорогостоящих лекарственных веществ, а также химиопрепаратов. Необходимо отметить, что значительная часть бюджетных средств в АОКОД экономится в связи с тем, что больные в ДС не получают питания.

Таблица 5

Расходы на одного пациента в АОКОД

Показатель	2002 г. (7 мес.)		2003 г.	
	КС (4 отд.)	ДС	КС (4 отд.)	ДС
Фактический расход	8234642,39	1226606,85	19350677,4	4368019,81
Пролечено больных	1768	1191	1863	1889
Расход на 1 пациента	4657,6	1062,92	10442,89	3967,32

На основании данных табл. 5 можно сделать вывод о том, что даже при значительном росте стоимости одного койкодня в дневном стационаре затраты на лечение пациента в условиях ДС в 2002 году были в два раза, а в 2003-м почти в три раза меньше. Значительное увеличение стоимости одного койкодня и увеличение стоимости лечения одного пациента в дневном стационаре по сравнению с круглосуточным говорит о развитии ДС, в отличие от КС. Рост расходов на лечение одного пациента в 2002—2003 годах произошел по тем же причинам, что и рост стоимости одного койкодня (увеличение затрат на медикаменты, увеличение расходов на заработную плату персоналу, повышение затрат на коммунальные услуги).

Экономия фонда заработной платы по ДС АОКОД в 2003 году составила 148 355,88 руб.; экономия средств, выделенных на питание, — 665 103,81 руб. Совокупная экономическая эффективность (руб.) в ДС АОКОД за 2003 год рассчитывается по формуле:

$$\mathcal{E} = \mathcal{E}_\Phi + \mathcal{E}_\text{м} + \mathcal{E}_\text{п},$$

где $\mathcal{E}_\Phi$ — экономия фонда заработной платы, $\mathcal{E}_\text{м}$ — экономия средств, выделенных на медикаменты, $\mathcal{E}_\text{п}$ — экономия средств, выделенных на питание.

Таким образом, получаем:

$$\mathcal{E} = 1\,483\,555,88 - 991\,704 + 665\,103,81 = 1\,156\,954,89 \text{ руб.}$$

Небольшой опыт работы ДС АОКОД все же позволяет нам говорить о его медицинской, социальной и экономической эффективности. Медицинская эффективность видна в сокращении сроков лечения, проведения диагностических исследований, не госпитализируя больного в круглосуточный стационар, в лечении основного и сопутствующих заболеваний, в сохранении преемственности между поликлиническим и стационарным звеньями диспансера [3].

Социальная эффективность выражается в том, что пациенты могут вести активный образ жизни, сохраняется привычный для них режим, домашнее окружение, они быстрее возвращаются к трудовой деятельности, возможно лечение пациентов без прекращения ими работы [2].

Прослеживается как прямая экономическая эффективность (экономия средств за счет сокращения круглосуточно работающего медперсонала, снижения затрат на медикаменты и питание, расходов фонда социального страхования на оплату листов нетрудоспособности), так и опосредованная [1].

Следует заметить, что в настоящее время во многих ЛПУ области слабая экономическая мотивация развития стационарзамещающих технологий, но сохраняется надежда, что территориальные фонды медицинского страхования вместе со страховыми медицинскими организациями предпримут необходимые меры, с тем чтобы экономически заинтересовать руководителей больниц в широком внедрении стационарзамещающих технологий, в том числе и дневных стационаров.

Список литературы

1. Галкин Р. А. Экономическая эффективность стационарзамещающих видов медицинской помощи / Р. А. Галкин, Н. М. Скуратов, Л. С. Федосеева // Экономика здравоохранения. — 2000. — № 9—10. — С. 16—18.
2. Зыятдинов К. Ш. Дневные стационары / К. Ш. Зыятдинов, Л. И. Рыбкин. — М.: МЕДпресс, 2000.
3. Калининская А. А. Объем, характер и экономический эффект деятельности стационара дневного пребывания в городской больнице / А. А. Калининская, О. В. Шапкина, С. И. Шляфер, Н. Д. Дементьева // Здравоохранение Российской Федерации. — 2000. — № 5. — С. 20—23.
4. Карташов В. Т. Стационарзамещающие технологии в контексте проблем переноса усилий здравоохранения с госпитального на амбулаторно-поликлинический этап / В. Т. Карташов, В. В. Романовский // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. — 2003. — № 4. — С. 30—33.
5. Коваленко А. Н. Экономическая оценка деятельности дневных стационаров, дальнейшая перспектива их развития / А. Н. Коваленко // Экономика здравоохранения. — 2001. — № 4—5. — С. 44—46.
6. Олейников П. Н. Проблемы организации стационаров кратковременного пребывания поликлиник / П. Н. Олейников // Амбулаторная хирургия. — 2002. — № 4. — С. 14—16.
7. Павлов В. П. Организация работы хирургического дневного стационара в поликлинике / В. П. Павлов, С. А. Алексеев, А. И. Зайцев и др. // Здравоохранение Российской Федерации. — 2003. — № 5. — С. 27—29.
8. Стародубов В. И. Экономические и медико-организационные основы деятельности дневного стационара на базе больничного учреждения / В. И. Стародубов, А. А. Калининская, Г. П. Сквирская и др. // Здравоохранение. — 2001. — № 1. — С. 31—35.
9. Хворова Е. В. Преимущества организации дневного стационара на базе онкологического диспансера / Е. В. Хворова // Здравоохранение. — 2002. — № 12. — С. 25—28.
10. Шляфер С. И. Анализ развития стационарзамещающих форм медицинской помощи в Российской Федерации / С. И. Шляфер // Медицинская сестра. — 2003. — № 1. — С. 36—37.

EXPERIENCE OF WORK OF AN OUT-PATIENT CLINIC AT A SPECIALIZED MEDICAL INSTITUTION

A. V. Krasilnikov, *G. A. Malodusheva,
M. N. Smirnova, **N. A. Martynova

Regional Clinical Oncologic Dispensary,
*Department of Healthcare Administration of the
Arkhangelsk region,
**State Technical University, Arkhangelsk

In the article, the experience of using hospital-substituting technologies in the work of the Oncologic Dispensary is generalized. The dynamics and structure of patients treated in the conditions of the specialized oncologic out-patient clinic (OC) is presented. The description of oncologic pathology localization is given for patients that have been treated in the conditions of the OC at the oncologic dispensary. The economic effectiveness of OC work has been analyzed.

Key words: out-patient and in-patient clinic, specialized oncologic aid, economic and social effectiveness.