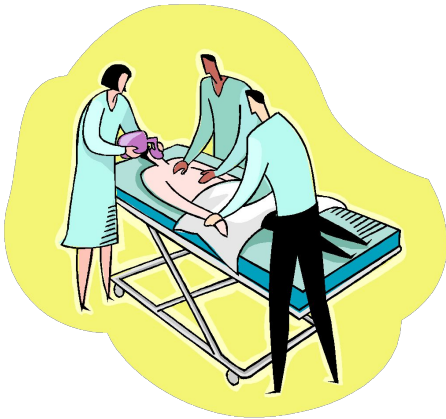


Лекція з соціальної медицини та організації охорони здоров'я:

ОРГАНІЗАЦІЯ СТАЦІОНАРНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ



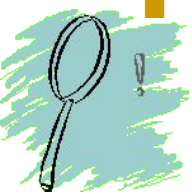
Складач: д.мед.н., проф. Децик Орина Зенонівна

План лекції:

- Місце стаціонарної допомоги в системі охорони здоров'я.
- Види стаціонарів.
- Функції та структура стаціонару багатoproфільної лікарні, приймального відділення, відділень терапевтичного та хірургічного профілів.
- Функції лікаря-ординатора і завідувача відділенням.
- Оцінка діяльності стаціонарів.
- Заходи раціонального використання ліжкового фонду.

Стационарна медична допомога (In-patient/hospital care):

- Це організація цілодобової медичної допомоги і догляду за хворим в спеціально обладнаних стаціонарних медичних закладах.
- Надається при важких захворюваннях, що вимагають:
 - комплексного підходу до діагностики, лікування і реабілітації,
 - застосування складних методів обстеження і лікування з використанням найновіших медичних технологій,
 - в ряді випадків - оперативного втручання,
 - постійного лікарняного спостереження та інтенсивного догляду, не можливих в амбулаторних умовах чи вдома.
- Це *найбільш технологічно орієнтований та капіталомісткий сектор* (60-80 % всіх коштів) системи охорони здоров'я.



Стационарні медичні заклади (In-patient institutions):

- Це установи, які в додаток до діагностичних, лікувальних та реабілітаційних послуг забезпечують пацієнтам розміщення (готельні послуги), догляд, медикаменти та харчування.

За ВООЗ до них відносяться:

- лікарні, стаціонари, шпиталі (hospitals),
- медсестринські будинки (nursing homes),
- санаторно-курортні (health resorts) та
- реабілітаційні центри (rehabilitation centers).

Лікарні

- Це лікувально-профілактичні заклади, первинною функцією яких є надання діагностичних, лікувальних, медсестринських та інших професійних медичних послуг пацієнтам, що потребують цілодобового догляду за станом здоров'я.
- ВООЗ лікарнею вважає заклад, де розгорнуто щонайменше шість ліжок, а в штаті є хоча б один лікар, і де можна забезпечити пацієнтам розміщення та надання активної медичної допомоги і цілодобовий медсестринський догляд.

Класифікація лікарень за тривалістю перебування пацієнта:

- **Невідкладної (короткотривалої) допомоги (*acute care, short term stay hospitals*)** – більше половини госпіталізованих направляються у відділення із середньою тривалістю лікування менше 30 днів. До них належать більшість комунальних лікарень.
- **Довготривалого перебування (*chronic care, long term stay hospitals*)** - більше половини госпіталізованих направляються у відділення із середньою тривалістю лікування понад 30 днів. До них належать лікарні для хронічних хворих, психіатричні, протитуберкульозні диспансери, хоспіси, медсестринські будинки.

Класифікація лікарень за тривалістю перебування пацієнта:

- **Змішаної допомоги** – надають обидва види допомоги, короткотривалу і довготривалу. Така практика характерна для більшості лікарень європейського регіону. ВООЗ рекомендує для оптимізації ресурсів їх розділити.
- **Денного перебування, денні стаціонари (Day care hospitals)**, де пацієнт перебуває і лікується тільки в денний час. За умови оптимальної їх організації мають ряд соціальних, психологічних та економічних переваг. Денні стаціонари можуть бути структурними підрозділами як лікарень, так і поліклінік та амбулаторій.

Класифікація лікарень за спеціалізацією:

- **Загальні, багатопрофільні (*General hospitals*)** – надають широкий спектр терапевтичних та хірургічних видів допомоги. Це найчастіше лікарні короткотермінового перебування хворих.
- **Спеціалізовані (*Special hospitals*)** – надають допомогу з однієї медичної спеціальності. До них належать акушерські, гінекологічні, дитячі лікарні, а також спеціалізовані диспансери (протитуберкульозні, кардіо-, онко- та ін.). Можуть бути і короткотривалого, і довготривалого перебування хворих.
- **Університетські (*University hospitals*)** – спеціалізовані заклади охорони здоров'я для навчання та професійного тренінгу медичних кадрів із надання спеціалізованої стаціонарної допомоги на основі передових наукових досягнень.

Класифікація лікарень за видом власності:

- *Прибуткові (for profit)* – власність інвесторів.
- *Неприбуткові (not for profit)* – державна чи комунальна власність, релігійних та громадських організацій.

Класифікація лікарень за адміністративним підпорядкуванням:

- *Обласні*
 - *Районні, міські*
 - *Дільничні*
-

Класифікація лікарень за потужністю:

- *Окремі стаціонари, лікарні, шпиталі (hospitals)*
- *Клініки (Clinics)* – у більшості країн світу це менші заклади, ніж госпіталі, які як правило надають тільки стаціонарну допомогу. Їх власниками є державні органи охорони здоров'я або приватні об'єднання лікарів. В Україні клініками називають університетські лікарні.
- *Стаціонарні відділи (Departments) і відділення (units) об'єднаних лікарень* - центральних районних (міських), районних (міських), медико-санітарних частин (обслуговують працівників промислових підприємств), пологових будинків, дитячих лікарень, спеціалізованих диспансерів.

Типова структура об'єднаної багатoproфільної лікарні:

- *Відділ швидкої допомоги (Emergency department),*
- *Поліклінічний відділ (Outpatient department),*
- *Стаціонарний відділ (Inpatient department) із відділеннями:* приймальним, анестезіології та реанімації, лікувальними відділеннями терапевтичного і хірургічного профілю (7-12 профілів), набір яких залежить від потужності лікарні,
- *Допоміжно-лікувальні відділення (Additional units):* відновного лікування (фізіотерапія, ЛФК, масаж),
- *Діагностичні відділення (Diagnostic units):* рентгенологічне, лабораторія, патанатомічне і ін.,
- *Аптека (Pharmacy),*
- *Немедичні відділи (Non-medical departments):* інформаційно-аналітичний медичної статистики, управління і адміністративно-господарська частина.

Функції лікарні (традиційні)

- **Лікувально-відновлювальна** – базова функція: діагностика, лікування та реабілітація захворювань і травм, експертиза працездатності.
- **Профілактика захворювань та промоція здоров'я** - медико-просвітницька діяльність, профілактика внутрішньо лікарняної інфекції, інфекційних захворювань, запобігання переходу гострих захворювань у хронічні.
- **Підвищення кваліфікації медичного персоналу** – навчання та тренінг лікарів-інтернів, медичних сестер; в університетських клініках – ще навчання студентів та післядипломне удосконалення знань і вмінь лікарів.
- **Науково-дослідна робота** – участь у клінічних випробуваннях нових медичних препаратів та приладів.
- **Організаційно-методична** – ведення медичної документації, аналіз діяльності.

Функції лікарні (додаткові)

В політиці національних систем охорони здоров'я на сьогодні зміщуються акценти від стаціонарної допомоги до амбулаторного лікування, до програм роботи з населенням і створення мережі медико-санітарної допомоги за місцем проживання.

При цьому слід враховувати такі функції лікарень, як:

- *Соціальна допомога населенню*
- *Функція працедавців*

Організація госпіталізації хворих в приймальному відділенні

За порядком госпіталізація хворих буває:

- **Планова** – за направленням лікарів амбулаторно-поліклінічних закладів. Це краще, бо хворий поступає обстежений і з встановленим діагнозом,
- **Ургентна** – машиною швидкої допомоги
- **Самозвернення**

Приймальне відділення буває:

- **централізоване** (єдине для всієї лікарні)
- **децентралізоване** (по окремих підрозділах)

Функції приймального відділення:

- цілодобовий прийом хворих;
- встановлення (уточнення) діагнозу і обґрунтування госпіталізації;
- реєстрація хворих, що поступають у стаціонар та виписуються;
- заповнення паспортної частини Медичної картки стаціонарного хворого (ф. № 003/о);
- медичне сортування хворих, визначення профілю спеціалізованого відділення та направлення до нього;
- надання при потребі невідкладної допомоги;
- санітарна обробка хворих;
- реєстрація відмов у госпіталізації з визначенням причини;
- надання довідкової інформації про госпіталізованих хворих

Штати приймального відділення:

- Самостійні штатні посади чергових лікарів прийомних відділень установлені в лікарнях, що мають 500 ліжок і більше, а в лікарнях з меншим числом ліжок чергують по черзі всі ординатори лікарні.
- В лікарнях на 200 ліжок і більше в штаті приймального покою є лікар – завідуючий відділенням.
- В крупних багатoproфільних лікарнях цілодобове чергування у приймальному відділенні забезпечує бригада лікарів, що складається з хірурга, травматолога, терапевта і рентгенолога.
- Лікарі інших спеціальностей чергують (ургентують), як правило, у відповідних профільних відділеннях і при необхідності їх викликають в приймальне відділення на консультацію.

Підрозділи анестезіології та реанімації:

- Створюються для проведення комплексу заходів з реанімації та інтенсивного лікування при загрозливих для життя станах: для післяопераційних хворих, направлених швидкою допомогою, переведених із спеціалізованих відділень у зв'язку із погіршенням стану.
- Хворих розділяють за ступенем важкості, а не за діагнозом.
- Структурні підрозділи служби анестезіології та реанімації (в залежності від потужності та ресурсів закладу):
 - відділення анестезіології з ліжками для інтенсивної терапії,
 - відділення анестезіології без ліжок для інтенсивної терапії,
 - анестезіологічна група,
 - відділення інтенсивної терапії загального профілю,
 - вузькоспеціалізоване відділення інтенсивної терапії.

Структура відділення терапевтичного профілю:

- палати, в т.ч. інтенсивної терапії;
- пост медичної сестри (цілодобовий);
- маніпуляційна;
- ординаторська;
- кабінет старшої медичної сестри;
- їдальня;
- інші допоміжні кімнати.

Структура відділення хірургічного профілю:

- Палати: доопераційні; інтенсивної терапії (блок); післяопераційні.
- Операційна: чиста і гнійна.
- Перев'язувальна: чиста і гнійна.
- Маніпуляційна.
- Пост медичної сестри (цілодобово).
- Ординаторська.
- Кабінет старшої медичної сестри.
- Їдальня.
- Інші допоміжні кімнати.

Функції лікаря-ординатора:

- огляд хворих, що поступили;
- призначення режиму лікування, діагностичних обстежень, медикаментозного лікування, дієти та лікувальних процедур;
- організація при необхідності консультації лікарів інших спеціальностей;
- щоденний обхід хворих у супроводі палатної медичної сестри;
- готування пацієнта до виписки, узгодження її термінів із зав. відділенням, складання епікризу;
- здійснення експертизи втрати працездатності;
- ведення облікової та оперативної документації;
- впровадження сучасних методів лікування та профілактики;
- підвищення кваліфікації;
- санітарно-просвітницька робота серед хворих та їх родичів.

Функції завідувача відділенням:

- організація праці персоналу;
- забезпечення дотримання санітарно-протиепідемічного режиму у відділенні;
- організація та контроль прийому, переведення та виписки хворих,
- огляд всіх хворих, що поступають у відділення, та важкохворих;
- обхід хворих у супроводі лікарів-ординаторів;
- контроль своєчасності та всебічності обстежень, обґрунтованості лікування;
- організація консультацій лікарів різних спеціальностей;
- забезпечення впровадження сучасних методів лікування та профілактики;
- контроль правильності ведення облікової, оперативної та звітної документації;
- аналіз випадків діагностичних помилок та дефектів у роботі;
- аналіз діяльності відділення та медичного персоналу.

Методи вимірювання діяльності стаціонарів:

- **Інспектування** затвердженими законодавством країни органами регулювання (як передумова ліцензування): протипожежної безпеки, дотримання гігієнічних норм, наявності і якості медичного обладнання та лікарських середників.
- **Опитування споживачів** (пацієнтів та їх родичів) щодо реалізації прав пацієнтів, задоволеності наданою допомогою. В багатьох країнах включені в програми акредитації.
- **Оцінки третьої сторони** (незалежна зовнішня оцінка) у відповідності до стандартів, орієнтованих на промисловість (ISO 9000) та на медико-санітарну допомогу (колегіальна оцінка, акредитація)
- **Статистичні показники** (інструмент для зовнішньої і внутрішньої оцінки діяльності). Бенчмаркінг: використання співставимої інформації для порівняння якості в поєднанні з шляхами корекції
- **Внутрішні оцінки**

Показники діяльності стаціонарів:

1. *Забезпеченість населення стаціонарною допомогою:*

- Кількість ліжок на 10000 населення (норматив 80,0)
- Рівень госпіталізації на 1000 населення
- Забезпеченість ліжками окремих профілів на 10000 населення
- Структура ліжкового фонду
- Структура госпіталізованих по профілях
- Співвідношення госпіталізованих планово і екстрено (норматив 4:1)
- Рівень госпіталізації дитячого населення
- Рівень госпіталізації сільського населення

2. *Навантаження медичного персоналу:*

- Кількість ліжок на 1 посаду лікаря-ординатора (норматив 25,0)
- Укомплектованість лікарями та середнім медичним персоналом (норматив 100 %)

Показники діяльності стаціонарів:



3. Використання ліжкового фонду:

- Повнота використання ліжкового фонду (норматив 100 %):

$$\frac{\text{проведено хворими ліжкоднів}}{\text{кількість ліжок} \times \text{план зайнятості ліжка}} \times 100$$

- Середня зайнятість ліжка в році (норматив 340 днів)

$$\frac{\text{проведено хворими ліжкоднів}}{\text{кількість ліжок}}$$

Показники діяльності стаціонарів:



3. Використання ліжкового фонду:

- Середня тривалість перебування хворого у стаціонарі (норматив 12-14 днів):

проведено хворими ліжкоднів

кількість вибулих хворих

- Середній обіг ліжка в році (норматив 23-25 хворих):

кількість вибулих хворих

кількість ліжок

- Середня тривалість лікування хворого (розраховується по окремих класах хвороб і захворюваннях на 1 виписаного хворого)

Показники діяльності стаціонарів:

4. *Якість і ефективність стаціонарної допомоги:*

- Показник летальності в цілому по лікарні, по окремих відділеннях, по окремих класах хвороб і захворюваннях

5. *Якість хірургічної допомоги:*

- Показник хірургічної (оперативної) активності (норматив 75,0 %): відсоток прооперованих з числа вибулих із відділення
- Структура оперативних втручань
- Вчасність хірургічної допомоги (відсоток прооперованих з гострими станами до 24 годин з моменту захворювання)
- Частота післяопераційних ускладнень (у %)
- Післяопераційна летальність



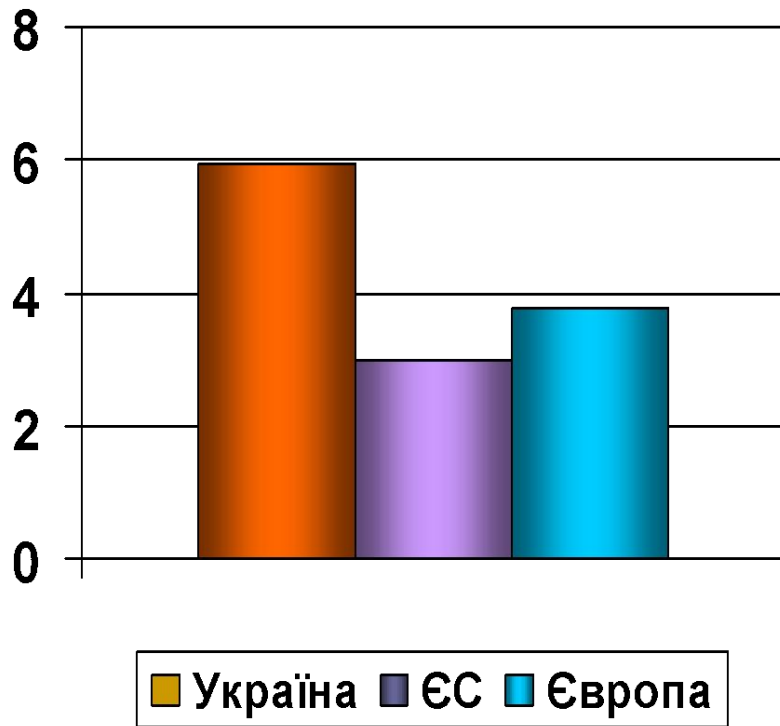
Заходи раціонального використання ліжкового фонду: передумови



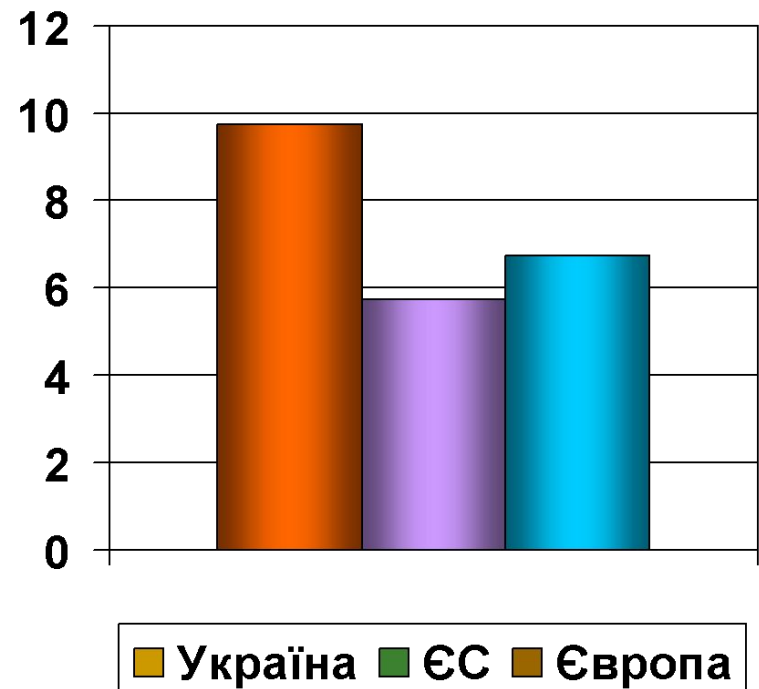
- ✓ **Закон Ремера (Roemer's Law)** - створене лікарняне ліжко не залишиться незайнятим
- ✓ **Закон Банкера (Bunker's Law)** – більше хірургів, більше операцій
- ✓ Заклад **не є безпечним**, якщо:
< 300 операцій, < 400 пологів в рік

Україна: надлишкове число лікарень та лікарняних ліжок

Число стаціонарів на
100000 населення

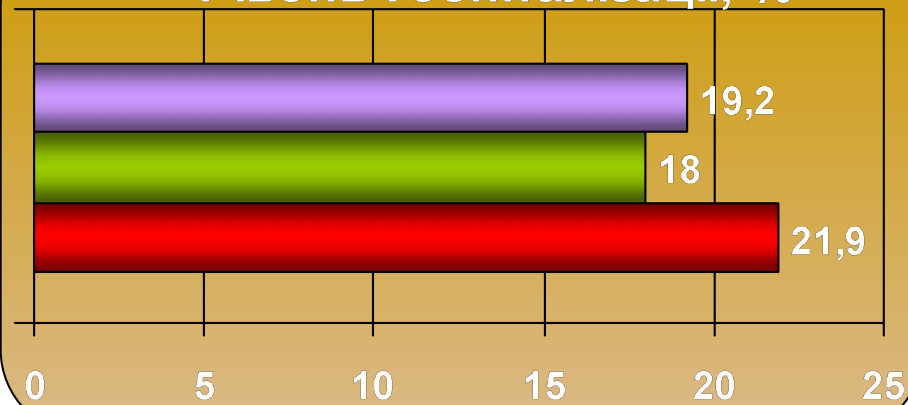


Число лікарняних
ліжок на 100000
населення

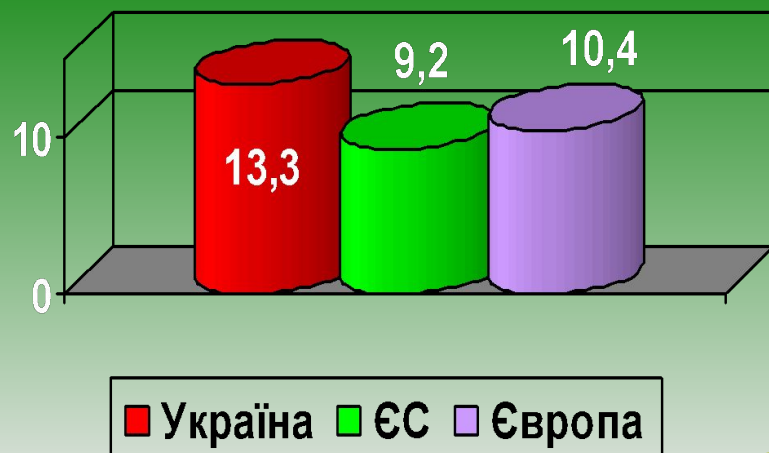


Закон Ремера (Roemer's Law) - «створене лікарняне ліжко не залишиться незайнятим»

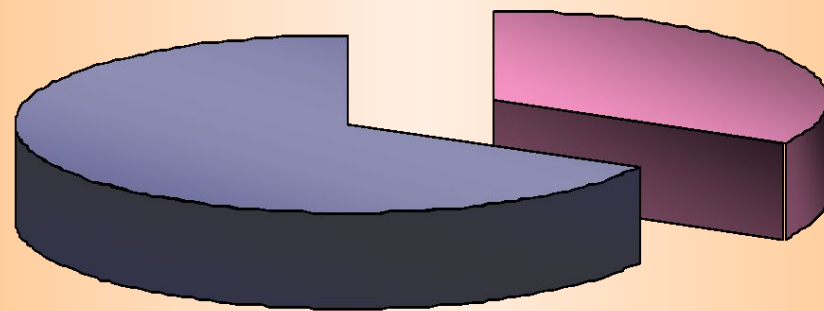
Рівень госпіталізації, %



Тривалість госпіталізації, дні



Обґрунтованість госпіталізації



■ обґрунтовано ■ не обґрунтовано



Заходи раціонального використання ліжкового фонду (спрямовані на зменшення витрат):

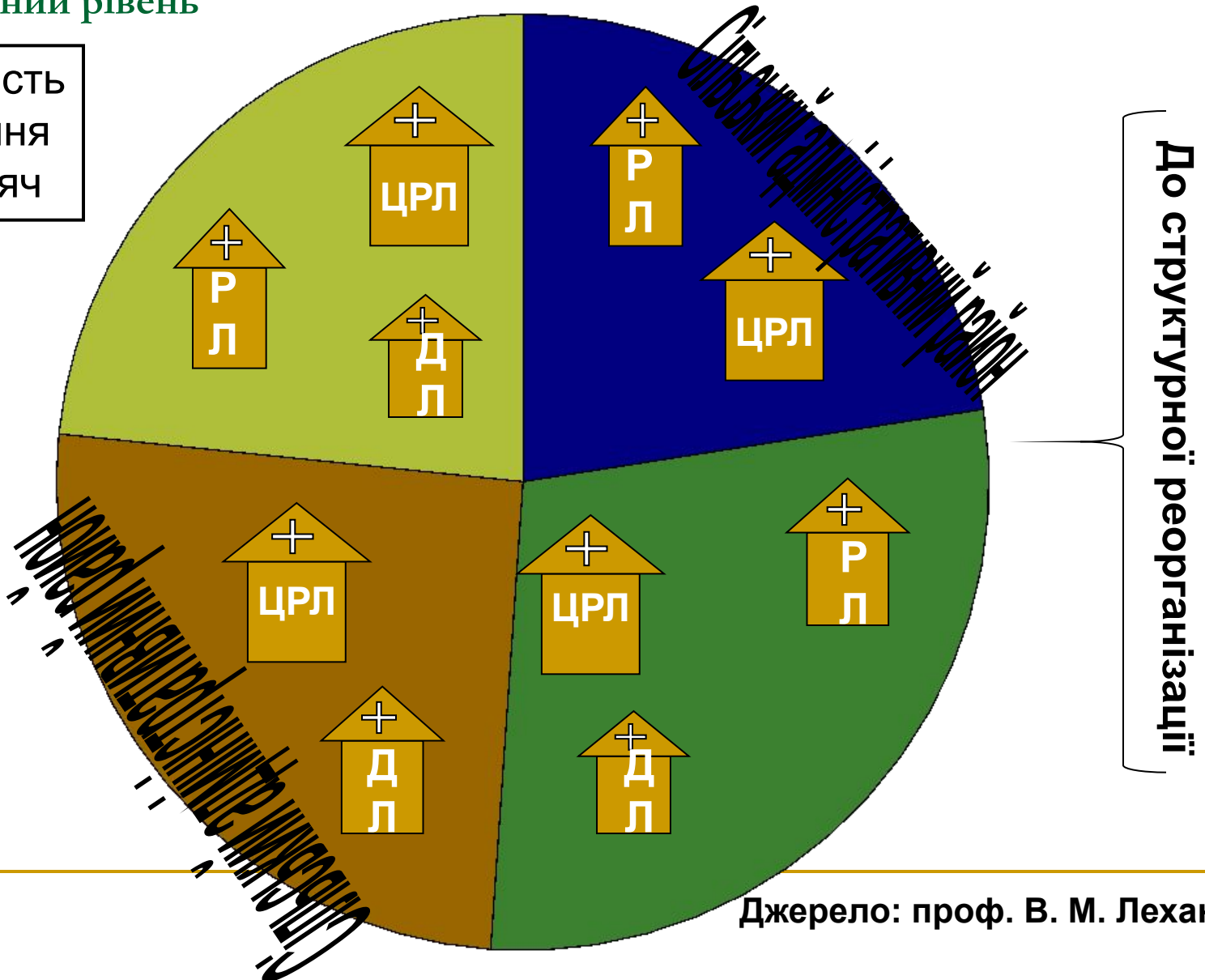


1. **Структурна реорганізація (оптимізація мережі):**
 - скорочення кількості стаціонарних ліжок (у перспективі до 65 на 10000 населення)
 - розвиток альтернативних форм стаціонарної допомоги (денних, домашніх стаціонарів, хірургії одного дня)
 - спеціалізація лікарень в межах госпітальних округів (150-200 тис. мешканців): планується перепрофілювати існуючі лікарні так, щоб в кожному окрузі були:
 - багатoproфільна лікарня інтенсивної допомоги хворим з гострими станами,
 - заклади для проведення планового лікування,
 - заклади для реабілітаційного лікування,
 - заклади паліативної та хоспісної допомоги,
 - заклади медико-соціальної допомоги,
 - консультативно-діагностичний центр.

Структурна реорганізація

вторинний рівень

Чисельність
населення
150 тисяч

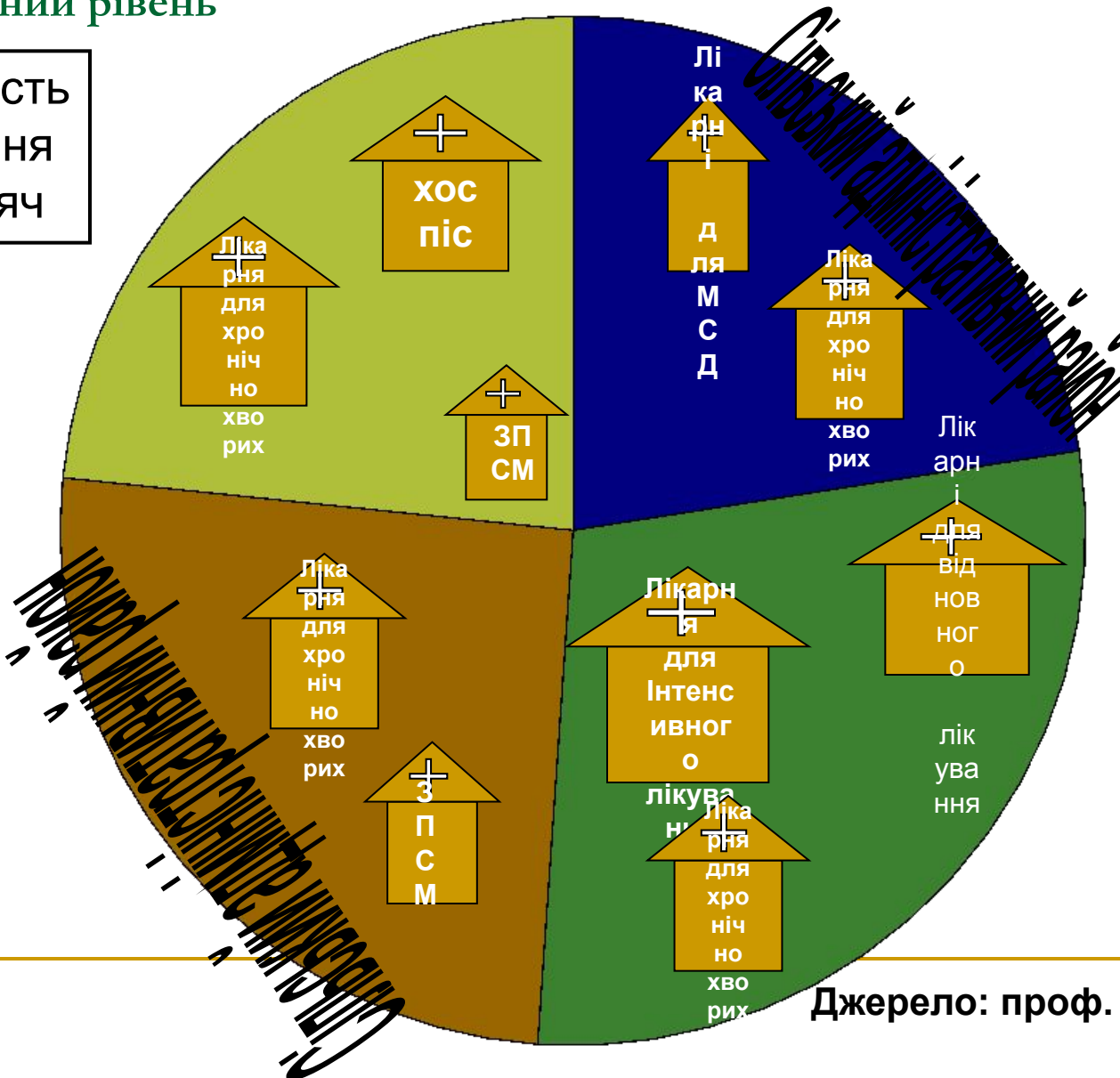


Джерело: проф. В. М. Лехан, 2009

Структурна реорганізація

вторинний рівень

Чисельність
населення
150 тисяч



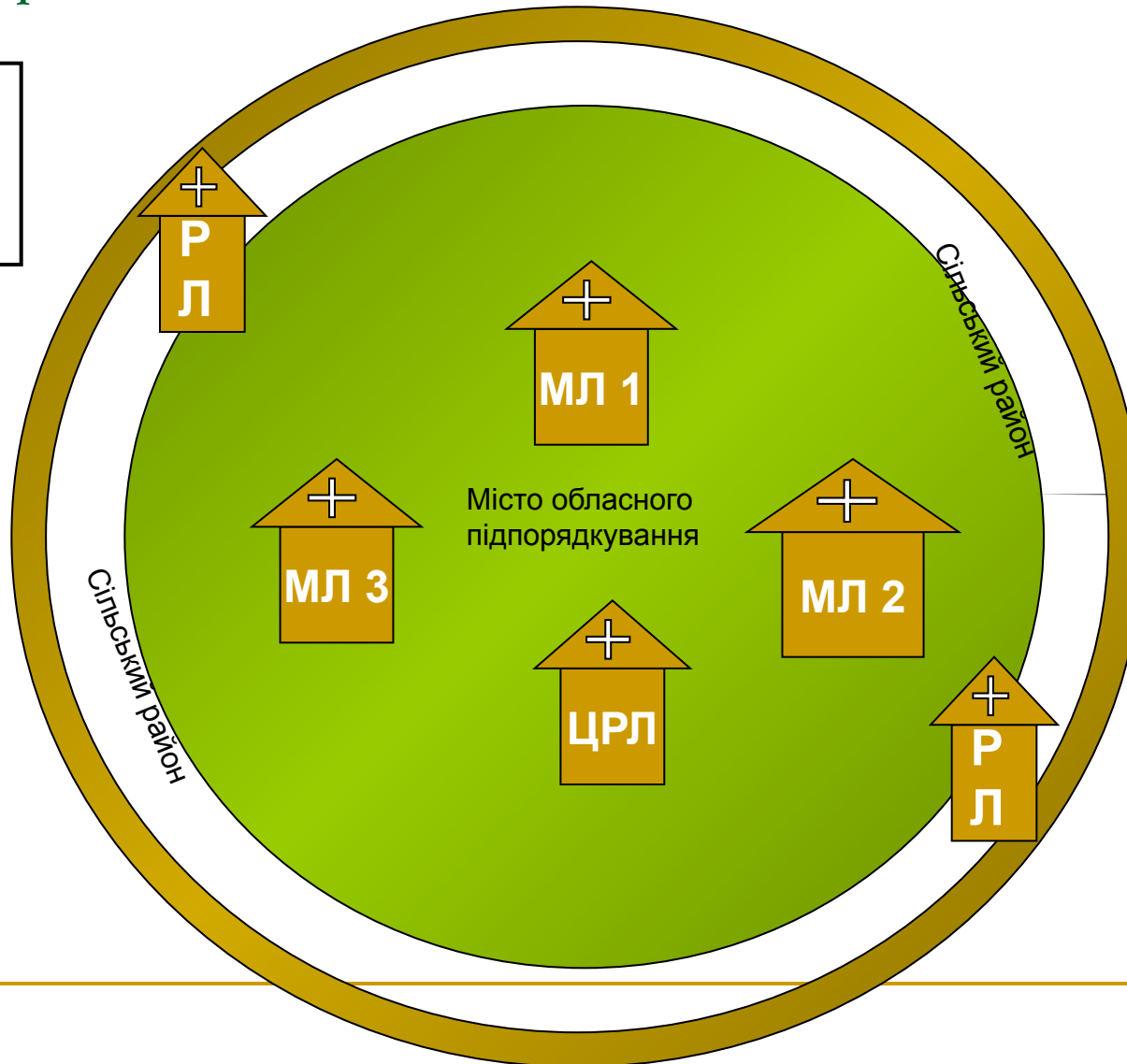
Після структурної
реорганізації

Джерело: проф. В. М. Лехан, 2009

Структурна реорганізація

вторинний рівень

Чисельність
населення
200 тисяч

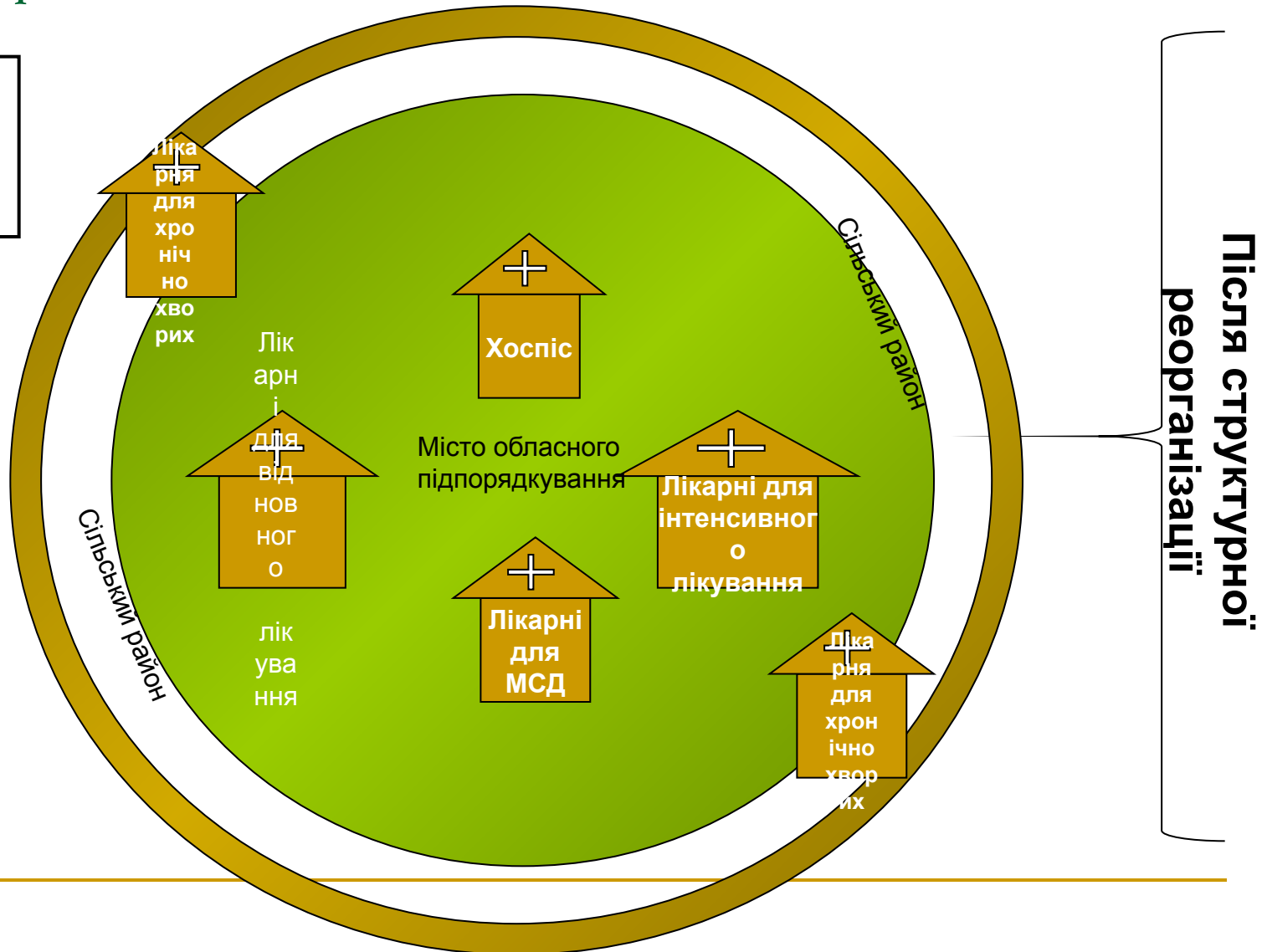


До структурної реорганізації

Структурна реорганізація

вторинний рівень

Чисельність
населення
200 тисяч



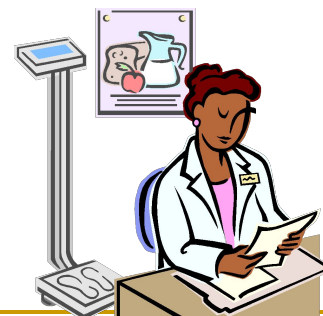


Заходи раціонального використання ліжкового фонду:

2. Функціональні заходи, спрямовані на скорочення термінів перебування у стаціонарі:

■ На догоспітальному етапі

- оптимізація госпіталізації - правильний відбір і обґрунтованість (планове поступлення – 80%, ургентне поступлення – 15-20%, самозвернення – 1-5%)
- підготовка планових хворих до госпіталізації в амбулаторно-поліклінічних закладах (обстеження, консультування)
- встановлення чітких взаємозв'язків між поліклініками та стаціонарами





Заходи раціонального використання ліжкового фонду:

2. *Заходи, спрямовані на скорочення термінів перебування у стаціонарі:*

■ *На госпітальному етапі*

- зведення до мінімуму дублювання досліджень, проведених перед госпіталізацією;
- інтенсифікація діагностичного та лікувального процесів із застосуванням найефективніших методик;
- своєчасна діагностика та лікування в стаціонарі основного і супутніх захворювань, ускладнень;
- організація диференційованого стаціонарного лікування (пости для важко хворих, палати інтенсивної терапії);
- впровадження комплексної системи контролю якості роботи стаціонару;
- централізація окремих процесів (стерилізація інструментарію, матеріалів, доставка медикаментів, білизни).

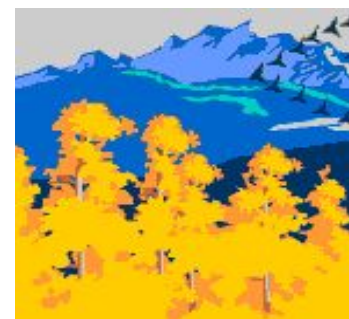




Заходи раціонального використання ліжкового фонду:

2. *Заходи, спрямовані на скорочення термінів перебування у стаціонарі:*

- *На постгоспітальному етапі*
 - доліковування в умовах домашнього та денного стаціонарів;
 - комплексне відновлювальне лікування;
 - санаторно-курортне лікування;
 - диспансерне спостереження.





Дякую за увагу!

