

Ю. Г. Дегтярев

ВОЗМОЖНОСТИ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Приводится краткий обзор законодательной базы, принципы работы стационарзамещающей технологии детской хирургии в Республике Беларусь и других странах. Рассматриваются принципы организации, функционирования системы амбулаторной хирургии в разных странах. Обосновываются преимущества данной организационной технологии.

На примере годовых отчетов отделения плановой хирургии детского хирургического центра г. Минска показана целесообразность и преимущества использования технологии. Дневная хирургия – безопасная и удовлетворяющая интересы родителей и пациентов, и может быть рекомендована как метод выбора хирургической помощи детям при «малой» хирургической патологии. Длительная госпитализация детей для плановых, не требующих специальных методов наблюдения хирургических операций в условиях крупного города является расточительной.

Ключевые слова: амбулаторная хирургия, стационар одного дня, качество медицинской помощи.

Yu. G. Dzehtsiarou

POSSIBILITIES AMBULATORY SURGERY IN CHILDREN

A brief review of the legislative framework, the principles of hospital replacing technology in pediatric surgery in Belarus, Poland and Germany. On the example of the annual reports Surgery Children's Surgical Centre in Minsk the expediency of the use of technology. Expanding the range of medical services offered (given the presence of high-tech equipment, qualified personnel – perform operations related specialties (traumatology, urology, neurosurgery) using high-tech methods.

The objective of day hospitals – reduce the burden on hospitals. Therefore, the main objective of reducing the length of hospital stay is not savings and reduction of the negative factors of the hospital environment for the child, violation of habitual way of life, psychological deprivation, risk of nosocomial infection. Day surgery – safe and satisfying the interests of parents and patients, and can be recommended as a method of choice of surgical care for children «small» surgical pathology. Prolonged hospitalization of children for routine that does not require special methods of observation of surgical operations in a large city is wasteful.

Key words: ambulatory surgery, the hospital one day, the quality of medical care.

Высокие показатели состояния здоровья населения в странах бывшего СССР – одно из наиболее важных достижений социалистической эпохи. Они сформировались с учетом возможностей экономики, уровня медицинской науки и потребности населения. В странах с различными историческими, политическими и культурными традициями на протяжении долгого времени складывались различные структуры организации, финансирования и предоставления медицинских услуг. Настоящее территориальное расположение и структура больниц отражают возможности и потребности предшествующего времени. Одним из основных звеньев системы здравоохранения являются стационары, оснащенные современными технологиями и укомплектованные квалифицированными специалистами. Стационары весьма устойчивы к переменам. В то же время в последнее время изменяется экономический уклад общества, возможности медицинской науки, возрастная и социальная структура общества.

В 1960–1970 годах отмечались больницы с общими койками (1000–2000), большие многопрофильные учреждения, где оказывались все виды помощи: терапия, пе-

диатрия, хирургия. В 1970–1980 с появлением новых технологий в лечении произошло расслоение на стационары с «острыми» 300–700 и «хроническими» койками. Начиная с 1990-ых выделяются центры высоких технологий, дневные стационары, медицинские центры, госпитали на дому, учреждения, оказывающие первичную и социальную помощь.

По мере того, как общество модернизируется и становится более богатым и информированным, меняются и представления населения о достойных условиях существования. Люди предъявляют все больше требований к системе здравоохранения. Меняются ценности и критерии качества медицинской помощи [6]. «Начиная с 2000 г. процессы реформирования белорусского здравоохранения приобрели системный характер, включая систему финансирования, управления, экономию и перераспределение ресурсов, внедрение передовых медицинских технологий» [14].

Системе здравоохранения приходится приспосабливаться к изменениям в составе населения, к картине заболеваемости, а так же к техническому прогрессу и новым

общественным ожиданиям. Данная проблема с особой остротой встала сейчас перед отечественным здравоохранением, так как оно в последнее время функционирует в условиях постоянных финансовых ограничений. На коллежиях министерства финансов Республики Беларусь описывая перспективу бюджетного финансирования отрасли было отмечено: «Здравоохранение – безусловный приоритет бюджетной политики. Однако возможности наращивания ее бюджетного финансирования заметно сужаются. Для отрасли характерно ухудшение структуры расходов – снижение доли капиталовложений в пользу текущего финансирования деятельности. Рост заработной платы в экономике влечет за собой необходимость повышения оплаты труда в бюджетном секторе. В результате меняется структура расходов отрасли – снижаются расходы капитального характера, возрастают текущие» [12]. Проблема заключается в психологической готовности медиков и пациентов к фундаментальным переменам. Нас ждет переход от общества гарантий и государственного распределения к обществу инициативы и конкуренции. Вероятно, здравоохранение в ближайшее время перестанет быть дотируемой сферой народного хозяйства, а станет самостоятельной экономической отраслью социальной сферы [19].

Исследования ВОЗ свидетельствуют, что во всех странах от 20 до 40% средств здравоохранения в настоящее время теряются вследствие их неэффективного использования: нерациональное использование лекарств, чрезмерное использование оборудования, исследований и процедур, необоснованная госпитализация и продолжительность пребывания в стационаре и др. [14].

В числе мер по повышению качества и доступности медицинской помощи важное место занимает внедрение стационарзамещающих технологий. Особенно это актуально в хирургии, как наиболее затратной отрасли медицины. Развитие данных технологий позволит сократить количество необоснованных госпитализаций и улучшить качество оказания медицинской помощи. «На повестке дня – вопрос рационального использования всех имеющихся ресурсов, ...перераспределение на деле потоков пациентов между амбулаторными и стационарными организациями здравоохранения. Требуют решения и задачи по обеспечению высокого качества и доступности предоставляемых услуг...» [13].

На сегодняшний день стационарзамещающую технологию в хирургии следует представлять не только как сферу деятельности специалистов-хирургов, а как особую идеологию лечебного процесса, требующую нового систематизированного подхода к принципам организации хирургической помощи в целом [2, 4]. В отечественной медицинской литературе достаточно много уделяется внимания стационарзамещающим технологиям у взрослых пациентов. Нам представляется интересным рассмотреть возможности и перспективы применения этого раздела хирургии в детском возрасте.

Госпитализация является одной из основных стрессовых ситуаций для детей, особенно младшего возраста. Страх разлуки с родителями, отсутствие жизненного опыта, потеря контроля ситуации, неизвестные манипуляции и процедуры, ожидание чего то непонятного, послеоперационная боль, введение обезболивающих препаратов и даже один вид иглы – являются источниками детских отрицательных реакций. Эмоциональными ответами на госпитализацию являются: беспокойство, печаль, страх,

одиночество, гнев, искажение образа тела. Дети испытывают страх потери контроля над функциями собственного организма. Трудно представить и определить степень беспокойства ребенка, что в дальнейшем несомненно скажется на его психологическом статусе. Поэтому амбулаторная хирургия преследует цель уменьшения негативных факторов больничного окружения для ребенка, устранения нарушения привычного уклада жизни, психологической депривации, риска назокомиальной инфекции [4].

В настоящее время получили широкое распространение в мире такие понятия, как «хирургия одного дня», «большая амбулаторная хирургия», «хирургия кратковременного пребывания». Для уточнения терминологии, применяемой в данном разделе медицинской помощи, существуют методические рекомендации международной ассоциации амбулаторной хирургии (Париж 2003), в которой даны следующие определения:

«Дневная хирургия» или «амбулаторная хирургия» определены как операция или процедура, при которой пациент выписывается из стационара в тот же самый рабочий день, когда выполнена хирургическая (диагностическая процедура). «Краткосрочное пребывание», «Short stay» – операция или процедура, при которой пациент находится в стационаре дольше чем 23 часа, но не более 72 часов [2].

Впервые вопрос об амбулаторной хирургии встал в середине 50-х годов в связи со значительным усовершенствованием анестезиологического обеспечения. **Основная идея – сокращение срока пребывания больных в стационаре без ухудшения при этом результатов лечения.** В настоящее время становление хирургии одного дня во всем мире практически завершилось. На основании 40-летнего опыта амбулаторных хирургических центров американские хирурги считают, что примерно 50–60% всех хирургических вмешательств могут быть выполнены в амбулаторных условиях [2, 4]. В то же время отмечается большая разница между странами из-за различий в системах здравоохранения. Оперативные вмешательства, которые в одних странах выполняются в больницах, в других – давно осуществляются в амбулаторных условиях, что часто отражает разные схемы финансового стимулирования [1, 8].

Основную роль в распространении метода «однодневной хирургии» во всех странах сыграло развитие законодательной базы: в 1980г. в США перечень хирургических манипуляций, проводимых в центрах амбулаторной хирургии, был утвержден на федеральном уровне. Этот факт послужил началом официального признания метода «однодневной хирургии». В 1986 г. Конгресс США принял закон о качестве амбулаторной хирургии. Специальный раздел в этом законе был посвящен модернизации финансирования и утверждал список операций (100 наименований), разрешенных к проведению в амбулаторных хирургических центрах. В Великобритании в 1984 году Королевский колледж публикует основные направления развития дневного стационара и уже к 2001 году в Англии до 60% операций при грыжах брюшной стенки было выполнено в центрах амбулаторной хирургии [5].

В Германии отношения между немецкими врачами, ассоциациями медицинского страхования, профсоюзами больничных учреждений и компаниями регулирует социальный кодекс [11]. Закон о внедрении в практику здравоохранения амбулаторных хирургических центров был утвержден на правительственном уровне в 90-х годах.

В 2005 г. определены новые стандарты качества амбулаторной хирургии (в § 76 пятой книги социального кодекса). В документе строго регламентируется применение данной технологии. Для 150 заболеваний амбулаторная хирургия стала обязательной, если только врач не настаивает на помещении в стационар. С 2006 г. вступил в силу стандартный порядок оценки Федеральным бюро качества обеспечения амбулаторной хирургии. Он проводится путем анонимного анализа показателей работы клиники с пересылкой информации обратно медицинским учреждениям.

Регламентирующим документом, определяющим принципы работы хирургии одного дня в Республике Беларусь, является Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18.02.2010 № 166 «Об организации медицинской помощи пациентам с хирургическими заболеваниями в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения и хирургических отделениях больничных организаций здравоохранения (с краткосрочным пребыванием пациентов)» [15].

В главе 4 инструкции к приказу приведен перечень операций, выполняемых по данной технологии. Для детей отмечена возможность проведения операции по ликвидации укорочения уздечки языка, верхней губы, что относится к манипуляциям, выполняемым отоларингологами. В то же время в приказе не говорится о возможности применения метода в детской хирургии. По нашему мнению для детей возможным является проведение следующих операций: удаление доброкачественных образований кожи и подкожной клетчатки (гемангиомы и др.); склеротерапия; грыжесечение при неосложненных паховых, пупочных и других грыжах; выполнение биопсий при лимфаденопатии периферических лимфоузлов и заболеваний соединительной ткани с поражением кожи; удаление анальных папиллом; удаление патологических рубцов тела; операции при водянке оболочек яичка; циркумцизио; иссечение кисты придатка, урологические вмешательства (фимоз, короткая уздечка крайней плоти, доброкачественные опухоли наружных половых органов, удаление кондилом), хирургические вмешательства при гнойно-воспалительных заболеваниях кожи и мягких тканей.

Международный опыт. Представляет определенный интерес организация и функционирование этой области медицины в странах со страховой медициной. Законодательная база данной технологии четко разработана в Германии. Медицина в Германии – это, прежде всего, высокое качество оказываемых услуг. На первом месте в разделе «качество» в Германии стоит безопасность (как для пациента, так и для врача). Вторым по значимости аспектом является персонализация, т. е. максимальное внимание каждому пациенту, очень важна своевременность оказанных услуг, эффективность в использовании ресурсов и беспристрастность.

Применение технологии «хирургии одного дня» строго регламентируется немецким законодательством. В 2006 г. определены стандарты качества амбулаторной хирургии (в § 76 V книги Гражданского кодекса Германии) [10]. В законе предусмотрены технические и правовые нормы со стороны клиники и специалистов-хирургов, структурная и техническая организация процесса, требования к гигиене, штатное расписание и потребность в обезболивании. Оптимальным считается наличие отдельной операционной с рядом расположенными предоперационными и послеоперационными палатами. Хотя допустимо и со-

вмещение палат. Предусмотрены следующие требования к пациентам и медицинским организациям:

- Отбор пациентов проводится по возрасту и физиологическому состоянию: общее состояние здоровья пациентов по оценке Американского общества анестезиологов должна соответствовать классу (ASA I, II).

- Немецкое общество детской хирургии не рекомендует проводить амбулаторные операции у недоношенных детей между 6–12 месяцами жизни из-за возможности послеоперационного апноэ.

- Готовность и согласие родителей пациентов на операцию в условиях однодневного стационара.

- Обязательно информированное согласие и разъяснение родителям цели, способа и метода оперативного вмешательства. Например при лечении по поводу фимоза (циркумцизио) указываются различные варианты операций, учитывая различия религиозные конфессии, желание родителей.

- При личной беседе с пациентами (родителями) у них должно быть достаточно времени для принятия решения о плановой операции по крайней мере за 24 часа до лечения. Т. е. при предварительном осмотре родителям объясняется цель и методы хирургической операции, дается документ для подписи о информированном согласии и время для изучения документа. В случае, если возникнут вопросы, родители могут их задать хирургу или анестезиологу.

- Адекватные домашние условия для ухода за пациентом в послеоперационном периоде, обеспечивающие надлежащий надзор со стороны родителей в послеоперационном периоде. Пациенту (родителям) должны быть в течение первых 24 часов после операции доступны средства связи между домом и стационаром (сотовый или городской телефон). Современные средства коммуникаций (мобильная связь) позволяют оказывать медицинские консультации не только в больнице, но и дистанционно. В настоящее время возможно и общение в режиме видеосвязи (MMS).

- Наличие собственных транспортных средств, которые решают, при необходимости, проблему транспортировки пациентов. Возможность быстрой перевозки автомобилем между домом и стационаром. Критерии для Германии это удаление места жительства пациентов на расстоянии в 50 км, или время в пути не должно превышать 1 час.

- Отсутствие вакцинации в течение последних 4 недель перед операцией.

- Характер основного заболевания или хирургической операции: выполняются только плановые операции.

- Предусмотрены возможные и допустимые осложнения, из которых выделяют незначительную и предсказуемую потерю крови.

- Продолжительность операции должна быть менее 60 минут.

В законе определены критерии выписки амбулаторных пациентов из стационара, которые оценивает анестезиолог совместно с хирургом:

1. Отсутствие интраоперационных осложнений.
2. Стабильность жизненно-важных функций по меньшей мере 1 час.
3. Послеоперационный период мониторинга около 3–4 часов.
4. Постуральная стабильность (самостоятельное мочеиспускание), стабильная способность к опорожнению

Клинический обзор

мочевом пузыря. Особенно актуальна после постановки уретрального катетера.

5. Стабильное энтеральное потребление жидкости без рвоты.

6. перевязка (убедиться в отсутствии послеоперационного кровотечения).

7. Отсутствие боли, возможность обеспечения соответствующей обезболивающей терапии в домашних условиях в первый день после операции.

В настоящее время основными стандартами правильного лечения больных являются клинические рекомендации, создаваемые национальными профессиональными ассоциациями на основе доказательной медицины. На основе клинических рекомендаций лечебные учреждения различного уровня могут создавать адекватные своим кадровым и материальным возможностям планы ведения больных с установленным диагнозом. Это позволяет снизить затраты на лечение вследствие оптимизации расходов, повысить безопасность пациентов, уменьшить частоту осложнений и сократить сроки лечения.

Особенно это актуально в странах со страховой медициной. Достижимая при этом цель – выделение при конкретных нозологиях набора минимальных услуг, оплачиваемых государством. Если при разработке клинических протоколов удастся выделить экономию использованных ресурсов за счет преимущественно амбулаторного оказания медицинской помощи, то она и применяется за стандарт. Поэтому в странах со страховой медициной становление амбулаторной хирургии завершилось 10 лет назад.

В Республике Беларусь клинические протоколы диагностики и лечения детей обще-хирургического профиля определены в приложении к приказу МЗ РБ 27.09.2005 г. № 549 – Протоколы детская хирургия [17].

В качестве индикатора проведен анализ количества койко/дней при наиболее распространенной патологии – паховой грыже (шифр МКБ К40). В течении года в ДХЦ 1 ГКБ г. Минска оперируется около 500 детей с данной патологией. Продолжительность стационарного лечения при данной нозологии по национальному протоколу в соответствии с приказом составляет 5 дней.

Отделение плановой хирургии (хирургии № 2) развернуто на 40 коек. В 2014 г. в отделении пролечено 2170 больных. Прооперирован 1617 ребенок, выполнено 1797 операций, из их 91 – «полостная». Хирургическая активность составила 70,79%.

Паховая грыжа	2010	2011	2012	2014
Средний койко-день	4,78	4,22	3,9	3,23

Среди этой группы детей в 2012 году можно выделить две группы: 1 – (15%), находилась на лечении 1–2 дня, и вторая находившаяся 5–7 дней. Осложнений при лечении пациентов первой и второй группы не было.

Обращает на себя внимание, что в 2009 г. в ДХЦ при среднем койко-дне 5,98 очередь на плановые операции составляла 5–6 месяцев. В настоящее время при койко-дне 3,8 – менее месяца. По нашему мнению нуждаются в доработке клинические протоколы диагностики и лечения детей обще-хирургического профиля. Следует ввести и соблюдать единые современные стандарты оказания медицинской помощи.

В крупных городах принципиален вопрос: где выполнять операции? В стационаре или в поликлинике в амбулаторных условиях? Существуют четыре основных орга-

низационных формы амбулаторной хирургии: интегрированная (в составе отделения), обособленная (отделение в структуре стационара), спутниковая (отдельное здание в общей структуре госпиталя) и изолированная (самостоятельный центр амбулаторной хирургии) [9]. Основным звеном систем здравоохранения являются больницы, оснащенные современными технологиями, совершенным оборудованием и укомплектованные «узкими» квалифицированными специалистами. Считаем, что проведение операций под общим обезболиванием у детей возможно лишь в условиях специализированного центра при наличии высококвалифицированных детских хирургов и анестезиологов-реаниматологов. Риск анестезиологического вмешательства в амбулаторной хирургии на порядок превышает риск операции. По нашему мнению у детей ни в коем случае нельзя выполнять операции в поликлинике. Идеальным является изолированное отделение, но допустимо и интегрированная форма (в составе отделения). Важным является то, что для того чтобы обеспечить и поддерживать высокую квалификацию персонала, больницы нуждаются в большом потоке пациентов. В свою очередь, чтобы обеспечить большой поток пациентов, больницы должны обслуживать гораздо большие группы населения, чем раньше. Самое важное – сохранить кадровый потенциал стационара, обладающего накопленным опытом.

Принципиальным является вопрос, не пострадает ли качество лечения при сокращении койко-дня?

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) дает следующую формулировку понятия качества медицинской помощи: «...каждый пациент должен получить такой комплекс диагностической и терапевтической помощи, который привел бы к оптимальным для здоровья этого пациента результатам в соответствии с уровнем медицинской науки и такими биологическими факторами, как его возраст, заболевание, сопутствующий диагноз, реакции на выбранное лечение и др. При этом для достижения такого результата должны быть привлечены минимальные средства, риск должен быть минимальным, пациент должен получить максимальное удовлетворение от процесса оказываемой помощи, максимальными должны быть и взаимодействия пациента с системой медицинской помощи, а также полученные результаты». Согласно данной формулировке, качество медицинской помощи определяется как оценка медицинской деятельности по отношению к больному с позиций доступности медицинской помощи, ее безопасности, оптимальности, а также удовлетворенности пациента». В зарубежных странах со страховой медициной правительства, работодатели, оплачивающие медицинское страхование и потребители ищут медицинское обслуживание самого высокого качества по минимальной цене. Организации, которым удается продемонстрировать, что именно это они и предлагают, оказываются в самом большом выигрыше в мире здравоохранения, основанном на конкуренции.

В качестве рекомендаций для улучшения психологической адаптации детей международные исследования подтверждают значимость предоперационной психологической подготовки и послеоперационного ухода детям, перенесшим операцию в стационаре одного дня [5, 11]. Дружеский диалог доктора с ребенком и его родителями является идеальной рабочей моделью, которая может быть полезна в пред- и послеоперационном периоде. Значение данного диалога в том, что ребенок воспринимает

Таблица 1. Сравнение краткосрочного пребывания в стационаре и длительного стационарного лечения

Краткосрочное пребывание в стационаре		Длительное стационарное лечение	
Преимущества	Недостатки	Преимущества	Недостатки
Сохранение привычного окружения ребенка	Трудность мониторинга состояния больного	Большие возможности диагностик и лечения	Нарушение привычного окружения
Отсутствие дополнительных контактов с источниками инфекции	Трудности ухода за некоторыми категориями больных	Высокая квалификация врачей	Психологическая депривация
Подготовка к операции, выполнение операции и послеоперационное ведение пациента осуществляется одним врачом	Необходимость для родителей взять на себя уход за больным ребенком	Возможность мониторинга и интенсивной терапии (не нужна)	Назокомиальная инфекция
Сокращение срока ожидания плановой операции	Несоответствие жилищных условий потребностям больного		Удлинение срока ожидания плановой операции
Отсутствие нарушений в функционировании семьи			выражено
Сокращение материальных затрат.			Увеличение материальных затрат

родителей и медицинский персонал как «старых» знакомых, с которыми они встречаются в день операции и после нее. Диалог с врачом (а не односторонняя информация) может дать ребенку возможность обрести чувство уверенности (управляемости ситуации), несмотря на то, что он подвергается воздействию «неизвестных» факторов [9].

Результаты сравнения краткосрочного пребывания в стационаре и длительного стационарного лечения можно представить в виде таблицы (табл. 1).

Преимущества: 1. Дневная хирургия – безопасная и удовлетворяющая интересы родителей и пациентов, и может быть рекомендована как метод выбора хирургической помощи детям при «малой» хирургической патологии. Длительная госпитализация детей для плановых, не требующих специальных методов наблюдения хирургических операций в условиях крупного города является расточительной.

Причиной более длительной госпитализации могут быть социальные факторы: неблагополучие в семье, невозможность обеспечить послеоперационный уход (дети из детских домов), неблагополучных, асоциальных семей.

2. Считаем, что проведение операций возможно лишь в условиях специализированного центра при наличии высококвалифицированных детских анестезиологов-реаниматологов.

3. Уменьшается психологический стресс, восстановление в домашних условиях наступает быстрее и меньше инфекционных осложнений, чем в больнице, появляется большая возможность для проведения «больших» операций, меньше вероятность заболеть ждущему операцию, более доступна становится операционная.

4. Помимо неоправданного расхода ресурсов, длительное пребывание чревато развитием и распространением внутрибольничной инфекции. Частота респираторно-вирусной инфекции возрастает с увеличением срока госпитализации детей и после 6–8 дня пребывания в стационаре составляет 40% и более [17]. Всего этого удастся избежать при кратковременном пребывании в стационаре 1–2 дня.

5. Необходима обратная связь с пациентами, т. е. нужно обязательно принимать во внимание отзывы больных о проведенном лечении.

Проблемы: Но существует и ряд проблем, связанных с организацией краткосрочного нахождения больных в стационаре, что приведет к уменьшению занятости койки.

- уменьшение числа коек ведет к существенному снижению возможностей больницы, которые зависят от величины коечного фонда;

- уменьшение коечного фонда может привести к сокращению бюджета здравоохранения и к нарушению интересов разных категорий работников;

- так в Великобритании от сокращения коечного фонда было получено менее 20% ожидавшейся экономии [8]. Сокращение сроков госпитализации должно иметь целью не столько экономию бюджетных расходов, сколько рациональное их перераспределение. Самое важное – необходимо сохранение высококвалифицированного кадрового потенциала стационара.

Основная цель сокращения продолжительности госпитализации кроме экономии средств, уменьшение негативных факторов больничного окружения для ребенка, нарушение а) привычного уклада жизни, б) психологической депривации, в) риска назокомиальной инфекции.

Пути решения. Для сохранения коечного фонда и штата медицинских работников возможны следующие мероприятия:

1. Расширение зоны обслуживания медучреждения. Новые медицинские технологии в экономически рациональных формах могут использоваться прежде всего в крупных больницах. Это ведет к закрытию мелких больниц и их слиянию в крупные больничные комплексы. Этот процесс получил массовое развитие во многих западных странах в последние 10–15 лет. Например, в США за 10 лет произошло 900 слияний, охвативших 610 больниц. В мегаполисах с многомиллионным населением действуют 2–3 крупные больничные системы [3]. Как возможный вариант – обслуживание в ДХЦ 1 ГКБ г. Минска детей Минской области что осуществляется во всех областных центрах, возможность операций детей с плановой патологией из других регионов Республики Беларусь. Благодаря этому появится возможность пациентам из регионов оперироваться в специализированном центре. Это поможет сократить разрыв между медицинским обслуживанием городского и сельского населения, поможет решить проблему нехватки врачей, медсестёр в малых городах и сельской местности. В конечном итоге это приведет к созданию условий равной доступности медицинской помощи. Будет обеспечен одинаковый уровень качества медицинских услуг независимо от места проживания пациента.

Клинический обзор

2. Расширение спектра предлагаемых медицинских услуг (учитывая наличие высокотехнологичной аппаратуры, квалифицированного персонала – выполнение операций по смежным специальностям (травматологии, урологии, нейрохирургии) с использованием высокотехнологичных методик. Учитывая, что население Беларуси 9,5 млн – лечения определенной патологии (врожденные пороки развития) – может проводиться в единственном центре, что определяется экономической целесообразностью.

В заключение хочется подчеркнуть, что дневные стационары никогда не смогут заменить круглосуточные, и такая цель не стоит. Их задача – снизить нагрузку на больничные учреждения. Поэтому основная цель сокращения продолжительности госпитализации не экономия средств, а уменьшение негативных факторов больничного окружения для ребенка, нарушение привычного уклада жизни, психологической депривации, риска назокомиальной инфекции.

Литература

1. Cullen, K. A., Hall M. J., Golosinskiy A. Ambulatory surgery in the United States. // National health statistics reports. – 2009. – № 11. – P. 1–25.
2. International association for ambulatory surgery ambulatory (day) surgery suggested international terminology and definitions. Approved by the Executive Committee – Paris 9/27/2003. http://79.171.35.173/joomla/images/stories/uploaded_files/IAAS_definitions.pdf (accessed May 2010).
3. Gaynor, M. What do we know about competition in health care markets? / M. Gaynor // Paper for federal Trade Commission. 2006. December.
4. Jackson, I. Day surgery overview: where are we now, how did we get there and where are we going? // Current Anaesthesia and Critical Care. 2007; 18: 176–80.
5. Kotiniemi, L. H., Ryhänen P. T., Valanne J. et al. Postoperative symptoms at home following day-case surgery in children: a multicentre survey of 551 children // Anaesthesia. – 1997. – Vol. 52. – P.963–969.
6. Medicare, Payment Advisory Commission (MedPAC). June 2008 Healthcare Spending and the Medicare Program: A Data Book. Available at: http://www.medpac.gov/documents/Jun08.DataBook_Entire_report.pdf. Accessed February 16, 2010.
7. Sanjay, P., Jones P., Woodward A. Inguinal hernia repair: are ASA 3 and 4 patients suitable for day case hernia repair? // Hernia. – 2006. – № 10. – P. 299–302.
8. Sinha, S., Srinivas G., Montgomery J., DeFriend D. Outcome of day-case inguinal hernia in elderly patients: how safe is it? // Hernia. – 2007. – № 11. – P. 253–256.
9. Smith, I. Day surgery for all: updated selection criteria. // Current Anaesthesia & Critical Care. – 2007. – № 18. – P. 181–187.
10. Sozialgesetzbuch, (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) SGB 5 Ausfertigungsdatum: 20.12.1988.
11. Ермолович, М. Финансирование социальной сферы: подходы к реформированию // Финансы, учет, аудит. – 2012. – № 3. – С. 23–27.
12. Дегтярев, Ю. Г., Фомин О. Ю., Васевич Л. Стационаро-замещающие технологии в хирургии детского возраста // Здравоохранение. – 2013. – № 9. – С. 14–22.
13. Жарко, В. И. Достижения здравоохранения Республики Беларусь // Вопросы организации и информатизации. – 2012. – № 4. – С. 4–11.
14. Жарко, В. И. Итоги работы по подготовке отчета страны по национальным счетам здравоохранения в РБ за 2013 г. // Вопросы организации и информатизации. – 2014. – № 2. – С. 15–16.
15. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18.02.2010 № 166 «Об организации медицинской помощи пациентам с хирургическими заболеваниями в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения и хирургических отделениях больничных организаций здравоохранения (с краткосрочным пребыванием пациентов)».
16. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.03.2011 № 335 «Об утверждении Концепции реализации государственной политики формирования здорового образа жизни населения Республики Беларусь на период до 2020 года и отраслевого плана мероприятий по формированию здорового образа жизни, сохранению и укреплению здоровья населения Республики Беларусь на период до 2015 года».
17. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27.09.2005 № 549 «Об утверждении клинических протоколов диагностики и лечения больных».
18. Таточенко, В. К. Назокомиальные инфекции в педиатрическом стационаре // Вопросы современной педиатрии. – 2002. – Т. 2, № 3. – С. 50–53.
19. Тихомиров, А. В. Прогнозная модель развития процессов в здравоохранении // Главный врач: хозяйство и право. – 2006. – № 4. – С. 2.
20. Харковец, А. Финансовые инструменты на страже интересов Беларуси // Финансы, учет, аудит. – 2013. – № 1. – С. 6–11.