

Показники роботи Одеської обласної клінічної лікарні

Показники	1949	1990	2003	2004	2005	2006	2007	По Україні, 2006
Ліжковий фонд (кількість ліжок)	1060	1120	990	980	950	970	970	20 789
Кількість хворих	18 046	25 543	30 823	31 427	33 671	34 086	35 692	
Середня зайнятість ліжка за рік, дні		335,40	352,40	344,01	345,70	353,65	351,47	343,02
Середня тривалість перебування хворого, ліжко-дні	22,40	15,10	11,00	10,57	9,80	9,82	9,44	11,45
Ліжкообіг		22,30	33,15	34,80	35,26	36,01	37,23	29,95
Летальність, %		1,80	1,50	1,49	1,35	1,25	1,14	1,16
Кількість операцій		7584	12 191	12 183	13 553	13 795	14 128	286 291
Хірургічна активність, %		58,40	67,70	70,42	71,86	71,76	71,30	
Післяопераційна летальність, %		1,90	1,10	0,99	0,84	0,78	0,74	0,99

зі лікарні розташовані 7 кафедр, а саме:

— кафедра акушерства та гінекології № 1 (акад. АМН України В. М. Запорожан);

— кафедра анестезіології та інтенсивної терапії (проф. П. М. Чуєв);

— кафедра внутрішньої медицини № 1 із курсом серцево-судинної патології (проф. Ю. І. Карпенко);

— кафедра хірургії № 1 (проф. В. В. Грубнік);

— кафедра урології і нефрології (проф. М. І. Ухаль);

— кафедра нейрохірургії з циклом неврології (проф. А. С. Сон);

— кафедра оториноларингології (проф. С. М. Пухлік).

На цій же базі розміщуються кілька циклів кафедр, зокрема ортопедії та травматології, пульмонології, внутрішньої медицини № 3 та ін.

Головними лікарями Одеської обласної лікарні у свій час працювали досвідчені організатори охорони здоров'я нашого регіону: Е. М. Ланда (1948–1949), А. О. Теслик (1949), С. П.

Бойко (1950–1952), І. П. Пелявський (1952–1954), К. С. Терновий (1954–1970), М. А. Йожиця (1970–1981), В. П. Гоголенко (1981–2001), Н. Ф. Гоженко (2001–2005).

Із серпня 2005 р. Обласну клінічну лікарню очолює канд. мед. наук, доц. С. В. Калинчук.

Сьогодні триває процес реорганізації структури Обласної клінічної лікарні з метою оптимізації її діяльності для забезпечення населення Півдня України високоспеціалізованою якісною медичною допомогою.

УДК 614.876:616-066

В. С. Лапай, В. О. Полясний, М. Р. Баязітов, С. П. Стрільцова

МЕДИЧНА ДОПОМОГА: ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ

Одеський державний медичний університет,
Одеська обласна клінічна лікарня

Реформування системи медичної допомоги в Україні передбачає вирішення такого важливого питання, як забезпечення населення гарантованим обсягом медичної допомоги [1]. Однією з найважливіших ланок загальної системи подання гарантованої медичної допомоги є лікувальні заклади обласного та регіонального рівнів.

Сьогодні Одеська обласна клінічна лікарня (ООКЛ*) за своїми кількісними характеристика-

ми — кількістю ліжок, спектром подання медичних послуг — належить до найпотужніших медичних закладів України. Зокрема, загальна кількість ліжок, за станом на перше квітня 2008 р., становить 980.

Як багатопрофільний лікувальний заклад, ООКЛ потребує багатофакторного аналізу своєї діяльності для оцінки перспективи розвитку. Прогнозування розвитку відповідної спеціалізації ліжкового фонду лікарні проводиться на базі розробленої моделі з урахуванням особливостей регіональної системи охорони здоров'я й відпо-

*Сайт ООКЛ: <http://www.mednet.odessa.ua/index.php?p=ruk&l=>



відно до реальної динамічної соціально-демографічної ситуації в регіоні [2].

Метою даної роботи було узагальнення аналітичних даних щодо ефективності подання медичної допомоги пацієнтам на базі ООКЛ і визначення подальших шляхів її розвитку.

Матеріали та методи дослідження

У роботі використано статистичні дані діяльності ООКЛ та окремих її підрозділів, порівняльно-історичний, системний багатофакторний і логічний методи аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення

Сьогодні в ООКЛ 11 відділень, діяльність яких спрямована на забезпечення медичною допомогою в найбільш актуальних напрямках (рис. 1).

Кількість ліжок в окремих відділеннях становить від 30 (нефрологічне) до 60 (неврологічне, кардіологічне). Причому ортопедотравматологічне відділення працює також у режимі центру антирабічної допомоги. Подібні функціональні обов'язки відповідних центрів виконуються в офтальмологічному відділенні (центр офтальмологічної патології), пульмонологічному відділенні (алергологічний центр).

Оскільки медичний центр є фактично кінцевою структурою подання спеціалізованої медичної допомоги, найвищою ланкою експертної оцінки її якості [5], то, на нашу думку, саме на рівні центру виконується вимога щодо формування відповідного науково обґрунтованого стандарту медичного сервісу. На базі ООКЛ організовано та налагоджено ефективну роботу кількох центрів спеціалізованої медичної допомоги (рис. 2). Ко-

ливання ліжкового фонду в окремих центрах є значними і віддзеркалюють наявні потреби населення регіону, наприклад, заснований у 2006 р. регіональний центр кардіохірургії має у своєму розпорядженні 20 ліжок, тимчасом як перинатальний центр — 210 ліжок.

Доцільність апробації та подальшого розвитку стандартизації медичних послуг визначена Законом України від 05.10.00 р. № 2017-111 «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії», іншими законодавчими документами України щодо охорони здоров'я та наказами МОЗ України [1]. У практику охорони здоров'я України протягом останніх років упроваджуються стандарти подання як стаціонарної, так і амбулаторно-поліклінічної допомоги. Наказом МОЗ України від 27.07.97 р. введено «Тимчасові галузеві уніфіковані стандарти медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України» та «Тимчасові стандарти обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критеріїв лікування дітей». Згідно з галузевим наказом від 28.12.02 р. № 507, впроваджуються стандарти подання амбулаторно-поліклінічної допомоги [6–9].

Слід зазначити, що одним із стратегічних напрямків подальшого позитивного розвитку ООКЛ і регіональної системи в цілому є удосконалення та широке використання ресурсозберігаючих технологій, до яких належить організація роботи денного стаціонару, удосконалення діяльності амбулаторно-поліклінічної служби. Ця форма подання медичних послуг дає можливість обстежувати планових хворих на догоспітальному етапі, проводити реабілітацію в післяшпитальному

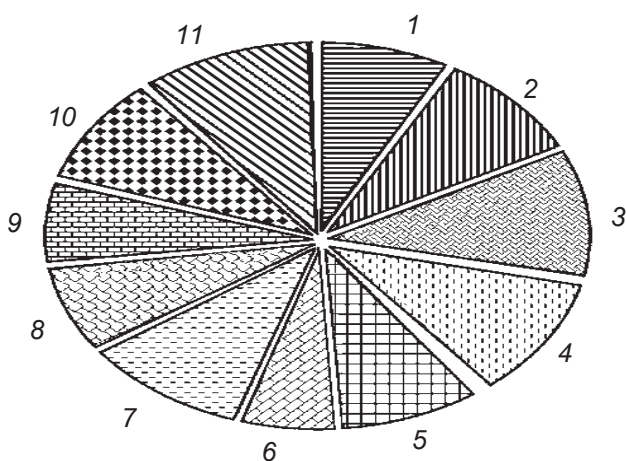


Рис. 1. Розподіл ліжок (загальною кількістю 530) між відділеннями ООКЛ: 1 — хірургічне; 2 — гематологічне; 3 — кардіологічне; 4 — неврологічне; 5 — нейрохірургічне; 6 — нефрологічне; 7 — ортопедотравматологічне; 8 — оториноларингологічне; 9 — офтальмологічне; 10 — пульмонологічне; 11 — урологічне

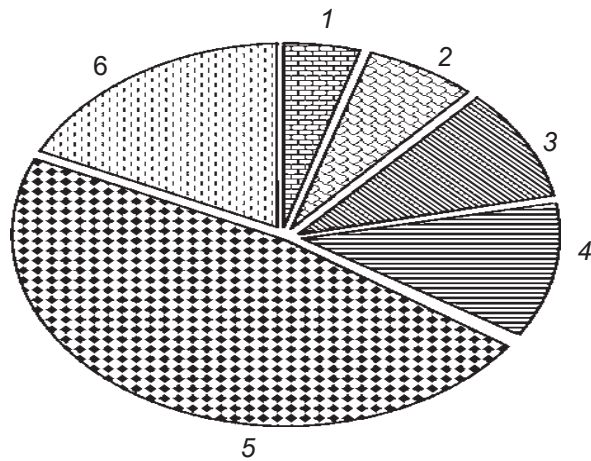


Рис. 2. Розподіл ліжок у центрах спеціалізованої медичної допомоги, які працюють на базі ООКЛ (загальна кількість 365): 1 — кардіохірургія; 2 — трансплантація нирки; 3 — торако-пульмонологічний центр; 4 — хірургічний центр; 5 — перинатальний центр; 6 — планування сім'ї

Примітка. Хірургічний центр включає гастроентерологічний центр, центр хірургічної ендокринології, центр хірургічної паразитології.

періоді, тому при цілодобовому навантаженні ліжка відзначається значний економічний ефект. Особливо перспективним є подальше збільшення кількості ліжок денного стаціонару, перш за все кардіологічного й урологічного профілю.

Відповідно до зазначеної нормативної бази, в ООКЛ приділяється увага розвитку амбулаторно-поліклінічної служби. Поліклінічне відділення ООКЛ обслуговує 500 відвідувань за зміну, консультування хворих проводиться за 20 профілями висококваліфікованими лікарями-спеціалістами.

Нині ООКЛ є головним закладом, який подає населенню висококваліфіковану хірургічну допомогу. Протягом 2007 р. виконано 16 507 операцій, що на 10,6 % більше відповідного показника, зареєстрованого в 2005 р. (рис. 3). Значно зросла кількість операцій, виконаних у дітей, — порівняно з даними за 2005 р., більше ніж у п'ять разів.

У структурі хірургічних втручань слід відзначити високу кількість операцій, проведених на органах травлення, — 20,6 % від загальної кількості операцій (рис. 4). Причому найбільше подібного виду втручань виконано з приводу хронічного холециститу (327 втручань, з яких у 322 випадках при жовчнокам'яній хворобі), а також при незащемленій грижі (303 втручання).

Також велику кількість втручань виконано з приводу захворювань жіночої статеві системи й акушерських операцій (відповідно 14,05 і 19,74 % від загальної кількості операцій за 2007 р.) (див. рис. 4). Викликає занепокоєння значна кількість оперативних вишкрібань матки (1169), що, однак, була меншою порівняно з показниками за 2005–2006 рр. (на 1,0 %). Слід також зазначити, що проведено чимало операцій на кістково-м'язовій системі — 8,4 % від загальної кількості оперативних втручань. Відзначається позитивна динаміка зростання кількості вказаних типів операцій впродовж останніх двох років.

У 2007 р. зросла частота виконання хірургічних втручань на серці, яка характеризувалася виразною тенденцією до збільшення за останні два роки — за 2006 р. порівняно з 2005 р. на 17,0 %, а у 2007 р. порівняно з 2005 р. — в 1,64 разу. Кількість кардіохірургічних оперативних втручань зросла як за рахунок операцій на відкритому серці (у 9 разів порівняно з показником за 2006 р.), так і внаслідок збільшення кількості операцій із вживлення кардіостимулятора.

Таким чином, структура оперативних втручань має позитивний характер, при їх виконанні застосовуються найсучасніші технічні засоби — лазерна та криогенна апаратура, ендоскопічні технології.

Оцінка ефективності подання медичної допомоги оцінюється за багатьма параметрами, серед яких тривалість перебування хворого в стаціонарі — як до, так і після операції, що скоро-

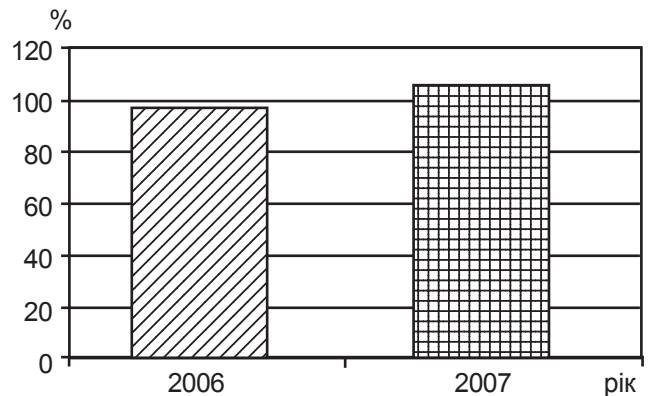


Рис. 3. Динаміка кількості хірургічних втручань, проведених на базі ООКЛ

Примітка. По осі ординат — загальна кількість хірургічних втручань за 2005 р., яка була прийнята за 100 %; по осі абсцис — відповідні показники за останні два роки.

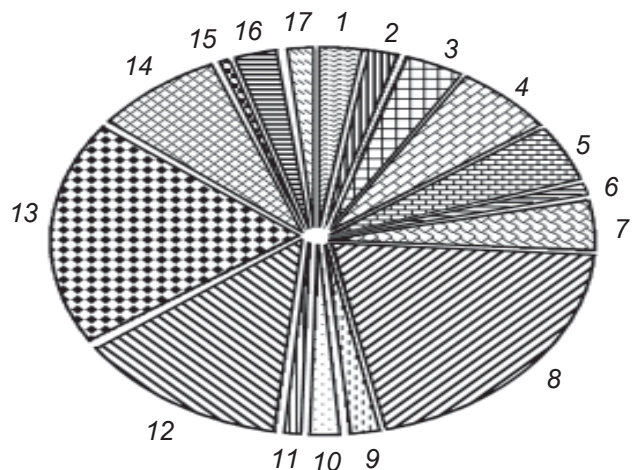


Рис. 4. Відносний розподіл окремих видів хірургічних втручань, виконаних протягом 2007 р. в ООКЛ: 1 — нервова система; 2 — ендокринна система; 3 — орган зору; 4 — ЛОР; 5 — органи дихання; 6 — серце; 7 — судини; 8 — органи травлення; 9 — непухлинна проктологія; 10 — нирки та сечовід; 11 — передміхурова залоза; 12 — жіночі статеві органи; 13 — акушерство; 14 — кістково-м'язова система; 15 — молочна залоза; 16 — шкіра; 17 — інші

тилася порівняно з 2006 р. на 13,1 та 12,5 % відповідно (рис. 5). Також значно зменшилася — більше ніж удвічі — кількість післяопераційних ускладнень (див. рис. 5).

Застосування найсучасніших і наукоємних технологій було б неможливим без науково-методичного консультування персоналу лікарні висококваліфікованими фахівцями з різних клінічних галузей — професорсько-викладацьким складом ОДМУ. Така співпраця практичного й академічного рівнів охорони здоров'я сприяла створенню відомих науково-практичних шкіл з акушерства та гінекології, загальної хірургії, лапароскопічної хірургії, терапії, нейрохірургії, уро-



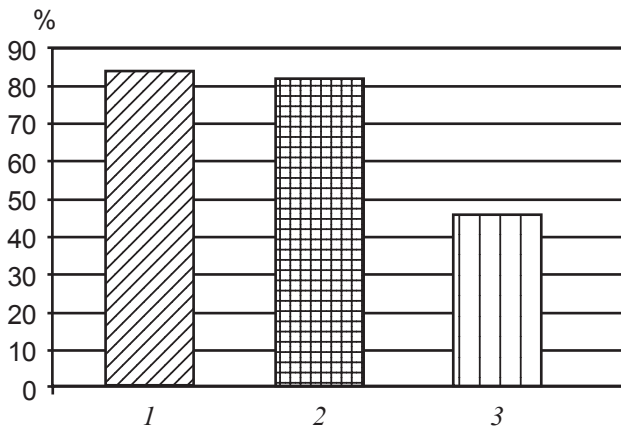


Рис. 5. Показники ефективності подання хірургічної допомоги за 2007 р.: 1 — ліжко-дні до операції; 2 — ліжко-дні після операції; 3 — ускладнення

Примітка. По осі ординат — досліджувані показники у відсотках по відношенню до зареєстрованих у 2006 р. (прийняті за 100 %).

логії тощо. Постійне спілкування з фахівцями такого рівня дозволяє дотримуватися високих сучасних світових стандартів у забезпеченні лікування та відновленні здоров'я громадян.

Для впровадження новітніх ресурсозберігаючих технологій важливим є прийняття Одеською обласною радою народних депутатів програми розвитку телемедицини в Одеському регіоні на період до 2010 р. Згідно з цією програмою, регулярно проводяться телемедичні консультації віддалених медичних установ — як у плановому, так і в ургентному порядку. Результати діяльності в цьому напрямку неодноразово доповідалися на авторитетних міжнародних і вітчизняних наукових форумах [3; 4].

Зокрема, набутий досвід проведення телемедичного консультування й аналіз отриманих даних дозволили дійти висновку, що кількість небажаних наслідків лікування пацієнтів, які отримували екстрене (ургентне) телемедичне консультування за 2006 р., становила 10,6 %, а це більше ніж удвічі менше порівняно з аналогічним показником у групі пацієнтів, яким проводилося традиційне лікування ($P < 0,05$).

Аналогічний показник у пацієнтів, яким телемедичне екстрене консультування проводилося в першій половині 2007 р., становить 5,7 %, що також майже вдвічі менше, ніж у пацієнтів, яких консультували в 2006 р. ($P < 0,05$). Причому за цей період часу відбулося значне зростання основних видів ургентного консультування, яке за основними показаннями до таких консультацій (травми, гострі серцево-судинні стани та проблеми в пологах) становило від 25,0 до 35,3 % (рис. 6).

На основі порівняльної оцінки ефективності видів телемедичного консультування в різні періоди впровадження телемедичного проекту в Одеському регіоні можна дійти висновку про те,

що зазначене ургентне консультування з передаванням результатів інструментального обстеження пацієнтів є високоефективною діагностичною технологією, яка дозволяє визначити екстрені показання до оперативного втручання [3; 4].

Зважаючи на високий рівень технічного оснащення лікувально-діагностичного процесу в ООКЛ, на перший план сьогодні виступають проблеми лікарняного (шпитального) менеджменту, тобто науково обгрунтовані принципи управління персоналом, з метою найбільш якісного подання відповідних медичних послуг населенню регіону. Тому в полі зору знаходяться питання підвищення кваліфікації працівників, набуття ними нових і корисних навичок у роботі з сучасним медичним обладнанням.

В організаційно-методичному забезпеченні лікувальної роботи в ООКЛ домінуючим є акцент на лікувально-відновному процесі як елементарній складовій, що визначає ефективність медичної допомоги. Ще важливішою є профілактика захворювань, а також пропаганда здорового способу життя, використання в діяльності лікарні сучасних технічних та інформаційно-технологічних засобів.

Таким чином, прийняття оптимальних управлінських рішень на основі системного аналізу ситуації з урахуванням важливих для здоров'я населення факторів сприяє створенню єдиної системи подання хворим якісної медичної допомоги, ефективному використанню наявних матеріально-технічних і кадрових ресурсів, впровадженню новітніх високоефективних технологій.

Висновки

1. Організаційно-методичне вдосконалення процесу подання спеціалізованої медичної допомоги населенню передбачає вивчення й урахування матеріально-технічних ресурсів від-

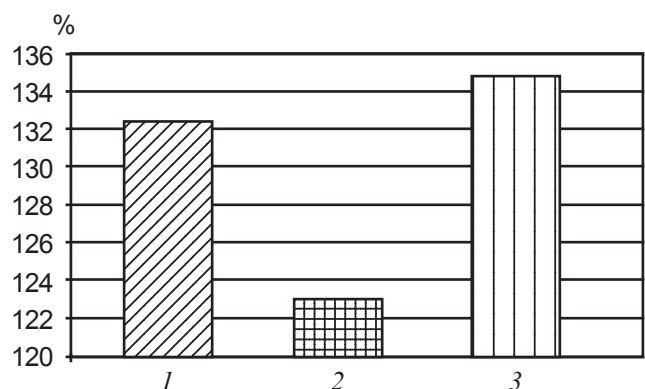


Рис. 6. Показники телемедичного консультування хворих у 2007 р.: 1 — травма; 2 — серцево-судинні захворювання; 3 — патологія в пологах

Примітка. По осі ординат — кількість ургентних консультацій у % по відношенню до відповідного показника за друге півріччя 2006 р. (100 %).

повідно до нагальної потреби та соціально-демографічного стану як Одеського регіону, так і Півдня України в цілому.

2. Подальше підвищення якості медичної допомоги, а значить покращання якості життя пацієнтів, тісно пов'язані з впровадженням методів сучасних інформаційно-технічних інтегративних рішень, використанням новітніх високоефективних технологій у роботі лікаря.

ЛІТЕРАТУРА

1. Закон України від 5 жовтня 2000 р. № 2017-111 «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» // Відомості Верховної Ради. — 2000. — № 48. — С. 409.

2. Пат. 30599 Україна, МПК 2006 G 09 B 23/28. Спосіб моделювання регіональної системи охорони здоров'я / Калинин С. В., Баязітов М. Р. — № а 200507504 ; заявл. 28.07.05 ; опубл. 11.03.08, Бюл. № 5.

3. Калинин С. В. Аналіз результатів телемедичного консультування населення Одеського регіону / С. В. Калинин, М. Р. Баязітов // Одес. мед. журнал. — 2006. — № 6. — С. 7-10.

4. Калинин С. В. Плановое телемедицинское консультирование и оценка ее эффективности / С. В. Калинин // Интегративна антропология. — 2007. — № 2. — С. 51-54.

5. Лехан В. Методичні підходи до розробки медичних стандартів / В. Лехан, А. Гук — К. : Сфера, 2000. — 24 с.

6. Наказ МОЗ України від 28.12.02 р. № 507 «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги».

7. Наказ МОЗ України від 27.07.98 р. № 226 «Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України та Тимчасових стандартів обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критеріїв лікування дітей».

8. Розробка державних соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я (нормативи надання медичної допомоги в амбулаторно-поліклінічних закладах) : метод. рекомендації / В. М. Пономаренко, Т. С. Грузєва, А. В. Степаненко, Н. П. Ярош. — К., 2002. — 14 с.

9. Постанова Кабінету Міністрів України від 11 липня 2002 р. № 955 «Про затвердження Програми подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги».

УДК 618(477.74)(091)

С. Р. Галич, Л. Й. Гуменюк

АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНА СЛУЖБА: ІСТОРІЯ ТА СЬОГОДЕННЯ

Одеський державний медичний університет,
Одеська обласна клінічна лікарня

За 60 років свого існування акушерсько-гінекологічній службі Обласної клінічної лікарні (ОКЛ) вдалося стати справжнім Центром надання висококваліфікованої медичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим, гінекологічним хворим Одеської та інших областей Півдня України.

На сучасному етапі розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я саме цей заклад, постійно вдосконалюючи власні організаційно-структурні засади, здійснюючи організаційно-методичну роботу в містах і районах області, зумів вдало поєднати традиції вітчизняної пологодопомоги з надбаннями світової медичної практики, сучасними технологіями медичної допомоги жінкам і новонародже-

ним світового рівня з позицій доказової медицини та власними високотехнологічними науковими розробками.

Головним організаційним пріоритетом діяльності акушерсько-гінекологічної служби ОКЛ є зважена та раціональна взаємодія між безпосереднім керівництвом закладу, управлінськими організаціями вищих рівнів й іншими структурами, здатними до всебічної інтегративної співпраці. Мова йде, насамперед, про ефективну управлінську діяльність адміністрації лікарні за підтримки Управління охорони здоров'я та медицини катастроф обласної державної адміністрації, Міністерства охорони здоров'я України, адміністрації Одеського державного медичного університету із залучен-

ням світових медичних товариств, програм, фондів.

Акушерсько-гінекологічна служба ОКЛ є закладом III рівня надання допомоги і представлена: Обласним перинатальним центром (ОПЦ); Обласним центром планово-консультативної та невідкладної акушерсько-гінекологічної допомоги; Обласним центром планування сім'ї; гінекологічним відділенням ОКЛ і потужною лабораторно-діагностичною службою лікарні.

Означена структура формувалася впродовж усього періоду функціонування обласної лікарні та має певні історичні віхи.

До 1983 р. акушерсько-гінекологічна служба обласної лікарні, розташованої у той час на вул. Воробйова, була представлена лише гінекологічним від-

