

DAY CARE UNIT AS A MODERN ECONOMIC FORM OF MEDICAL CARE IN AMBULATORY SETTING

Dyachuk D.D.

ДЕННИЙ СТАЦІОНАР – СУЧАСНА, ЕКОНОМІЧНО ОБҐРУНТОВАНА ФОРМА АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ



ДЯЧУК Д.Д.

Державна наукова установа
"Науково-практичний центр
профілактичної та клінічної
медицини"
Державного управління
справами

**ДНЕВНОЙ
СТАЦИОНАР –
СОВРЕМЕННАЯ,
ЭКОНОМИЧЕСКИ
ОБОСНОВАННАЯ ФОРМА
АМБУЛАТОРНО-
ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ**

Дячук Д.Д.

Обобщены научные данные
относительно организации
работы дневных стационаров
в современных условиях.

Обоснована
целесообразность
дальнейшего развития
дневного стационара ГНУ
"НПЦ ПКМ" ДУС.

**DAY CARE UNIT AS A MODERN
ECONOMIC FORM
OF MEDICAL CARE IN
AMBULATORY SETTING**
Dyachuk D.D.

Scientific statement about day
care units has been generalized.

Future directions of day care
unit development in the State
Institution of Science "Research
and Practical Center of
Preventive and Clinical
Medicine" State Administrative
Department has been exposed.

© Дячук Д.Д. СТАТТЯ, 2011.

більшості країн світу понад 80% всього обсягу медичних послуг надають заклади первинної медико-санітарної допомоги [18]. Медична допомога, яка заміняє перебування у стаціонарі, розвивається шляхом розширення мережі економічно ефективних організаційних форм медичного обслуговування: денних стаціонарів (ДС), стаціонарів удома, центрів амбулаторної хірургії тощо. ДС – структурний підрозділ амбулаторно-поліклінічного закладу (АПЗ) або лікарні, призначений для проведення профілактичних, діагностичних, лікувальних та реабілітаційних заходів пацієнтам, які не потребують цілодобового медичного спостереження [9, 12, 13]. Розширення мережі ДС зумовлено реформуванням медичної допомоги та необхідністю підвищення ефективності використання фінансових і кадрових ресурсів і раціонального використання високовитратних технологій.

Мета дослідження: узагальнити досвід організації роботи денних стаціонарів у сучасних умовах.

Розвиток та впровадження стаціонарзамінних форм надання медичної допомоги (стаціонарів одного дня, денних стаціонарів, стаціонарів на дому) розпочався у 50-х роках ХХ століття, хоча подібні форми надання медичної допомоги існували і раніше. Спершу такий підхід використовували як альтернативу госпіталізації за необхідності проведення тривалих курсів лікування хронічних захворювань [24]. Згодом сфера використання стаціонарзамінних форм надання медичної допомоги, зокрема денних стаціонарів (ДС), розширилася. Залежно від лікувально-профілактичного закладу, при якому його організовано, існують ДС поліклінік, жіночих або

дитячих консультацій, спеціалізованих лікувально-профілактичних закладів, диспансерів, діагностичних центрів тощо. Профіль ДС визначається виходячи з пріоритетних завдань, що стоять перед закладом охорони здоров'я [10-12, 22]. Залежно від цього ДС можуть мати спеціалізацію (психоневрологічний, акушерсько-гінекологічний тощо) або бути багатoproфільними. У своїй діяльності ДС використовує лікувальну, діагностичну та консультативну базу того закладу, де він створений.

Перші ДС з'явилися у м. Оксфорд (Велика Британія) 1956 року. Швидкий розвиток стаціонарзамінних форм лікування у Великій Британії розпочався у 1970-х рр., з того часу кількість таких структур щорічно збільшується приблизно на 15%. На початку 90-х років минулого сторіччя стаціонарзамінні форми надання медичної допомоги стали широко використовувати у різних галузях медицини [24, 29, 32].

У більшості країн велика увага приділяється розвитку спеціалізованих ДС для дітей, пацієнтів старших вікових груп, пацієнтів з психіатричними захворюваннями, онкологічною патологією, захворюваннями крові, ВІЛ/СНІДом, пацієнтам, що потребують проведення гемодіалізу при ХНН, а також пацієнтам, що потребують хірургічних втручань та проведення досліджень, пов'язаних з підготовкою або анестезією [2-4, 6, 8, 10, 21-23, 27, 31, 34].

Велика увага приділяється розвитку спеціалізованих ДС для пацієнтів старших вікових груп [4, 26, 27, 32]. Це пояснюється зростанням чисельності цієї категорії населення за останні десятиріччя. За даними ВООЗ, відсоток людей віком понад 60 років, який 1956 року

становив 7%, у 1995 р. зріс до 9% і, за прогнозами, 2050 року перевищить 20% [4, 5, 18, 26, 27]. Перші ДС для осіб літнього віку з'явилися у Великій Британії 1952 року, до кінця 1970-х років у цій країні їх налічувалося 120 [26, 27]. Зараз у Великій Британії ДС геріатричного профілю створено практично при кожному спеціалізованому відділенні лікарні або АПЗ. Стационарзамінні форми лікування осіб старших вікових груп широко поширилися у більшості країн Європи, Новій Зеландії, Австралії, Канаді, США. Характерною ознакою таких закладів є орієнтація на надання комплексної медичної допомоги [4, 26, 27].

Основним напрямком роботи ДС геріатричного профілю є проведення заходів реабілітації [4]. Крім того, вони здійснюють планові обстеження, лікування, за необхідності надають соціальну підтримку. У цієї категорії хворих велика увага приділяється лікуванню хворих з хронічними больовими синдромами, профілактиці та лікуванню вікових змін особистості, у тому числі депресії, заходам відновної терапії після перенесених порушень мозкового кровообігу та інфаркту міокарда, лікуванню хронічної серцевої недостатності, реабілітації після хірургічних втручань, зокрема проведення операцій з встановлення штучних суглобів, проведенню таких інвазивних втручань, як заміна штучного водія ритму, окремих діагностичних процедур — колонофіброскопії, езофагогастроудоденоскопії тощо. Велика увага приділяється заходам профілактики, компенсації порушення функцій та підтримки незалежного життя у домашніх умовах [26, 27]. Аналіз діяльності ДС геріатричного профілю, проведений у Великій Британії на початку 1970-х років, показав, що переважна більшість пацієнтів (приблизно 42%) в умовах ДС проводила курсове лікування, близько 27% — курси реабілітації, 26% хворих були госпіталізовані за соціальними показаннями, 5% — з інших причин [26]. За даними досліджень, проведених у США, основна патологія, з приводу якої проходили лікування пацієнти старших вікових груп у стационарах на дому, — наслідки мозкових інсультів, ар-

трози, ІХС, респіраторні захворювання, хвороби шлунково-кишкового тракту та онкологічна патологія [26, 27].

Для фінансування ДС геріатричного профілю залучають як державні, так і приватні ресурси, що дозволяє забезпечити широкий спектр послуг.

Стационарна допомога хворим старших вікових груп належить до найбільш витратних видів медичної допомоги, що пов'язано з характером захворюваності та збільшенням тривалості лікування [4, 26, 27]. В Україні потреби населення старшого віку у медичній допомозі задовольняються не більше ніж на 53%, але стационарному лікуванню потребують лише 10% населення пенсійного віку, інші 90% можуть проходити лікування та обстеження на етапі амбулаторно-поліклінічної ланки [4]. Тому організація стационарзамінних форм надання медичної допомоги — важливий етап підвищення якості надання медичної допомоги цій категорії хворих.

Серед спеціалізованих ДС великий відсоток мають заклади, що надають медичну допомогу хворим з психіатричними захворюваннями [31]. ДС вважається провідним компонентом у структурі психіатричної служби. Існують різні програми — від надання допомоги хворим з вираженими психічними порушеннями (загострення стану, що потребує госпіталізації або виражена соціальна дезадаптація) до програм реабілітації та реадaptaції. Вважається, що при обмеженій кількості ресурсів психіатричної служби та необхідності надання комплексної допомоги лікування в умовах ДС розумною альтернативою є госпіталізація [31]. Один з перших ДС психоневрологічного профілю було відкрито 1932 року у Росії на базі лікарні імені П.Б. Ганушкіна. ДС виконував роль проміжної ланки між стационаром та реабілітаційними майстернями [9, 22, 31]. ДС — перспективна форма реабілітації хворих психоневрологічного профілю, у тому числі з панічними розладами, психічними порушеннями при олігофренії, епілепсії, хронічними психічними захворюваннями, наркотичною або алкогольною залежністю.

ДС відіграють провідну роль при проведенні комплексного

лікування пацієнтів з онкологічною патологією. Вони дають змогу проводити курси поліхімотерапії (ПХТ) та інших видів спеціального лікування онкологічних хворих. Для проведення лікування онкологічного хворого в умовах ДС основною умовою має бути мобільність пацієнта. Іншою важливою вимогою є відсутність супутніх захворювань та станів, які призведуть до розвитку ускладнень після проведення ПХТ, тому за наявності високого ризику ускладнень ПХТ проводиться в умовах стационару [13, 34].

З 590 ліжок стационару Київської міської онкологічної лікарні 160 займають ліжка ДС [5, 7]. В оприлюдненому проекті нової редакції наказу МОЗ "Про удосконалення онкологічної допомоги населенню України" зазначено ДС як обов'язкову складову онкологічного закладу [20].

У більшості країн, окрім проведення специфічного лікування в умовах ДС, онкологічним хворим надаються послуги психологічної підтримки та корекції, реабілітації після проведення оперативного втручання та/або протезування, надання медичної допомоги при больових синдромах тощо. Так, ДС у місті Шеффілд (Велика Британія), створений 1975 року, надає комплекс заходів допомоги пацієнтам з онкологічними захворюваннями, включаючи соціальну підтримку, лікування больового синдрому, лікування депресії, кахексії, симптомів, пов'язаних з проведенням лікування (нудоти, лейкопенії тощо). Пацієнти відвідували ДС 1 або 2-3 рази на тиждень, залежно від їхнього стану. У тому ж закладі надавали медичну допомогу пацієнтам з такими хронічними захворюваннями, як наслідки перенесеного ГПМК, розсіяний склероз, хвороба Паркінсона, хронічні ревматологічні захворювання. Основна функція ДС з такою спеціалізацією — надати моральну підтримку родичам пацієнта з тяжким захворюванням та медичну допомогу тяжким хворим, які не підлягають лікуванню в умовах стационару, а потребують проведення паліативних та симптоматичних заходів [24, 34].

Як і для інших підрозділів, введення стационарзамінних

форм лікування у педіатрії спричинене насамперед потребою скорочення вартісних ліжок у цілодобових стаціонарах [6]. ДС педіатричного профілю дозволяє надавати спеціалізовану медичну допомогу на догоспітальному етапі. Впровадження стаціонарзамінних технологій призводить до підвищення якості лікування дитячого контингенту та доступності надання медичної допомоги. Крім того, для дитини дуже важливим є факт відсутності госпіталізації, стресових станів, що виникають у дітей при відриві від сім'ї та звичного оточення, що сприяє створенню належного психологічного клімату і покращанню результатів лікування.

У РФ з 1996 року широкого розвитку зазнали консультативно-діагностичні служби та ДС з розширенням показань для проведення лікування в амбулаторних умовах. Як і для інших стаціонарзамінних форм лікування, у РФ вони визначені як окремий вид надання медичної допомоги у системі обов'язкового медичного страхування (ОМС), на державному рівні визначено тарифи для оплати медичних послуг та встановлено нормативи роботи ДС [2, 6, 13, 22]. ДС педіатричного профілю у РФ організоване на базі дитячих стаціонарів та АПЗ.

Аналіз структури захворювань дитячого населення міста Саратов (РФ), пролікованих у ДС, показав, що у 2008 році понад 50% всіх випадків госпіталізації становила патологія шлунково-кишкового тракту (ШКТ), на другому місці — захворювання нервової системи, на третьому — захворювання вуха, горла та носу. Практично понад 80% обсягу медичної допомоги було надано на ліжках загального педіатричного профілю, лише 20% — на спеціалізованих неврологічних та гастроентерологічних. Таким чином, виділення таких спеціальностей, як педіатрія, дитяча неврологія та гастроентерологія дозволить покрити понад 90% випадків. Перехід 100 педіатричних ліжок у режим ДС дозволяє економити близько 800 тисяч рублів/рік, ліжок неврологічного профілю — понад 3 млн. рублів на рік [6, 22]. Економічна ефективність при скороченні ліжок цілодобового перебування та збільшенні

ліжок денного перебування може бути розрахована відповідно до діючих тарифів на медичні послуги. Пріоритетним завданням є впровадження у таких структурах стандартів надання медичної допомоги, що дозволить провести розрахунки послуг.

В Україні діяльність стаціонарзамінних закладів для дитячого населення регулюється наказом МОЗ України № 434 від 29.11.2002 "Про удосконалення амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям в Україні" [17]. ДС педіатричного профілю працюють у багатьох АПЗ міста Києва. Основний напрямок їхньої діяльності — комплексне обстеження, надання планової медичної допомоги дітям, що перебувають на диспансерному обліку, заходи реабілітації після перенесеного захворювання або хірургічного втручання [7].

Хоча перша публікація щодо оперативного втручання в амбулаторних умовах з ранньою випискою з'явилась ще у 1909 році, впровадження хірургічного лікування в амбулаторних умовах розпочалося лише з 1950-х років. Піонером цього напрямку у СРСР був радянський хірург М. Лур'є. Широке впровадження "Хірургії одного дня" розпочато у 1960-х роках. Вважається, що в амбулаторних умовах можна виконати від 40% до 50% усіх планових хірургічних втручань [1, 3, 23]. Аналіз, проведений у РФ за 20-річний період, свідчить про те, що близько 27% хворих хірургічного профілю можна надати допомогу в амбулаторних умовах [23]. Виписка у ранні строки після оперативного втручання сприяє зменшенню частоти післяопераційних ускладнень та є у 10 разів менш витратною при збереженні якості лікування [23]. За умов централізованого фінансування галузі охорони здоров'я цей підхід дозволив досягти значної економії коштів. Крім того, цей підхід має також соціальні переваги: техніка проведення оперативних втручань дозволяє максимально швидко повернути пацієнта у звичні умови, зменшує ризик інфікування внутрішньолікарняною інфекцією та тривалість тимчасової непрацездатності.

Основним завданням закладів "одноденної хірургії" є під-

вищення операційної активності в амбулаторно-поліклінічних умовах та зменшення термінів госпіталізації хворих у стаціонарі за рахунок використання малоінвазивних технологій оперативного втручання та впровадження прогресивних форм організації процесу надання медичної допомоги [21-23]. Розвиток хірургічних технологій спрямовано на мінімізацію операційного втручання на організм та зниження обсягу хірургічного впливу на тканини. Це сприяє зменшенню післяопераційного болювого періоду, крововтрати, обсягу медикаментозної терапії та розвитку післяопераційних ускладнень. Розробка та впровадження таких технологій направлені на більш ранню післяопераційну реабілітацію та відновлення трудової діяльності, що у кінцевому результаті сприяє підвищенню якості надання медичної допомоги. Як і для інших видів інвазивних втручань, провідна роль відводиться правильній селекції хворих [23].

Як правило, такі структури можуть або працювати на базі хірургічного відділення стаціонару, або бути автономними, використовуючи при цьому послуги допоміжних структур медичного закладу на договірній основі. За такою схемою працює у Києві "Центр мікрохірургії ока", який був створений 2002 року на базі Київської міської клінічної офтальмологічної лікарні. Тут проводяться оперативні втручання пацієнтам з катарактою, глаукомою та захворюваннями рогівки в умовах стаціонару одного дня [21].

Хірургічний центр тісно співпрацює з лікарнею. Пацієнтів, що потребують більш тривалого післяопераційного спостереження, переводять до стаціонару [21]. Одна з найбільш важливих умов функціонування хірургічного стаціонару офтальмологічного профілю одного дня є наступність з АПЗ. Завданням амбулаторно-поліклінічної ланки є відбір пацієнтів для проведення хірургічного лікування, передопераційне обстеження та спостереження їх протягом післяопераційного періоду. При "Центрі мікрохірургії ока", створеного на базі лікарні, працює амбулаторно-поліклінічний підрозділ, який,

окрім передопераційного обстеження та післяопераційного спостереження, проводить також лазерну терапію та функціональну діагностику. Відділення офтальмохірургії функціонує як самостійний підрозділ у структурі клініки.

У США центри амбулаторної хірургії розподіляються залежно від обсягу оперативних втручань та анестезіологічного забезпечення на три категорії [23]:

А — проводять хірургічні втручання з використанням локальної або регіонарної анестезії, спостереження за хворими після операції до 3-х годин;

В — проводять хірургічні втручання з використанням локальної, регіонарної, внутрішньовенної анестезії, спостереження за хворими після операції до 8 годин;

С — проводять хірургічні втручання з використанням локальної, регіонарної, внутрішньовенної анестезії, масочного та ендотрахеального наркозу, спостереження за хворими після операції від 24 годин до 3 діб.

У РФ стаціонарзамінна хірургічна допомога надається у ДС, центрах амбулаторної хірургії з ДС хірургічного профілю, центрах хірургії з хірургічним стаціонаром короткострокового перебування, клініках амбулаторної хірургії [1, 2, 22, 23].

Лікування в умовах ДС доцільно проводити також пацієнтам з захворюваннями опорно-рухового апарату, що потребують проведення заходів реабілітації — ЛФК, фізіотерапевтичних процедур та/або медикаментозних блоkad. Такі ДС переважно організуються при профільних НДІ, як, наприклад, у Санкт-Петербурзі (РФ) [22].

ДС посідають важливе місце у структурі надання медичної допомоги вагітним та пацієнтам з гінекологічними захворюваннями. В Україні надання акушерсько-гінекологічної допомоги у ДС здійснюється згідно з переліком захворювань, наведеному у додатку № 14 наказу МОЗ України від 28.12.2002 р. № 503 "Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні" та "Нормативами надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги" [15]. Серед показань — анемія вагітних, хронічна фетоплацен-

тарна недостатність у стадії компенсації, компенсовані форми екстрагенітальної патології, що потребують обстеження профільними фахівцями та лікування, гінекологічні захворювання — хронічні запалення, захворювання шийки матки, безпліддя, ендометріоз, проведення реабілітації пацієнток, що перенесли гінекологічні операції, малі гінекологічні оперативні втручання — вакуум-аспірація, взяття аспірату з порожнини матки, кріодеструкція та лазеротерапія, видалення поліпів зовнішніх статевих органів, введення та вилучення внутрішньоматкових контрацептивів тощо.

Стаціонари короткострокового перебування при відділеннях швидкої та невідкладної допомоги (Short stay units та short stay observation units) користуються великою популярністю у США, де їх створено приблизно у 1/3 лікарень [25, 30]. Їхнім завданням є спостереження за пацієнтами, що звертаються до відділення невідкладної допомоги з проявами серцевої недостатності, нападами бронхіальної астми, кардіалгіями, ознаками гострого панкреатиту тощо. Як правило, такі структури працюють у цілодобовому режимі 7 днів на тиждень. Основна відмінність таких структур від стаціонару — госпіталізація у них не перевищує 3-х діб, протягом яких пацієнт або переходить на стаціонарне лікування, або продовжує лікування вдома. Крім того, пацієнти, госпіталізовані у такі відділення, не потребують високотехнологічних методів дослідження і суворого ліжкового режиму. Тривалість перебування у таких відділеннях для проведення комплексу обстежень з метою диференційної діагностики гострого коронарного синдрому становить від 15 до 27 годин [25, 30]. Виявлено суттєву економічну ефективність створення таких підрозділів. Так, для пацієнта з загостренням бронхіальної астми (БА) витрати майже удвічі менші (від 1200-2500 до 2200-3300 дол. США на пацієнта), ніж при госпіталізації до стаціонару та надання аналогічного переліку послуг [30]. Рівень задоволеності пацієнтів, який вивчали методом анкетування у пацієнтів з БА та карді-

алгіями, свідчить про переваги перебування у відділенні короткотермінового спостереження [25]. Важливою запорукою успіху роботи таких структур є застосування стандартизованих підходів надання медичної допомоги та диференційної діагностики, що і є провідною умовою ефективності лікування та економії ресурсів. Створення таких структур підвищує ефективність роботи відділення швидкої та невідкладної допомоги та зменшує витрати [25].

Короткочасову (одноденну) госпіталізацію застосовують також при діагностичних втручаннях [28, 33]. У США та Великій Британії в умовах ДС проводили біопсію печінки. При ретельній селекції хворих, зокрема виключенні пацієнтів з порушеннями згортання крові та цирозом печінки, пацієнти перебували в умовах ДС від 3 до 8 годин після втручання, про що свідчить аналіз 200 випадків біопсій печінки, проведених у King's College Hospital у Лондоні у 1977-1979 роках [33].

Надзвичайно актуальною є проблема зниження витрат при проведенні перкутанних коронарних втручань, враховуючи зростання їх кількості. Один із способів — скорочення строків госпіталізації після проведення втручання [28]. Але селекція пацієнтів для ранньої виписки має проводитись лише за 4 години спостереження після проведеного перкутанного втручання з урахуванням результатів ангіографії, стану пацієнта та визначення МВ фракції креатинінази. Потрібно також враховувати методику доступу — через радіальну або стегнову артерію. У разі радіального доступу зменшується частота ускладнень пункції порівняно з феморальним, але доступ через стегнову артерію викори-

стовується у переважній більшості медичних закладів відповідного профілю [28]. У випадку феморального доступу близько 1,1% пацієнтів потребують тривалого спостереження, пов'язаного з ускладненнями пункції. За умов коректного відбору пацієнтів проведення таких втручань (у т.ч. стентування) можливе в умовах ДС. Рання виписка дає можливість економії понад 250 євро на кожен випадок [28]. Але, як і для інших хірургічних втручань, необхідно мати можливість переведення пацієнтів до стаціонару у разі необхідності. Використання у післяопераційному періоді інгібіторів глікопротеїну IIb/IIIa та гепарину унеможливує виписку того ж дня через потребу у 12-годинній безперервній інфузії.

Перші денні стаціонари у поліклініках України були організовані у 1981 році з метою наблизити стаціонарну допомогу до місця праці та проживання хворих і розвантажити стаціонарні відділення лікарень. Їхню діяльність було регламентовано наказом МОЗ СРСР № 1278 від 16.12.1987 р. "Об організації стаціонара (отделений, палат) дневного пребывания в больницах дневного стационара в поликлинике и стационара на дому" [19]. Станом на 01.01.2009 р. в Україні функціонувало 6880 амбулаторно-поліклінічних закладів, з них 5111 — з денними стаціонарами. Кількість пролікованих у 2008 році становила 563 на 10 тис. населення [5].

В Україні приблизне положення про денний стаціонар та стаціонар на дому викладене у наказі МОЗ України № 72 від 23.02.2001 р. "Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини" — додатки № 4 та № 5 [16]. Крім того, стаціонарзамінні заклади міста Києва керуються положеннями наказу ГУОЗ № 334 від 05.12.1994 р. "Про удосконалення управління денними стаціонарами поліклінік як однією з форм стаціонарної медичної допомоги дорослому населенню" [14].

Згідно з цим наказом до функцій ДС належать

□ проведення комплексного курсового лікування з застосуванням сучасних медичних технологій, курсу інтенсивної терапії з внутрішньовенною

інфузією фармакологічних препаратів та лікувально-діагностичних маніпуляцій;

□ проведення складних та комплексних діагностичних обстежень, лікувальних процедур, що потребують спеціальної підготовки хворих та короткострокового медичного нагляду після їх проведення;

□ спостереження за хворими, яким було проведено оперативне втручання в умовах стаціонару або поліклініки;

□ апробація адекватного лікування хворим з вперше встановленим діагнозом або при загостренні хронічного захворювання;

□ профілактичне обстеження та оздоровлення пацієнтів групи ризику;

□ завершення лікування пацієнтів після виписки із стаціонару;

□ апробація новітніх методик лікування та обстеження.

Направлення на лікування до ДС проводиться відповідно до показань лікуючим лікарем поліклініки або стаціонару [14, 16].

Фінансування проводиться за рахунок бюджетних витрат, а також інших джерел фінансування відповідно до вимог чинного законодавства, наприклад страхових організацій або внесків громадян. Розрахунок тарифів на послуги ДС проводиться за сумою наданих послуг відповідно до класифікатора послуг. Можна проводити розрахунок вартості 1 ліжкодня або вартості лікування певної патології. Економічний ефект досягається лише за умови організації ДС як окремого структурного підрозділу на базі лікарні або АПЗ, з окремими штатами та приміщеннями за умови роботи у дві зміни — за рахунок зменшення штатної чисельності медичного персоналу — чергового лікаря, цілодобового чергування середнього та молодшого медичного персоналу, витрат на харчування хворих [8, 10-12].

В Україні надання медичної допомоги в умовах ДС можна традиційно розбити на такі групи:

□ пацієнтам, які потребують завершення або продовження курсу лікування, розпочатого у лікарні чи у домашніх умовах;

□ пацієнтам, що лікуються амбулаторно, але потребують лікарського спостереження протягом певного часу після проведення медичного втру-

чання — або виходячи зі стану здоров'я, або внаслідок використання лікувальних засобів, що можуть спричинити несприятливі реакції (проведення ПХТ, переливання крові та її препаратів тощо);

□ за необхідності тривалої інфузії фармакологічних препаратів — серцевих глікозидів, антибіотиків, кортикостероїдів тощо [4, 7, 8, 11, 12].

Традиційно на лікування до денного стаціонару направляють пацієнтів з ішемічною хворобою серця, стабільною стенокардією, постінфарктним кардіосклерозом, хронічною недостатністю кровообігу стадій I-IIA, гіпертонічною хворобою; з хронічним бронхітом; бронхіальною астмою середньої тяжкості; цукровим діабетом середньої тяжкості з ангіопатіями; з хронічними захворюваннями ШКТ у стадії загострення без тяжкого больового і диспепсичного синдромів; з цирозом печінки без вираженої активності процесу та ознак портальної гіпертензії за наявності асцити; з загостреннями хронічного гепатиту тощо.

До спеціалізованих денних стаціонарів (психіатричного, акушерсько-гінекологічного) направляють пацієнтів відповідного профілю. Широкого розповсюдження набула форма лікування в умовах ДС онкологічних хворих, яким потрібно проходити планову ПХТ або інші специфічні види лікування.

Проблема ефективного використання ліжкового фонду у період реформ стає однією з провідних у місті Києві, тому тут поширюються альтернативні форми надання медичної допомоги, зокрема денні і домашні стаціонари [7, 8].

Нині у Києві вже створено досить велику мережу різнопрофільних денних стаціонарів та стаціонарів вдома у складі амбулаторно-поліклінічних установ, які забезпечують різні контингенти дорослого і дитячого населення ефективною медичною допомогою, наближеною за обсягом і якістю до стаціонарної служби. Загальна їх мережа станом на 2010 рік налічує 65 загальнопрофільних, багатопрофільних та спеціалізованих денних стаціонарів на 1637 ліжок та 64 домашніх стаціонари [7].

Ці структурні підрозділи роблять вагомий вклад у медичне

обслуговування населення, про що свідчать статистичні дані: за 6 місяців 2010 року стаціонарзамінне лікування в умовах денного стаціонару отримали 62143 хворих, у тому числі понад 10 тисяч дітей, у домашніх стаціонарах — майже 140 тисяч хворих. Щодня у мережі денних стаціонарів міста у I півріччі 2010 року у середньому лікувалося 345 хворих, у стаціонарах вдома — 765 [7].

Денний стаціонар терапевтичного профілю Державної наукової установи "Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини" Державного управління справами (ДНУ "НПЦ ПКМ" ДУС) працює з 2002 року і здійснює стаціонарзамінне лікування прикріпленого контингенту за направленнями лікарів усіх терапевтичних спеціальностей. У штаті ДС — лікар-терапевт, лікар-невропатолог, консультативні прийомні проводять співробітники наукового підрозділу — кардіолог, пульмонолог та лікар-дієтолог. Під час перебування хворого у ДС поліклініки особливу увагу звертають на попередні обстеження та лікування, щоб забезпечити послідовність лікувально-реабілітаційних заходів, що були розпочаті на попередньому етапі.

Лікувально-діагностичний процес організовано у відповідності до вимог доказової медицини — розроблені та запроваджені локальні протоколи медичної допомоги. У 2010 році інформаційно-аналітичним відділом впроваджено "Електронну картку пацієнта денного стаціонару". У ході впровадження планується проводити перегляд локальних протоколів з метою переведення основних положень щодо діагностики та лікування в електронну форму. Це дозволить здійснювати подальше використання сучасних стандартів надання медичної допомоги відповідно до вимог доказової медицини.

На базі ДС, окрім курсового лікування пацієнтів, також здійснюються планові профілактичні щеплення (правець, дифтерія, вірусний гепатит, грип), внутрішньом'язові ін'єкції, проби на переносимість фармакологічних препаратів, дуоденальні зондування та забори крові для клініко-діагностичної лабораторії.

Протягом 2010 року у ДС ДНУ "НПЦ ПКМ" ДУС було проліковано 2245 пацієнтів. У структурі захворювань найбільшу частку склали хвороби системи кровообігу — 59,1%, хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини — 8,6%, хвороби органів дихання — 6,9%, хвороби нервової системи — 6,8%, хвороби органів травлення — 5%. Середня тривалість лікування хворих у 2010 році становила 10,5 днів. Враховуючи той факт, що переважна більшість пацієнтів денного стаціонару мала хронічну патологію, основний позитивний результат лікування у них — покращання клінічного стану, досягнутого у 93% пацієнтів.

З листопада 2010 року в умовах денного стаціонару терапевтичного профілю розпочато надання невідкладної медичної допомоги пацієнтам поліклініки ДЗ "НПЦ ПКМ" ДУС. За цей період з 233 звернень переважну більшість (164 — 70%) становили звернення з приводу неускладненого гіпертензивного кризу.

Перспективний розвиток ДС пов'язаний з подальшим впровадженням нових медичних технологій у тісній співпраці з науковим підрозділом ДНУ "НПЦ ПКМ" ДУС. Серед пріоритетних напрямків — науково-методичний супровід програми підвищення поінформованості пацієнтів та залучення їх до участі у процесі лікування. Для пацієнтів ДС започатковано роботу "Школи здоров'я для хворих на артеріальну гіпертензію", надається "Інформаційний лист для пацієнта". Серед пріоритетних напрямків — організація роботи палати інтенсивної терапії та палати короткострокового перебування пацієнтів. Таким чином, ДС ДНУ "НПЦ ПКМ" ДУС розвивається як науковий та практичний підрозділ.

Висновки

1. ДС як одна із стаціонарзамінних форм надання медичної допомоги поширена у більшості країн і представлена багатопрофільними та спеціалізованими закладами.

2. Серед спеціалізованих ДС великий відсоток складають заклади геріатричного, педіатричного, онкологічного та психіатричного профілю.

3. Основним завданням закладів "одноденної хірургії" є підвищення операційної актив-

ності в амбулаторно-поліклінічних умовах та зменшення термінів госпіталізації хворих у стаціонарі за рахунок використання малоінвазивних технологій оперативного втручання та впровадження прогресивних форм організації процесу надання медичної допомоги.

4. У м. Києві станом на 2010 рік функціонують 65 загальнопрофільних, багатопрофільних та спеціалізованих ДС на 1637 ліжок та 64 домашніх стаціонари.

5. ДС терапевтичного профілю Державної наукової установи "Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини" Державного управління справами (ДНУ "НПЦ ПКМ" ДУС) працює з 2002 року і розвивається як науковий та практичний підрозділ.

ЛІТЕРАТУРА

1. Адамян А.А. Особенности хирургического лечения в центре амбулаторной хирургии / А.А. Адамян, Р.Х. Магомедов, А.А. Кутин // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*. — 2007. — № 1. — С. 80-83.

2. Городская целевая программа развития здравоохранения "Столичное здравоохранение" на 2006-2007 гг. от 07.03.2006 г. № 157-ПП [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.lawrussia.ru/big-texts/law_827/page3.htm

3. Градусов Е.Г. 100 лет прошло: вопрос — кто же такой амбулаторный хирург — остался / Е.Г. Градусов, Л.М. Клименченко // *Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии*. — 2009. — № 3-4. — С. 57-59.

4. Гударенко О.С., Яровий М.М. Стаціонарзамінні форми надання медичної допомоги хворим літнього та старечого віку в умовах великого міста // *Проблеми старения и долголетия*. — 2010. — 196 № 2. — С. 191-196.

5. Демографія і стан здоров'я народу України. Аналітично-

статистичний посібник // Ред. Коваленко В.М., Корнацький В.М. // К., 2010. — 143 с.

6. Дмитриев В.А. Современное состояние и оценка эффективности стационарзамещающих технологий в педиатрической практике // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2010. — 66 № 1. — С. 128-130.

7. Діяльність закладів охорони здоров'я м. Києва у 1 півріччі 2010 року. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.kmv.gov.ua/divisions.asp?id=259>

8. Зодова Л.П., Степаненко Л.В., Шаповаленко Н.Ю. Досвід роботи денного стаціонару терапевтичного профілю // Мед. залізничного транспорту України. — 2004. — № 4. — С. 63-65.

9. Исмагилов М.Ф., Назипова А.Я. Стационарзамещающие формы организации медицинской помощи больным в условиях реформирования системы здравоохранения // Неврологический вестник. — 2009. — XLI; 4. — С. 61-67.

10. Лемішко Б.Б., Токарева Т.П., Ліман О.Ф. Денний стаціонар як структурний підрозділ поліклініки. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.nbuv.gov.ua/portal/chem_biol/Prmed/2008_4/statti_PDF/lemishko.pdf

11. Лемішко О. Державне управління наданням якісних медичних послуг на рівні денного стаціонару поліклініки // Ефективність державного управління. Зб. наук. праць. — 2009. — Вип. 28/19. — С. 336-343.

12. Лемішко О. Методологічні засади реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні // Ефективність державного управління. Зб. наук. праць. — 2009. — Вип. 20. — С. 224-229.

13. Макогон А.С., Колядо В.Б. Обоснование необходимости широкого внедрения стационарзамещающей медицинской помощи. [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://www.nikpg.ru/konf_doc/doc48.doc

14. Наказ ГУОЗ № 334 від 05.12.1994 р. "Про удосконалення управління денними стаціонарами поліклінік як однією з форм стаціонарної медичної допомоги дорослому населенню" [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.kmv.gov.ua/divisions.asp?id=259>

15. Наказ МОЗ України № 620 від 29.12.2003 р. "Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні" [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/portal/dn_20021228_503.html

16. Наказ МОЗ України № 72 від 23.02.2001 р. "Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини" [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>

17. Наказ МОЗ України № 434 від 29.11.2002 р. "Про удосконалення амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям в Україні" [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://moz-docs.kiev.ua/view.php?id=2016>

18. Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 год. — Женева (Швейцария), ВОЗ, 2008.

19. Приказ МЗ СССР № 1278 от 16.12.1987 г. "Об организации стационара (отделений, палат) дневного пребывания в больницах дневного стационара в поликлинике и стационара на дому" [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://rudoctor.net/medicine2009/bz-dv/med-eqhyt.htm>

20. Проект нової редакції наказу МОЗ України від 30.12.1992 р. "Про удосконалення онкологічної допомоги населенню України". [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110104_p.html

21. Рыков С.А., Новицкий А.Н., Мишенин А.Б., Степанюк Г.И. Организационные аспекты функционирования отделения малоинвазивной офтальмохирургии // Офтальмологический журнал. — 2008. — № 1. — С. 74-76.

22. Стародубов В.И., Хальфин Р.А., Михайлова Ю.В. и др. Организация стационарзамещающих форм медицинской помощи населению. Метод. рекомендации № 2002/106.

23. Шахрай С.В. Стационарзамещающая хирургия — современное состояние и перспективы развития // Мед. журнал. — 2010. — № 2. — С. 102-107. [Електрон. ресурс]. — Режим доступу: http://www.bsmu.by/index.php?option=com_content&view=article&id=3763:2010-09-01-08-48-21&catid=241:-22010&Itemid=52

24. Brocklehurst J.C. Role of Day Hospital Care // BMJ. —

1973. — № 4. — С. 223-225.

25. Daly S., Campbell D.A., Cameron P.A. Short-stay unit and observation medicine: a systematic review // MJA. — 2003. — 178:5590563.

26. Forster A., Young J., Lambley R., Langhorne P. Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care (Review) The Cochrane Library 2009. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.thecochranelibrary.com>

27. Forster A., Young J., Langhorne P. Systematic review of day hospital care for elderly people // BMJ. — 1999. — 318; 837-841. Режим доступу: www.bmj.com

28. Heyde G.S., Koch K.T., de Winter R.J. et al. Randomized trial comparing same-day discharge with overnight hospital stay after percutaneous coronary intervention. Results of elective PCI in outpatient. — Circulation. — 2007. — 115: 2299-2306.

29. Iraqi G.H. Hopital de jour: definition et concepts. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.sante.gov.ma/smsm/HOPITAL/deficoncept.htm>

30. Lucas B.P., Kumapley R., Mba B. et al. A Hospitalist-Run Short-Stay Unit: Features that Predict Length-Of-Stay and Eventual Admission to Traditional Inpatient Services // Journal of Hospital Medicine. — 2009. — № 4 (5). — P. 276-284.

31. Marshall M. How effective are different types of day care services for people with severe mental disorders? 2005. Copenhagen // WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.euro.who.int/Document/E87317.pdf>.

32. Shepperd S., Harwood D., Gray A. et al. Randomised controlled trial comparing hospital at home care with inpatient hospital care. II: cost minimisation analysis // BMJ. — 1998. — 316 : 1791.

33. Westaby D., MacDougall B., Williams R. Liver biopsy as a day-case procedure: selection and complications in 200 consecutive patients // BMJ. — 1980. — 281.— P. 1331.

34. Wilkes E., Crowther A., Graves C. A different kind of day hospital-for patients with preterminal cancer and chronic disease // BMJ. — 1978. — № 2. — P. 1053-1056.

Надійшла до редакції 21.03.2011.