

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

© 2016 С. М. Иванов, С. А. Меченков

*Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко
ОГБУЗ «Губкинская ЦРБ»*

Проводится анализ проблем организации травматологической помощи на региональном уровне (на примере Воронежской области), среди которых рассмотрены особенности трехуровневой организации травматологической помощи, в том числе, создания межрайонных отделений. Определены основные проблемные вопросы. Предложен комплекс мероприятий, направленных на повышение эффективности травматологической помощи в регионе.

Ключевые слова: организация травматологической помощи, региональная травматологическая служба, трехуровневая система организации медицинской помощи.

Изменения законодательства, повлекшие смену подведомственности муниципальных ЛПУ с переходом на уровень субъекта дают больше возможностей исполнительным органам государственной власти в сфере здравоохранения области для создания целостной трехуровневой системы организации медицинской помощи. С учетом того, что государственным приоритетом в Российской Федерации определен пациент и его право на охрану здоровья и медицинскую помощь, перед системой здравоохранения поставлены задачи по повышению доступности медицинской помощи, повышению качества оказания медицинской помощи, повышению обеспеченности квалифицированными медицинскими кадрами, что приведет к повышению качества и увеличению продолжительности и жизни населения, снижению смертности, увеличению рождаемости и пр. [1, 2].

Вместе с тем, в условиях дефицита финансирования необходимо проведение мероприятий по уменьшению неэффективных расходов и оптимизации финансовых потоков в здравоохранении. Одним из этапов реализации данного подхода является сокращение неэффективных стационарных коек, что уже предусмотрено поэтапным уменьшением объемов стационарной помощи в согласно утвержденной Программе государственных гарантий бесплатного оказа-

ния гражданами медицинской помощи на 2014 и плановые 2015 – 2016 годы.

В целом по РФ отмечается превышение рекомендуемых объемов по числу госпитализаций и по числу койко-дней практически по всем профилям (рис. 1).

Одной из проблем в совершенствовании здравоохранения в стране является организация медицинской помощи, в том числе травматологической помощи в сельской местности, имеющей ряд особенностей, среди которых можно выделить малое количество обслуживаемого населения, проживающего на достаточно большой территории; преобладание среди сельских жителей неработающих и пенсионеров; отсутствие у населения сельского района возможности полной реализации права выбора медицинского учреждения [3, 4].

Социально-экономические преобразования последних десятилетий осложнили доступность медицинской помощи сельскому населению, не улучшили качества и не повысили уровень ее организации. С начала 1990-х годов наметилось снижение ресурсного обеспечения сельского здравоохранения. Слабая лечебно-диагностическая база, низкая материально-техническая оснащенность, невысокий уровень развития информационных технологий – таков далеко не полный перечень современного состояния сельских лечебно-профилактических учреждений. Наряду с названными трудностями одной из серьезных проблем практического здравоохранения в современных условиях является низкая эффективность использования ресурсной базы. Анализируя реальные изменения, произошедшие в конце прошло-

Иванов Сергей Михайлович – ВГМУ им. Н. Н. Бурденко, к. м. н., соискатель, e-mail: ivanov-sergei1@yandex.ru.

Меченков Сергей Анатольевич – ОГБУЗ «Губкинская ЦРБ», заведующий травматологическим отделением e-mail: mechekov71@gmail.com.

го и начале нового столетия, можно сделать вывод, что процессы реформирования на практике идут медленно, а структурная эффективность системы лечебно-профилактической помощи в целом остается ниже ожидаемой. Необходимы повышение взаимодействия и преемственности в дея-

тельности всех звеньев системы, оптимизация ее работы, в т. ч. путем перераспределения объемов деятельности и ресурсной обеспеченности между медицинскими организациями [5-7].

Превышение рекомендуемых объемов

Превышение рекомендуемых объемов

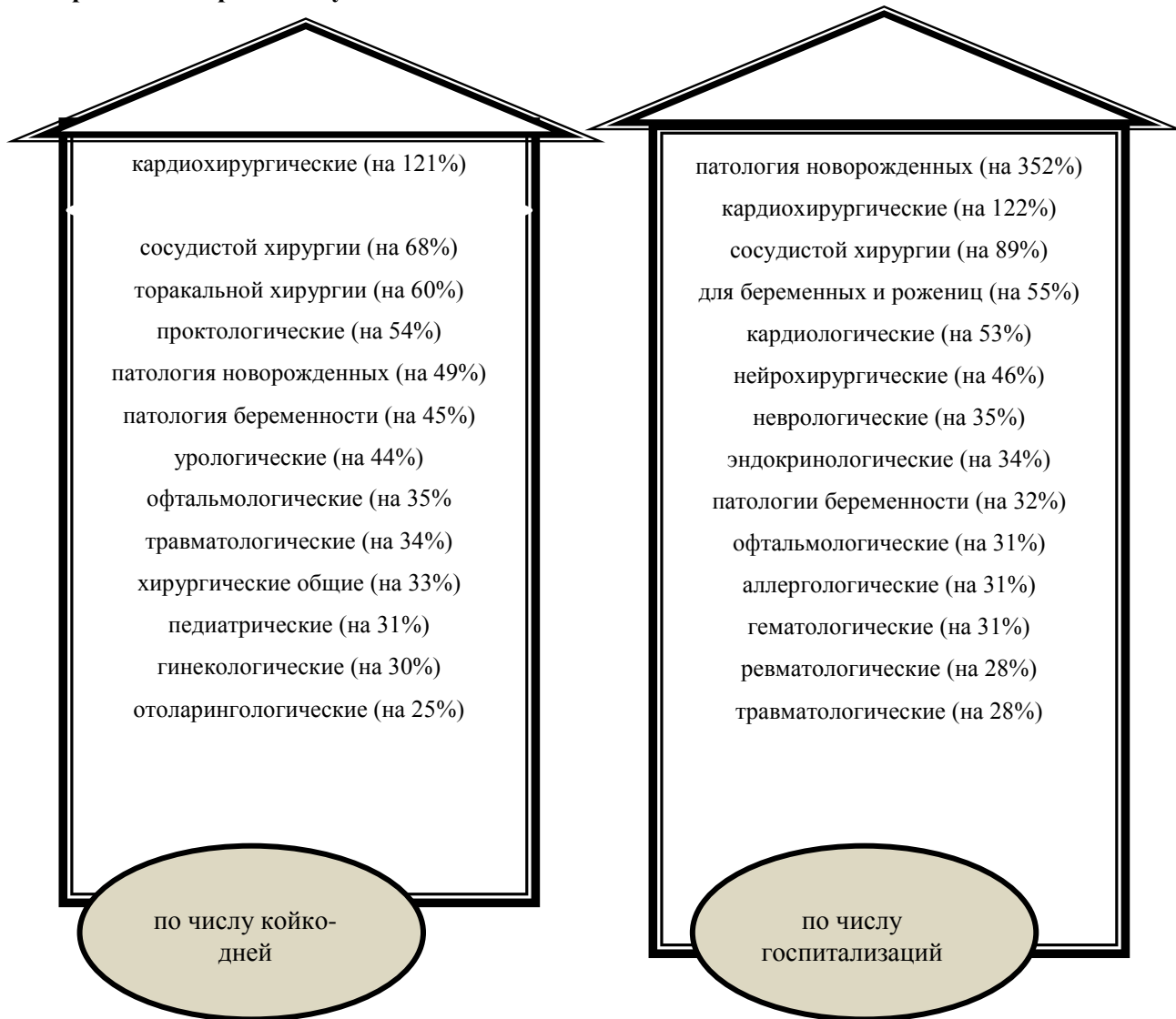


Рис. 1. Данные по РФ по рекомендуемым объемам по числу госпитализаций и по числу койко-дней в зависимости от профиля

Рассматривая систему организации стационарной помощи сельскому населению, можно выделить ряд проблем, включая такие, как низкий показатель полноты догоспитального обследования; несвоевременность госпитализаций, особенно в областные ЛПУ; тенденция к росту числа самостоятельных обращений сельских жителей в городские и областные, в том числе специализированные, стационары; высокий и нарастающий уровень экстренных госпитализа-

ций; значительный удельный вес необоснованных госпитализаций. Фактическое состояние сельских стационаров I и II уровней не соответствует предъявляемым требованиям ни по мощности, ни по материально-техническому оснащению, ни по составу и квалификации кадров и специализации коечного фонда. Специализированная стационарная помощь все больше смещается в областные и республиканские учреждения [1, 8].

В рамках структурной реорганизации медицинской помощи сельскому населению необходимо ограничить специализированную помощь в районной больнице (РБ), отдав приоритет специализированной стационарной помощи областным больницам и межрайонным центрам. В РБ I уровня акцент должен быть сделан на стационарную помощь общего профиля (терапевтический, хирургический, педиатрический, акушерско-гинекологический) с проведением плановых операций, не требующих высокотехнологичного медицинского оборудования.

Сокращение коечного фонда и числа госпитализаций между тем не является самоцелью, это инструмент оптимизации расходов в системе здравоохранения. Учитывая скромные лечебно-диагностические возможности, недостаток квалифицированных медицинских кадров, слабую материально-техническую базу и дефицит финансовых средств сельских лечебно-профилактических учреждений, особая роль в настоящее время отводится развитию специализированной консультативной медицинской помощи, в частности развитию передвижных форм лечебно-диагностической помощи и особенно созданию межрайонных консультативно-диагностических центров. Для повышения реальной роли межрайонных центров необходимо определить правильные формы взаимодействия и ответственности административных органов муниципальных образований, входящих в медико-санитарную зону («округ»), создать адекватную систему финансирования и соответствующую материально-техническую базу, обеспечить эффективное планирование и контроль деятельности межрайонных центров как одного из уровней системы оказания специализированной помощи жителям села.

Трехуровневая система организации медицинской помощи, в том числе и создание межрайонных подразделений, определена Государственной программой «Развитие здравоохранения Российской Федерации», однако, порядок организации подразделений II уровня, в том числе межрайонных стационарных отделений не определен на федеральном уровне и требует дополнительной проработки. Очевидно, что организация сети подразделений II уровня, особенно в сельской местности, зависит от множества факторов: имеющиеся сети и мощности медицинских организаций, транспортной инфраструктуры, исторически сложившихся потоков пациентов, наличия медицинских кадров, оснащен-

ности подразделений и т. д., однако моделирование сети в любом случае должно подчиняться законам нормирования и соответствовать действующему законодательству.

Таким образом, потребность в стандартизированной и понятной методике разработки модели организации подобной сети на уровне региона не вызывает сомнений.

Был проведен анализ сети межрайонных стационарных отделений по профилю «травматология и ортопедия» на примере Воронежской области.

На 01.09.2014 год в структуре учреждений здравоохранения Воронежской области функционирует 680 травматологических коек (в том числе 80 для детей) и 105 ортопедических (в том числе 40 для детей): БУЗ ВО «ВОКБ №1»: 55 травматологических, 35 ортопедических коек; БУЗ ВО «ВОДКБ №2» (детская) – 80 травматологических, 40 ортопедических коек; г. Воронеж – 185 травматологических, 30 ортопедических коек в трех стационарах; районы области – 360 травматологических коек в 12 стационарах.

Экстренная помощь больным с травмами оказывается амбулаторно и на хирургических койках всех ЦРБ.

С 01.01.2013 года приказом департамента здравоохранения созданы 7 межрайонных травматологических отделений на базах Бобровской, Борисоглебской, Калачевской, Лискинской, Павловской, Семилукской, Россошанской ЦРБ.

С 2008 года на территории области функционирует трехуровневая модель организации медицинской помощи пострадавшим при ДТП: травмоцентры I уровня – БУЗ ВО «ГКБСМП №10», БУЗ ВОКБ №1, БУЗ ВОДКБ №2; травмоцентры II уровня – 2 (БУЗ ВО «Бобровская ЦРБ», БУЗ ВО «Борисоглебская ЦРБ»); БУЗ ВО «Павловская ЦРБ»; травмоцентры III уровня – 5 (БУЗ ВО «Богучарская ЦРБ», БУЗ ВО «Верхнемамонская ЦРБ» БУЗ ВО «Лискинская ЦРБ», БУЗ ВО «Новоусманская ЦРБ») (табл. 1).

Все травмоцентры сконцентрированы вдоль федеральных трасс М-4 «Дон» и М-6 «Каспий» (табл. 1).

Скорая специализированная медицинская помощь оказывается в КУЗВО «Воронежский территориальный клинический центр медицины катастроф».

В результате исследования и анализа определены следующие проблемные вопросы:

1. Недостаточная доступность специализированной травматологической и ортопедической помощи населению, в том чис-

ле транспортная для жителей отдаленных районов.

2. Дефицит специалистов, преимущественно в сельских районах, обеспеченность

врачами травматологами и ортопедами составила в 2012 году 0,71 на 10000 населения (РФ – 0,88, ЦФО – 0,98).

Таблица 1

Данные о травмоцентрах Воронежской области

№ п/п	Бюджетные учреждения здравоохранения	Уровни травмацентров	Количество травмацентров
1	БУЗ ВО ГКБСМП №10	I	1
2	БУЗ ВОКБ №1	I	1
3	БУЗ ВОКБ №2	I	1
4	БУЗ ВО «Бобровская ЦРБ»	II	2
5	БУЗ ВО «Борисоглебская ЦРБ»	II	2
6	БУЗ ВО «Богучарская ЦРБ»	III	5
7	БУЗ ВО «Верхнемамонская ЦРБ»	III	5
8	БУЗ ВО «Лискинская ЦРБ»	III	5
9	БУЗ ВО «Новоусманская ЦРБ»	III	5
10	БУЗ ВО «Павловская ЦРБ»	II	2

3. Высокий уровень смертности пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) (2012 год: Воронежская область – 17,9, ЦФО – 12,6, РФ – 14,1). Высокий показатель больничной летальности пострадавших в результате ДТП: Воронежская область – 4,97 (2011), РФ – 4,4 (2011) на 100 тыс. населения.

4. Неполное соответствие оснащения травматологических отделений стандартами оснащения подразделений согласно порядкам оказания медицинской помощи.

5. Значительное расхождение по таким показателям как обеспеченность койками и врачами на население в разрезе РБ.

Считаем необходимым осуществить следующие изменения для повышения эффективности травматологической помощи [9-20]:

1) Создание сбалансированной эффективной модели сети межрайонных отделений травматологии и ортопедии;

2) повышение качества и доступности медицинской помощи сельскому населению по профилю «травматология и ортопедия»;

3) укрепление материально-технической базы и стандартизованное оснащение современным оборудованием учреждений здравоохранения;

4) уменьшение инвалидизации населения, повышения качества жизни после проведенного лечения;

5) повышение удовлетворенности населения медицинской помощью;

6) снижение показателя смертности от ДТП с 17,9;

7) снижение показателя больничной летальности пострадавших в результате ДТП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Проблемы здравоохранения промышленно развитого региона в современных условиях / И. Э. Есауленко, Г. Я. Клименко, В. Н. Созаева, О. Н. Чопоров. – Воронеж, Изд-во ВГУ, 1999. – 263 с.

2. Влияние социально-экономических факторов и образа жизни на здоровье населения в Воронежской области / В. П. Косолапов, Л. И. Летникова, Г. В. Сыч, М. В. Фролов, А. В. Сыч // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2015. – Т. 14. – № 4. – С. 820-828.

3. Системный анализ деятельности учреждений здравоохранения крупных социально-экономических центров / В. О. Гурдус, Д. И. Кича, А. И. Вялков, Г. Я. Клименко, О. Н. Чопоров // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2001. – Т. 4. – № 2. – С. 73-76.

4. Мурузов В. Х. Социально-гигиеническая характеристика врачебных кадров, занятых в сельском здравоохранении / В. Х. Мурузов, О. Н. Чопоров // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2003. – Т. 6. – № 2. – С. 9-12.

5. Медико-статистический анализ взаимосвязи показателей, характеризующих здоровье населения, с деятельностью региональных санаторно-курортных учреждений и их ресурсным обеспечением / А. Ю. Винюхин, И. Э. Есауленко, Г. Я. Клименко, О. Н. Чопоров // Прикладные информацион-

ные аспекты медицины. – 2002. – Т. 5. – № 1-2. – С. 84-90.

6. Ролдугин Г. Н. Оптимизация управленческого учета и ресурсоэффективности медицинского обслуживания населения лечебно-профилактическими учреждениями / Г. Н. Ролдугин, О. Н. Чопоров. – Воронеж, ВГТУ, 2003. – 175 с.

7. Опыт взаимодействия Воронежской государственной медицинской академии им. Н. Н. Бурденко и медицинской службы Черноморского флота РФ в рамках договора о сотрудничестве / И. Э. Есауленко, К. А. Терганов, Г. Я. Клименко, В. П. Гулов, О. Н. Чопоров // Здравоохранение Российской Федерации. – 2007. – № 2. – С. 49-50.

8. Рационализация управления региональными системами на основе использования методов системного анализа, информационных и ГИС-технологий / О. Н. Чопоров, Н. А. Гладских, С. С. Пронин, М. И. Чудинов, С. Н. Семенов, К. Л. Матюшевский // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2007. – Т. 10. – № 2. – С. 15-19.

9. Амвросов Д. Э. Прогнозирование качества жизни больных после перенесенной травмы нижних конечностей и результатов их лечения / Д. Э. Амвросов, О. Н. Чопоров // Врач-аспирант. – 2011. – Т. 44. – № 1.3. – С. 383-388.

10. Анализ травматизма у детей школьного возраста и пути его профилактики в современных условиях / Д. В. Вечеркин, В. А. Вечеркин, О. Н. Чопоров, М. В. Гаврилова // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2014. – Т. 13. – № 3. – С. 691-693.

11. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности медицинских сестер, занятых в стационаре областной клинической больницы, и пути ее профилактики с учетом их медико-социальных факторов риска / Н. Н. Стаценко, Н. Н. Чайкина, Г. Я. Клименко, Г. Н. Карпухин, О. Н. Чопоров. – Воронеж, 2014.

12. Использование балльной оценки для формирования интегрального показателя состояния здоровья населения / Г. Я. Клименко, И. Э. Есауленко, О. Н. Чопоров, В. П. Косолапов, Г. А. Шемаринов // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н. А. Семашко. – 2003. – № 9. – С. 18-22.

13. Классификация территориальных единиц региона по уровню заболеваемости

взрослого женского населения миомой матки и эндометриозом на основе геоинформационных технологий / Е. Н. Коровин, Н. Н. Кудинова, М. В. Фролов, О. Н. Чопоров // Information Technology Applications. – 2013. – № 4. – С. 74-81.

14. Методика формирования информационной базы данных для проведения многоуровневого мониторинга и классификационно-прогностического моделирования / О. Н. Чопоров, О. В. Золотухин, И. И. Манакин, С. В. Болгов // Вестник Воронежского института высоких технологий. – 2015. – № 14. – С. 19-24.

15. Методы стохастического программирования при выборе начального плана и управления лечением / К. А. Разинкин, Я. Е. Львович, О. Н. Чопоров, Е. Ружицки // Information Technology Applications. – 2013. – № 4. – С. 82-88.

16. Оптимизация управления функционированием медицинских систем различного уровня / О. Н. Чопоров, И. Я. Львович, К. А. Разинкин, А. А. Рындин // Системы управления и информационные технологии. – 2013. – Т. 53. – № 3. – С. 100-104.

17. Применение статистических методов прогнозирования и гис-технологий для мониторинга системы регионального здравоохранения / Н. А. Гладских, В. А. Голуб, С. Н. Семенов, О. Н. Чопоров // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Системный анализ и информационные технологии. – 2008. – № 1. – С. 111-116.

18. Чопоров О. Н. Алгоритмизация интеллектуального анализа данных о распространенности заболеваний на региональном и муниципальном уровнях / О. Н. Чопоров, О. В. Золотухин, С. В. Болгов // Моделирование, оптимизация и информационные технологии. – 2015. – № 2 (9).

19. Чопоров О. Н. Особенности применения методов интеллектуального анализа данных и многоуровневого мониторинга при решении задачи рационализации медицинской помощи / О. Н. Чопоров, С. В. Болгов, И. И. Манакин // Моделирование, оптимизация и информационные технологии. – 2015. – № 1 (8).

20. Choporov O. Technique of information database formation for carrying out multilevel monitoring and classificatory-and-forecasting modeling / O. Choporov, A. Kurotova, I. Manakin // Information Technology Applications. – 2015. – № 1. – С. 111-123.

WAYS OF IMPROVING ORGANIZATION OF SPECIALIZED TRAUMA CARE

© 2016 C. M. Ivanov, S. A. Mechenkov

*Voronezh State Medical University of NN Burdenko
Gubkin Central District Hospital (CDH)*

The authors examine the issues of trauma care organization at the regional level (in Voronezh region), including the features of a three-level trauma care organization and creation of inter-district offices among others. The article reveals the main problems and offers a set of measures aimed at improving the effectiveness of trauma care in the region.

Keywords: organization of trauma care, regional trauma care, three-level system of medical care.