

УДК 351.77+614.2 (575.2) (04)

МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СУЩЕСТВОВАВШИХ ФОРМ ОРГАНИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ВЕДОМСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Р. Я.-оглы Ширванский

Приведены данные по развертыванию хирургических коек на уровне линейного и узлового звеньев ведомственного здравоохранения и их целесообразность с экономической точки зрения.

Ключевые слова: ведомственное здравоохранение; первичная медико-санитарная помощь; хирургические койки; хирургическая помощь.

В ходе оптимизации и реорганизации здравоохранения Республики Казахстан были сокращены до минимума учреждения для оказания первичной медико-санитарной помощи населению. В то же время ведомственное здравоохранение (акционированное) на железной дороге не только сохранило имеющуюся сеть объектов первичной медико-санитарной помощи, состоящую из фельдшерско-акушерских пунктов, лечебно-врачебных амбулаторий, здравпунктов на предприятиях и медпунктов вокзалов, но и усилило ее путем введения должностей разъездных врачей и разъездных фельдшеров по железной дороге. В настоящее время разъездные врачи не только выполняют функции участкового или семейного врача, но и иногда полностью заменяют их [1–3].

Целью данного исследования явилось изучение эффективности системы оказания хирургической помощи работникам железнодорожного ведомства в условиях ПМСП.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе 17 железнодорожных больниц, преобразованных в открытые акционерные общества “Медицинская служба транспорта”, “Центральная дорожная больница” и “Учебно-клинический центр”. Больницы расположены в областных центрах республики и городах Алматы, Астана, преимущественно на территории железнодорожных станций, в местах дислокации предприятий железнодорожного транспорта и компактного проживания железнодорожников. Территория обслуживания охватывает, помимо железнодорожных узлов, линию

всей железной дороги с расположенными на ней малыми населенными пунктами – малыми станциями, разъездами, околотками.

Состав населения, проживающего в зоне обслуживания базовых лечебно-профилактических учреждений составлял: работающее население – 142 540; неработающее население – 186 416; в том числе дети – 61 973; всего: 328 956 человек.

В структуре населения 43,3 % составили лица трудоспособного возраста, 56,7 % – неработающее население, в том числе 33,2 % – дети.

Собственные результаты и их обсуждение.

Ранее хирургическая помощь данному населению оказывалась сетью линейных, узловых, отделенческих и дорожных больниц общим количеством объектов 62 (44 линейных и узловых больниц, 15 отделенческих и 3 дорожных больниц). В этот период прослеживалась тенденция постепенного расширения коечного фонда хирургических стационаров. Наряду с увеличением коечной мощности и расширением специализации хирургических коек наиболее крупных отделенческих и дорожных больниц открываются хирургические койки в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) сельского звена – линейных и узловых больницах. Данная тенденция была обусловлена необходимостью максимального приближения хирургической помощи к населению малых населенных пунктов железной дороги.

В общем количестве хирургических коек отмечался рост хирургических коек ЛПУ низшего звена – линейных и узловых больниц, доля хирургических коек отделенческих больниц оставалась на постоянном уровне.

Таблица 1

Показатели работы хирургического отделения линейной больницы ст. Уш-Тобе

Показатель	1992	1993	1994
Количество коек	10	10	10
Количество штатных единиц	12,5	12,75	13,0
Поступило больных	141	158	149
Выписано больных	138	154	147
Переведено в другие ЛПУ (отделенческие и дорожные больницы), чел.	15 (10,6 %)	19 (12 %)	19 (12,7 %)
Проведено койко-дней	2001	2215	2045
Средняя длительность лечения	14,5	14,3	13,9
Оборот койки	13,8	15,4	14,7
% выполнения плана койко-дней	58,8	65,1	60,1
Работа койки (дней в году)	200,1	221,5	204,5
Количество операций на одного врача	18	26,8	21,6
Хирургическая активность, %	32,6	43,5	36,7
Летальность	0,5	0,7	0,7

Таблица 2

Сравнительная характеристика соотношения различных видов оперативных вмешательств в линейных и узловых больницах, %

Вид оперативного вмешательства	Линейные больницы	Узловые больницы
Операции на органах брюшной и грудной полости	2,5	14,5
Операции на наружных грыжах живота	3,4	10,4
Операции на мочеполовых органах	0,9	5,2
Операции на сосудах	0,2	1,3
Операции при доброкачественных опухолях мягких тканей	18,7	15,7
Первичная хирургическая обработка ран	29,8	19,8
Операции по поводу нагноительных заболеваний мягких тканей	4,2	30,0
Прочие операции	4,3	3,1
ВСЕГО:	100	100

Анализ медико-статистических показателей работы хирургических коек линейного и узлового звена показал недостаточную их эффективность. Так, несмотря на неуклонный рост их количества, занятость койки оставалась достаточно низкой. Коэффициент использования коечного фонда хирургических отделений не превышал 60–62 %.

Изначально хирургические койки, развернутые на базе линейных и узловых больниц, были ориентированы на оказание неотложной хирургической помощи при острых хирургических заболеваниях, травмах и несчастных случаях на производстве работникам предприятий желез-

нодорожного транспорта, дислоцированных на линии железной дороги, – дистанций путевого хозяйства, энергоснабжения, сигнализации и связи. Но при этом следует отметить, что при планировании коечного фонда линейных и узловых больниц – численность обслуживаемого населения, хирургическая заболеваемость, наличие в зоне обслуживания линейных и узловых железнодорожных больниц хирургических стационаров территориального здравоохранения и др. приоритетной задачей было приближение хирургической помощи. Так, при наличии контингента обслуживаемого населения линейной больницы в среднем 1800–2500 человек, количество развернутых коек

составляло 10–15 коек, что превышало среднюю обеспеченность хирургическими койками сельского населения в 8–9 раз.

Эффективность работы хирургических коек линейного и узлового звена можно рассмотреть на примере типичной линейной больницы станции Уш-Тобе в период с 1993 по 1995 г. (табл. 1):

Как видно из табл. 1 работу хирургических коек линейной больницы характеризуют низкая загруженность, низкий оборот койки, большая доля больных, переведенных для дальнейшего лечения на следующие этапы хирургической помощи, низкая хирургическая активность и нагрузка на хирурга.

При анализе объема хирургической помощи выявлено следующее:

1) 56,5–67,4 % больных получали консервативное лечение;

2) 85,6–92,1 % оперативных вмешательств составили операции по поводу гнойно-воспалительных заболеваний, травм и доброкачественных опухолей мягких тканей (что, по существу, является объемом амбулаторной хирургической помощи);

3) 10–13 % больных (больные, нуждавшиеся в специализированной хирургической помощи) были переведены на следующий этап хирургической помощи, т.е. хирургическая помощь на линейном уровне ограничивалась неотложной помощью – первичная диагностика, остановка кровотечения, противошоковая терапия, иммобилизация и подготовка к транспортировке.

В табл. 2 приведены данные среднего соотношения различных видов хирургических вме-

шательств в линейных и узловых больницах за период с 1986 по 1996 г. Из табл. 2 видно, что, несмотря на расширение объема хирургических вмешательств в узловых больницах по сравнению с линейными, в целом число вмешательств, выполняемых на линейном и узловом уровне, составляют операции “малой” (амбулаторной) хирургии от 93,2 до 69,2 %.

На низкие показатели работы хирургических коек данного уровня оказали влияние не только уровень материально-технического и кадрового обеспечения, но и недостаточная востребованность коек у населения.

Таким образом, развертывание хирургических коек на уровне линейного и узлового звеньев ведомственного здравоохранения было, по нашему мнению, нецелесообразно с экономической точки зрения, хотя это позволило частично решить проблему приближения хирургической помощи к населению.

Литература

1. *Жузжанов О.Т.* Проблемы и пути совершенствования системы управления здравоохранением республики в новых условиях. Алматы, 1991. 194 с.
2. *Ким С.В.* Проблемы стандартизации здравоохранения Республики Казахстан // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. Алматы, 2003. С. 3–6.
3. Сб. матер. по вопросам реформир. систем здравоохранения, представленных в программе “Здрав Плюс” (USAID). Алматы, 2001. С. 4–68.