

УДК 616-053.2-082

С. А. Валиуллина, Н. Н. Ваганов, Е. В. Карпунин

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Научный центр здоровья детей РАМН (г. Москва),
Российская детская клиническая больница (г. Москва),
Детская республиканская клиническая больница
Татарстана (г. Казань)

Ключевые слова: стационарная помощь детям, подходы к реформированию.

Роль и значение стационарной помощи детям в России на современном этапе по-прежнему остаются высокими. Это объясняется ухудшением состояния здоровья детей: увеличением числа маловесных, глубоко недоношенных детей, врожденных аномалий и пороков развития, онкологических заболеваний; ростом частоты и «омоложением» хронической патологии, нарастанием инвалидизации. Конец XX — начало XXI века характеризуются внедрением в работу медицинских учреждений современных высокотехнологичных видов медицинской помощи, которые призваны решать проблемы здоровья населения, воздействуя на демографические процессы. Но в сложных экономических условиях развитие современных высоких технологий возможно только в многопрофильных стационарах, где концентрируется лучшая диагностическая база и кадровый потенциал. Все это определяет приоритеты в развитии педиатрической стационарной помощи, особенно специализированной, и требует ее совершенствования.

Длительный экстенсивный путь развития здравоохранения на фоне недостаточного финансирования и ресурсного обеспечения привел к несоответствию структуры и мощности лечебно-профилактических учреждений потребностям населения в качественной медицинской помощи. Существующие в большом количестве маломощные стационары (участковые, районные и городские больницы с дублирующими профилями коек), в которых отсутствует необходимая ресурсная база, практически исчерпали себя как этап больничной помощи и не в состоянии на современном уровне обеспечить населению качественную медицинскую помощь.

Традиционная детская больница, созданная по модели 50–60-х годов XX века, имеет мало перспектив для развития. В ней невозможно внедрять современные дорогостоящие диагностические технологии. Типовые штатные нормативы, утвержденные в 1979 г., значительно устарели. В детских больницах не предусмотрены условия для матерей, госпитализируемых для ухода за больными детьми. Без принятия специальных нормативных документов невозможно развивать в детской больнице стационарозамещающие

технологии (в частности, открывать койки дневного или прерывистого пребывания), создавать консультативно-диагностические службы амбулаторного типа, организовывать выездные подразделения для работы стационаров на дому, развивать платные услуги тем семьям, которые готовы обеспечить медицинскую помощь своим детям по системе добровольного медицинского страхования или за счет личных средств.

Следует учитывать и то обстоятельство, что при хроническом дефиците средств в России сформировалась затратная, неадекватная система финансирования здравоохранения на койки, приводящая к нерациональному расходованию бюджетных ресурсов. Государство вынуждено содержать нерентабельные, длительно пустующие больницы, равномерно деля средства между всеми лечебно-профилактическими учреждениями, оплачивать необоснованные госпитализации (на долю которых приходится более 30%) и неоправданно большие сроки пребывания больных на койке. При такой системе интенсивно работающие учреждения оказываются в состоянии резкого недофинансирования, особенно по статье «лекарства и расходные материалы».

Внедрение современных лечебных и диагностических технологий при существующей финансовой системе невыгодно, так как это влечет за собой сокращение сроков лечения, а следовательно, учреждение недополучит финансовые средства.

Система обязательного медицинского страхования еще более усугубляет положение, финансируя учреждения по медико-экономическим стандартам (МЭСам или КСГ), в которых формализованы не качество, а максимальная длительность лечения нозологии и возможный объем исследований исключительно для расчета стоимости лечения. Страховые компании вынуждают медицинские учреждения строго выполнять эти МЭСы, прибегая к штрафным санкциям. В результате врачам приходится держать больных столько дней, сколько прописано в МЭСах, и выполнять анализы, если даже больному это не нужно.

Ни одно государство в мире не может считать достаточным свое финансирование. Реформирование в экономически развитых странах направлено на поиск оптимальных путей сдерживания стоимости медицинской помощи, обеспечения медико-социальной защищенности бедных слоев населения, полного удовлетворения всего населения в услугах здравоохранения, обеспечения должного уровня качества жизни и соблюдения прав человека. Специализированные службы, оборудование и больные максимально концентрируются в крупных центрах. К данному решению их привело желание освободиться от необоснованных затрат на содержание мелких больниц и более эффективно использовать ресурсы здравоохранения [7,10,11].

Весь мир разрабатывает меры, способствующие интенсификации и качеству медицинской помощи, беря за основу такие показатели, как «сокращение сроков госпитализации», «уровень госпитализации»,

«количество пролеченных больных» [3]. Вместе с тем в России эффективность и интенсивность деятельности стационаров продолжают оценивать по количеству дней работы койки в году, а работу учреждения на год планируют исходя из койкоднев.

Административные методы управления здравоохранением, повременная уравнительная система оплаты способствуют тому, что медицинские работники потеряли мотивацию высококачественного, эффективного труда и своего профессионального роста, так как их труд оплачивался государством вне зависимости от объема, качества и эффективности. Кроме того, данная система является частью «теневой экономики», которая сегодня несет столько негатива, что, даже заплатив деньги, пациент не застрахован от некачественной медицинской помощи [5]. Низкая зарплата провоцирует медицинских работников на получение материального вознаграждения от пациентов. Назрела необходимость в создании механизмов, связывающих качество работы медицинского персонала с прямой заинтересованностью исполнителей, так как многочисленные исследования свидетельствуют, что материальное стимулирование напрямую воздействует на качество работы [6, 8].

Современные условия характеризуются возрастанием познаний населения в области здравоохранения и спросом на качественную и доступную медицинскую помощь. В то же время проводимые исследования показывают недостаточность знаний медицинских работников в области биомедицинской этики и права. Все это требует совершенствования этико-правового регулирования работы детских стационаров и системного подхода к организации непрерывного улучшения ее качества [1].

В последние двадцать лет в организации здравоохранения во всем мире происходит резкое усиление понимания необходимости системного подхода к обеспечению населения высококвалифицированной медицинской помощью, определяемой с помощью критериев эффективности, приемлемой с экономической и социальной точек зрения. Это означает конкретный выбор приоритетов среди видов медицинской деятельности с обязательным обеспечением «набора» определенных услуг для всех групп населения, обеспечение ресурсов, финансирование и руководство [2, 9, 12].

При дефицитном финансировании отечественного здравоохранения трудно требовать качественного оказания медицинской помощи. Однако даже в создавшихся условиях хорошо организованная система управления позволяет снизить количество врачебных ошибок, более эффективно расходовать финансовые ресурсы, интенсифицировать лечебно-диагностический процесс, внедрять новые технологии, повышать удовлетворенность населения медицинским обслуживанием. Создание современной технологии управления больницей, гарантирующей высокое качество медицинской помощи и безопасность пациентов, является неотложной и актуальной проблемой [1, 4].

Основной системы оказания стационарной помощи детям должны стать крупные больничные комплексы, в которых концентрируются специализированные виды помощи и новые медицинские технологии. На современном этапе развития стационарной помощи необходимы региональный подход построения сети больничных учреждений, совершенствование организационно-экономических рычагов управления, создание экономических механизмов, обеспечивающих эффективное функционирование и развитие системы медицинского обслуживания населения.

Реорганизация и развитие специализированной, высококвалифицированной стационарной помощи детям должны основываться на следующих положениях.

Первое. Сложная экономическая ситуация, хроническое недофинансирование здравоохранения, особенно службы детства, диктуют необходимость поиска экономически выгодных путей развития и управления детской стационарной помощью. Без изменения системы планирования и финансирования детской специализированной стационарной службы качественный прорыв здесь невозможен.

Второе. Сформировавшиеся за последнее время негативные тенденции в состоянии здоровья детей (увеличение числа маловесных, глубоко недоношенных детей, рост врожденных аномалий и пороков развития, «омоложение» хронизации патологии и т.п.) должны определять приоритеты в развитии педиатрической специализированной помощи.

Третье. Конец XX — начало XXI века — это эра принципиально новых технологий диагностики и лечения. Следовательно, важнейшая задача реформирования — внедрение современных технологий.

Четвертое. Развитие специализированной медицинской помощи должно базироваться на единстве клинической науки и практики.

Пятое. Планирование и развитие специализированной стационарной помощи детям должно проходить с учетом статистического, социально-гигиенического мониторинга состояния детского населения и многомерного анализа качества медицинской помощи.

Шестое. Необходимо целенаправленно внедрять и требовать выполнения стандартов качества оказания медицинской помощи детям.

Седьмое. Наряду с профессиональными знаниями необходимо повышать этико-правовую культуру медперсонала, что является единственно эффективным путем его защиты от судебных исков в эпоху внедрения современных технологий и все возрастающей роли прав пациента.

Восьмое. Необходимо повышать роль федеральных центров в разработке, внедрении по России стандартов в оказании медицинской помощи (в т.ч. высокотехнологичной) и обучении педиатров современным технологиям диагностики и лечения детей.

Исходя из вышеизложенного основными направлениями совершенствования стационарной помощи детям в России должны стать следующие:

1. Внедрение экономически эффективных медицинских и управленческих технологий, в т.ч. стационарозамещающих;
2. Оптимальная организация оказания неотложной, хирургической и реанимационной помощи детям;
3. Максимальная концентрация дорогостоящего высокоточного оборудования и высокоспециализированных служб в пределах многопрофильного областного (республиканского) стационара;
5. Интенсификация медицинского процесса;
6. Этико-правовое регулирование деятельности стационаров;
7. Управление качеством медицинской помощи на всех этапах;
8. Разработка современных подходов к финансированию медицинских учреждений и расчету штатного состава медицинского персонала исходя из численности больных;
9. Обеспечение современных компьютерных технологий.

Эти направления должны стать на ближайшие годы основополагающими в оптимизации госпитальной помощи детям России. Осуществление и внедрение их в практику детских стационаров позволит управлять показателями здоровья детского населения страны, обеспечить медицинскую, социальную и экономическую эффективность работы стационарной службы.

Литература

1. Валиуллина С.А. Пути оптимизации стационарной медицинской помощи детскому населению региона (по материалам Республики Татарстан) : автореф. дисс.... д-ра мед. наук. — М., — 2004.
2. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г. // Всемирная организация здравоохранения. Пятнадцать третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. Пункт 3 предварительной повестки дня. Послание генерального директора. 29.03.2000 г.
3. Здоровье-21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ // Европей-

ская серия по достижению здоровья для всех. ВОЗ. — Копенгаген, 2001. — № 6.

4. Карпухин Е.В., Валиуллина С.А. // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. — 2002. — Т. 47, № 1. — С. 56-57.
5. Кучеренко В.З., Яковлев Е.П., Кудрявцев Ю.Н., Трофимов А.С. // *Проблемы управления здравоохранением*. — 2003. — №1. — С. 13-17.
6. Савельева Е.Н. // *Российский медицинский журнал*. — 2003. — №3. — С. 8-11.
7. Салтман Р. Б. *Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий*. — М., 2000.
8. *The European Foundation for Quality Management // EQM*. — Brussels. — 1999.
9. *Institute of Medicine (US). Crossing the Quality Chasm: a new Health System for the 21st century*. — Washington : National Academy Press, 2001.
10. Plomp H.N., VanderWal G., Weel A.N. // *Ned. Tijdschr. Geneesk.* — 1999. — Vol. 143, No. 26. — P. 1369-1373.
11. Rodriguez R., Frohlich K.L. // *Can. J. Public Health*. — 1999. — Vol. 90, No. 1. — P. 41-44.
12. Saltman R.B. // *Eur. J. Public Health*. — 1994. — Vol. 4, No. 2. — P. 287-293.

Поступила в редакцию 27.05.05.

BASIC DIRECTIONS IN IMPROVEMENT OF HOSPITAL STAGE OF PEDIATRIC HELP

S.A. Valiullina, N.N. Vaganov, E. V. Karpuhin
Scientific Center of Children's Health of RAMS, Russian Children's Hospital (Moscow), Children's Republic Hospital of Tatarstan (Kazan)

Summary — Problems of the hospital stage were especially enlightened in domestic public health services in last decade. Economic instability is combined with rapid development of modern technologies, change of paternalism models of public health services by joint model, increase of requirement of the population in accessible and qualitative medical help. At the same time, old approaches of normalization and financing of hospital stage service interfere with future development, the intensification of medical process, introduction of modern technologies. In the article the basic ways of optimization of the hospital help are submitted to the children's population.

Pacific Medical Journal, 2005, No. 3, p. 5-7.

УДК 616.24-008.41-07-053.2

С.Ю. Терещенко

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ПРИЧИН ДЛИТЕЛЬНОГО КАШЛЯ У ДЕТЕЙ

НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН (г. Красноярск),
Красноярская государственная медицинская академия

Ключевые слова: хронический кашель, диагностика, лечение.

Жалобы на кашель у ребенка являются, пожалуй, одной из самых распространенных причин обращения

родителей к врачу-педиатру, да и для взрослых пациентов такой повод обращения к врачу стоит на одном из первых мест [2]. Наиболее частой причиной кашля у детей является острая вирусная инфекция дыхательных путей, однако чрезвычайно важно своевременное выделение среди общего потока пациентов для углубленного диагностического поиска более редких причин кашля, особенно длительного, связанного с дополнительной клинической симптоматикой. При этом чем младше пациент с симптоматикой длительного кашля, тем более настойчиво необходимо искать лежащие в его основе причины, поскольку только адекватный, нозологически ориентированный подход позволяет в этом случае вовремя диагностировать многие заболевания и обеспечить необходимое лечение.