

СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ДЕРМАТОЗАМИ

А.А. КУБАНОВА, А.А. МАРТЫНОВ, М.М. БУТАРЕВА

Hospitalization replacement technologies in rendering specialized medical aid to patients suffering from dermatoses

А.А. KUBANOVA, А.А. MARTYNOV, М.М. BUTAREVA

Об авторах:

А.А. Кубанова — директор ФГУ «ГНЦДК Минздравсоцразвития России», г. Москва, академик РАМН, д.м.н., профессор

А.А. Мартынов — ведущий научный сотрудник отдела дерматологии ФГУ «ГНЦДК Минздравсоцразвития России», г. Москва, д.м.н., доцент

М.М. Бутарева — заведующий дневным стационаром ФГУ «ГНЦДК Минздравсоцразвития России», г. Москва, к.м.н.

Представлены материалы об оказании специализированной (высокотехнологичной) медицинской помощи больным хроническими дерматологическими заболеваниями в условиях стационарзамещающих технологий. Показана целесообразность организации дневного стационара для больных дерматологического профиля.

Ключевые слова: дневной стационар, стационарзамещающие технологии, специализированная (высокотехнологичная) медицинская помощь, Государственный научный центр дерматовенерологии.

The authors present materials describing the administration of specialized (high-end) medical aid to patients suffering from chronic dermatological diseases under the conditions of hospitalization replacement technologies. They demonstrate the expediency of organizing a daytime inpatient department for dermatological patients.

Key words: daytime inpatient department, hospitalization replacement technologies, specialized (high-end) medical aid, State Research Center for Dermatology and Venereology.

Условием эффективного развития системы здравоохранения на современном этапе является широкое внедрение и активное использование малозатратных ресурсосберегающих технологий.

В соответствии с Планом мероприятий по реализации «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки Российской Федерации на период до 2010 г.» Правительством Российской Федерации намечен комплекс мероприятий по обеспечению максимальной доступности стационарной помощи населению за счет широкого внедрения в практику стационарзамещающих форм, одной из которых являются дневные стационары.

Дневные стационары представляют собой структурные подразделения лечебно-профилактических учреждений и могут быть образованы как в амбулаторно-поликлинических, так и в стационарных учреждениях здравоохранения [1]. Предпосылками к их созданию послужили ограничение бюджетного финансирования, выделяемого на раз-

витие здравоохранения, удорожание стационарного этапа медицинской помощи и необходимость применения на поликлиническом этапе методов диагностики и лечения, не укладывающихся в рамки амбулаторной помощи, отказ некоторых пациентов от госпитализации по семейным и другим обстоятельствам [2, 3].

Эта форма оказания медицинской помощи населению получила наибольшее распространение в Российской Федерации в терапевтической и психиатрической службах.

За рубежом накоплен большой опыт работы стационарзамещающих форм медицинской помощи населению. В Великобритании первые упоминания о дневных стационарах встречаются в 1956 г. Сегодня стационарзамещающие формы оказания медицинской помощи широко применяются во всех странах Западной Европы. Деятельность их во Франции, Испании, Германии официально регламентирована законодательными документами начала 90-х годов прошлого столетия [4].

В США дневные стационары обеспечивают до- лечение стационарных больных. На лечение направляются пациенты, не нуждающиеся в круглосу-

точном наблюдении. Пациенты прибывают в стационар утром, им проводится соответствующее обследование и лечение, а вечером транспортом больницы они доставляются домой [5].

Дневные стационары широко распространены в Японии. В такие стационары госпитализируются пациенты, достигшие 65-летнего возраста. В течение дня им обеспечивают питание, уход, культурную программу, наблюдение врача и лечение [6].

В России первый дневной стационар был открыт в 1930 г. в Московской психоневрологической больнице им. П.Б. Ганнушкина. Позже дневные стационары были созданы при противотуберкулезных и психоневрологических диспансерах. В последующем они были забыты и только в последние годы получили новое развитие.

В середине 80-х годов прошлого столетия дневные стационары стали новой формой оказания квалифицированной медицинской помощи населению в первичном звене отечественного здравоохранения. Министерством здравоохранения СССР было утверждено положение о работе дневных стационаров, определены цели и функции этих подразделений [7].

В настоящее время в Российской Федерации на содержание стационаров расходуется около 60% всех финансовых средств, тогда как на амбулаторно-поликлиническую и скорую медицинскую помощь — менее 40%.

Задача более эффективного использования ресурсов здравоохранения продолжает оставаться одной из наиболее актуальных в процессе реформирования системы оказания медицинской помощи, проводимого в настоящее время. Хорошо оснащенные медицинским оборудованием и кадрами медицинские учреждения должны быть ориентированы на оказание помощи наиболее сложным и тяжелым больным. В настоящее время около 30% пациентов, получающих медицинскую помощь в круглосуточном стационаре, госпитализируются необоснованно и могли бы получать не менее эффективную, но значительно менее затратную помощь в условиях дневных стационаров амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений [8, 9].

Первые итоги работы дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации продемонстрировали положительные стороны деятельности и позволили обосновать их медико-социальную целесообразность.

Согласно данным государственной статистической отчетности на территории Российской Федерации за последние годы регистрируется статистически значимое увеличение показателей заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки, особенно в группе детей и подростков.

За период с 2003 по 2009 г. заболеваемость дерматозами среди взрослого населения возросла

на 3,5% и составила в 2009 г. 3984,1 на 100 000 населения; среди подростков от 15 до 17 лет — на 24,5%, среди детей от 0 до 14 лет — на 12,8% и составила соответственно 8336,8 и 9299,7 на 100 000 населения.

При этом прослеживается четкая тенденция к появлению у детей и взрослых более тяжелых, резистентных к проводимой терапии форм заболеваний, приводящих к хронизации болезни, а подчас и к инвалидизации. Это касается не только таких распространенных заболеваний, как атопический дерматит, псориаз, экзема, но и редко встречающихся дерматозов — вульгарной пузырчатки, очаговой склеродермии, Т-клеточных лимфом кожи, саркомы Капоши и др. Все это предопределяет высокую медико-социальную значимость использования стационарзамещающих технологий для своевременной диагностики, терапии и реабилитации данного контингента больных.

На базе Государственного научного центра дерматовенерологии (ГНЦД) с 2007 г. функционирует дневной стационар по профилю «дерматовенерология». Целью создания дневного стационара стала необходимость повышения качества оказания медицинской помощи пациентам, страдающим хроническими дерматозами, в амбулаторных и стационарных условиях, повышение экономической эффективности медицинского учреждения на основе внедрения и широкого использования современных ресурсосберегающих медицинских технологий.

В дневном стационаре больным с такими заболеваниями кожи, как истинная пузырчатка, красный плоский лишай, распространенный псориаз, псориазический артрит, атопический дерматит, ограниченная склеродермия, оказывается специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь. Порядок направления пациентов на лечение в дневной стационар определяется нормативными правовыми актами Минздравсоцразвития России и не отличается от порядка направления на лечение в круглосуточный стационар.

В дневном стационаре ГНЦД оказывается медицинская помощь в следующих случаях:

- больным, страдающим хроническими дерматозами, нуждающимся в проведении сложных и комплексных диагностических исследований и лечебных процедур, связанных с необходимостью специальной подготовки и краткосрочного медицинского наблюдения после проведения указанных лечебных и диагностических мероприятий;
- больным, страдающим хроническими дерматозами с впервые установленным диагнозом, а также при наличии сопутствующей соматической патологии, нуждающимся в подборе адекватной терапии при изменении степени тяжести заболевания;
- инвалидам и беременным женщинам;

- больным с сопутствующей соматической патологией при проведении диагностических исследований и лечебных мероприятий, связанных с необходимостью специальной подготовки и краткосрочного медицинского наблюдения;
- больным, не нуждающимся в круглосуточном медицинском наблюдении в случае проведения комплексного курсового лечения с применением современных медицинских технологий;
- больным при проведении экспертизы состояния здоровья, степени утраты трудоспособности и решении вопроса о направлении на медико-социальную экспертизу.

Мощность дневного стационара ГНЦД составляет 10 койко-мест. Стационар работает в две смены. В штате дневного стационара предусмотрены следующие должности:

- заведующий отделением — 1 ставка;
- врач — 4 ставки (2 ставки врача-дерматовенеролога, 2 — трансфузиолога); средний медицинский персонал — 5 ставок;
- младший медицинский персонал — 1 ставка.

В условиях дневного стационара пациенты получают современные высокотехнологичные виды терапии: воздействие преформированными физическими факторами, иммуносупрессивными и цито-

статическими препаратами, генно-инженерными биологическими агентами, эфферентные методы лечения.

На базе отделения дневного стационара функционирует кабинет экстракорпоральных методов лечения, где врачами-трансфузиологами осуществляются процедуры терапевтического плазмафереза больным тяжелыми формами дерматозов.

Нами был проведен анализ клинической деятельности ГНЦД за 2007—2009 гг. В дневном стационаре за этот период всего получили лечение 857 больных по профилю «дерматовенерология»: в 2007 г. — 262 больных, в 2008 г. — 319 больных, в 2009 г. — 276 больных.

Большая часть больных (652) получили высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП) за счет ассигнований федерального бюджета, 79 пациентов — за счет средств бюджета, 126 — за счет внебюджетных средств, в том числе по договорам платных медицинских услуг и добровольного медицинского страхования (ДМС) (табл. 1).

Наибольшую группу больных дерматозами, прошедших лечение в ГНЦД в 2009 г., как и в предыдущий период, составили больные псориазом и псориатическим артритом — 193 (69,9%). Больных атопическим дерматитом было 54 (19,6%), у 5 (1,8%)

Таблица 1

Распределение больных, получавших лечение в дневном стационаре ГНЦД, по видам оплаты

Вид оплаты	2007 г.	2008 г.	2009 г.
	число больных		
ВМП	210	236	206
Бюджет	12	40	27
Внебюджет (включая ДМС)	40	43	43

Таблица 2

Распределение больных, получавших лечение в дневном стационаре ГНЦД, по нозологиям, абс. (%)

Заболевание кожи	2007 г.	2008 г.	2009 г.
	число больных		
Псориаз, псориатический артрит	178 (67,9)	211 (66,1)	193 (69,9)
Атопический дерматит	47 (17,9)	56 (17,6)	54 (19,6)
Кожная Т-клеточная лимфома	8 (3,1)	12 (3,8)	0
Истинная пузырчатка	6 (2,3)	5 (1,6)	0
Локализованная склеродермия	11 (4,2)	10 (3,1)	9 (3,3)
Красный плоский лишай	4 (1,5)	3 (0,9)	5 (1,8)
Другие дерматозы	8 (3,1)	22 (6,9)	15 (5,4)

больных был красный плоский лишай, у 9 больных (3,3%) — локализованная склеродермия, у 15 (5,4%) — другие дерматозы (табл. 2).

За период с 2007 по 2009 г. в дневном стационаре лечение с использованием фотохимиотерапии (с внутренним и наружным применением фотосенсибилизаторов) получили 41,5% больных; с применением узкополосной средневолновой и дальней длинноволновой УФ-терапии — 32,7%; бальнеофотохимиотерапии — 8,5%; поликомпонентное лечение с применением цитостатических, иммуносупрессивных средств и эфферентных методов воздействия — 16,3%; комбинированное лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и остео-, хондропротективных средств — 1,0% (табл. 3).

Средние сроки лечения в дневном стационаре за период 2007—2009 гг. снизились с 34,9 до 27,8 дня.

Результаты оценки медицинской эффективности работы дневного стационара в 2009 г.: у 85,9 % пациентов было отмечено клиническое выздоровление, у 14% — значительное улучшение, у 4% — улучшение, у 1% — без перемен; случаев ухудшения состояния в период лечения в дневном стационаре не наблюдалось; перевода в круглосуточный стационар или другие профильные учреждения не было.

Расчет экономической эффективности показал, что стоимость лечения в дневном стационаре более чем на 30% меньше, чем в круглосуточном стационаре. Стоимость 1 дня лечения в дневном стационаре в 2009 г. составила 1492,5 р., в то время как стоимость 1 койко-дня лечения в стационаре круглосуточного пребывания — 2322,6 р. Экономическая эффективность при этом реализовалась за счет уменьшения фонда заработной платы, исключения расходов на питание, снижения доли амортизационных отчислений, сокращения затрат на лечение больного в круглосуточном стационаре на профиль-

ной койке; сокращения числа дней временной нетрудоспособности.

В результате анализа медицинской документации пациентов, получивших специализированную медицинскую помощь в круглосуточном стационаре ГНЦД, установлено, что 39% всех госпитализированных больных могли получить лечение в условиях дневного стационара.

Большинство пациентов (около 98% закончивших лечение) удовлетворены работой дневного стационара и считают удобной такую форму лечения. Это объясняется отсутствием негативного влияния госпитализации, исключением стресса и медико-психологических проблем, связанных с пребыванием в больнице, разлук с родственниками и близкими, что приводит к уменьшению сроков временной нетрудоспособности и более быстрому возвращению к трудовой деятельности.

Работа всех типов дневных стационаров позволяет выполнить полноценное разностороннее комплексное обследование пациентов с применением современных лабораторных и инструментальных методов, провести лечение, в том числе с применением высокотехнологичных видов медицинской помощи.

Наряду с мониторингом лабораторных показателей осуществляется ежедневное динамическое наблюдение пациента лечащим врачом, что позволяет своевременно корректировать проводимую терапию, предупреждать развитие побочных явлений, своевременно устранять возникающие в ряде случаев осложнения.

Число пациентов стационара дневного пребывания из года в год прогрессивно увеличивается, а рассчитанная экономия затрат при лечении в нем одного пациента (по сравнению с круглосуточным стационаром) достигает более 30%.

Таблица 3

Структура видов высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной в дневном стационаре ГНЦД

Вид помощи	2007 г.	2008 г.	2009 г.
	число больных		
Общая фотохимиотерапия	82	100	85
Узкополосная средневолновая фототерапия	49	100	106
Дальняя длинноволновая фототерапия	16	25	22
Бальнеофотохимиотерапия	35	24	27
Поликомпонентное лечение, включая плазмаферез	80	70	29
Инфликсимаб	0	0	7

При активном внедрении в практическое здравоохранение дневных стационаров форма обслуживания в круглосуточном стационаре становится более доступной, без ущерба для объема и качества медицинской помощи. Дневные стационары могут явиться важным связующим звеном между амбулаторной и стационарной медицинской помощью, что повысит эффективность лечения в амбулаторно-поликлинических условиях, сократит более дорогостоящую медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара и обеспечит доступность большему числу больных специализированной высокотехнологичной медицинской помощи.

Литература

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 декабря 1999 г. № 438 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях».
2. Артюхов А.С. Пути реструктуризации стационарной помощи в период реформирования здравоохранения. Рус. мед. журн. 1999; (3): 7—10.
3. Коц Я.И., Столбова М.В. Клиническая и фармакоэкономическая эффективность стационарзамещающих технологий в кардиологии. Рос. кардиол. журн. 2007; (4) 66: 6—12.
4. Forster A., Younng J., Langhorne P. Systematic review of day hospital care for elderly people. BMJ 1999; 318: 837—841.
5. Manning G., Ikegami N. Long-term Care in Japan and the USA: A Medical or Social issue? JAMA 1998; 279 (3): 747—748.
6. Ogawa K. Outcomes Research of Home-Visit Nursing Care in Japan. Home Health Care Management Practice 2006; 18 (4): 286—292.
7. Спанов В.В. Организация работы дневного стационара. Сборник документов. Москва: МЦФЭР; 2000.
8. Нелаева А.А., Таскаева Н.М., Касаткина Н.М. Опыт оказания специализированной медицинской помощи на амбулаторном этапе. Здравоохранение 2003; (4): 23—28.
9. Щепин О.П., Какорина Е.П., Флек В.О. Эффективность использования стационарзамещающих технологий при оказании медицинской помощи населению Российской Федерации. Москва: 2006.