

Организация городского центра амбулаторной детской хирургии в ГАУЗ «Городская детская больница №1» города Казани

Проект в номинации

Системные решения в здравоохранении

Организация

ГАУЗ "Городская детская больница № 1" г.Казани

Участники проекта

Садыков Марат Мадаристович

главный врач ГАУЗ «Городская детская больница №1» г.Казани

Казань

ГАУЗ «Городская детская больница №1» г.Казани

Губайдуллина Динара Габдулхаковна

заместитель главного врача по поликлинической работе ГАУЗ «Городская детская больница №1» г.Казани

Казань

ГАУЗ «Городская детская больница №1» г.Казани

Филатов Владимир Сергеевич

заместитель министра здравоохранения Республики Татарстан – начальник Управления здравоохранения по городу Казани.

Казань

Управление здравоохранения по городу Казани.

Поспелов Михаил Сергеевич

заместитель главного врача по хирургической помощи ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ».

Казань

ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ».

Создание городского центра амбулаторной детской хирургии для повышения доступности и качества оказания хирургической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях детскому населению города Казани, сохранения их медико-психологического здоровья путем внедрения стационарзамещающих

технологий.

Описание проекта

1. Описание проблемы и сложностей ситуации, которая потребовала решения

В современном Российском государстве выдвинута новая Концепция долгосрочного социально-экономического развития, в которой продекларированы высокие стандарты благосостояния человека, означающие, в частности, доступность услуг здравоохранения требуемого качества. На основании данной Концепции Правительство РФ утвердило государственную программу развития здравоохранения. В основу программы заложены основные приоритеты государства в области охраны здоровья: стабилизация демографической ситуации, снижение смертности; структурная и технологическая модернизация здравоохранения; увеличение роли профилактики заболеваний и формирование здорового образа жизни.

Для реализации и оптимизации расходования бюджетных ассигнований медицинских организаций различных уровней актуальной проблемой является поиск новых экономически эффективных моделей оказания высококвалифицированной амбулаторной медицинской помощи, в качестве которых можно рассматривать использование стационарзамещающих технологий.

2. Цель и показатели для измерения достижения цели

Цель проекта: повышение доступности и качества оказания специализированной хирургической помощи детскому населению города Казани в амбулаторно-поликлинических условиях за счет внедрения стационарзамещающих технологий путем создания городского центра амбулаторной детской хирургии (ГЦАДХ).

Основными направлениями работы такого центра являются: консультативный прием первичных и повторных больных; амбулаторные и инвазивные манипуляции, оперативные вмешательства, этапное консервативное лечение и диспансерное наблюдение.

В последние десятилетия значительно расширились возможности и объем амбулаторной хирургии в детском здравоохранении. В настоящее время эта область медицины приобретает все большую популярность и является наиболее развивающейся во всем мире.

Причины этого явления очевидны: устранение психической травмы вследствие разлуки с родителями, что вызывает у ребенка стресс, по силе едва ли меньший, чем сама операция; снижение уровня вторичной инфекции за счет кратковременности пребывания пациента в больничных условиях и разделения потока амбулаторных и стационарных пациентов; многократное увеличение оборота койки при значительной экономии средств на лечение

В структуре хирургической заболеваемости детей основное место занимает острая гнойная инфекция: фурункулы и псевдофурункулы, абсцессы, панариции, маститы, лимфадениты. Протекают эти заболевания в зависимости от возраста ребенка, состояния его организма, бытовых условий по-разному: чаще с большей или меньшей выраженностью общих и местных проявлений. Следует отметить, что подавляющее большинство пациентов (92%) с гнойными хирургическими заболеваниями начинают и заканчивают лечение в амбулаторных условиях. Лишь незначительная часть (8%) с остеомиелитами, костными панарициями, флегмонами, а также младенцы с гнойными заболеваниями направляются в детские хирургические отделения.

Структура болезней мочеполовой системы представлена баланопоститами, сужением крайней плоти, фимозами и гидроцеле. Дети, страдающие данной патологией, как правило, лечатся амбулаторно, но в случае необходимости госпитализируются.

3. Задачи, которые требовалось решить на пути достижения цели

- 1) Изучить мировую и отечественную практику внедрения стационарзамещающих технологий;
- 2) Определить количество выполненных манипуляций и мелких хирургических вмешательств и т.д.;
- 3) Оценить медико-экономическую эффективность работы ЦАДХ;
- 4) Провести анкетирование, пациентов (законных представителей пациента), обратившихся за оказанием медицинской помощи по профилю хирургия;
- 5) Провести анализ обращений пациентов в соответствии с нозологией;

4. Этапы реализации;

I. Информационный этап - обусловил возможность сбора информации, из форм государственной статистической отчетности, амбулаторных карт, социологического опроса родителей о качестве жизни семьи, ее медицинской

активности, доступности и удовлетворенности оказанной хирургической помощью.

II. Организационный этап - обеспечил анализ и оценку собранной информации о состоянии здоровья, условиях жизни, полноты и доступности медицинского обслуживания, наличия комплексных и индивидуальных программ профилактики. На этом этапе, для формирования модели оптимизации хирургической помощи детям был использован метод SWOT-анализа. В исходную матрицу SWOT-анализа включены факторы, характеризующие выявленные преимущества и/или недостатки действующей системы оказания амбулаторной хирургической помощи детям в г. Казани.

III. Этап медицинской помощи - предназначен для повышения доступности и качества амбулаторной хирургической помощи детям в рамках модели оптимизации.

Этап включает планирование работы хирурга, мотивацию персонала кабинета, регулярные опросы пациентов и их родителей об удовлетворенности оказанными услугами. Основу этапа составляет банк данных, включающий сведения о детях, страдающих хронической хирургической патологией и состоящих на диспансерном учете у хирурга. Контроль осуществляется путем мониторинга эффективности мероприятий, что позволяет обеспечить концентрацию и эффективное использование имеющихся ресурсов.

5. Необходимые ресурсы (финансы, люди);

Центр амбулаторной хирургии - является лечебно-диагностическим структурным подразделением поликлиники, в котором выполняются операции различной степени сложности, без необходимости нахождения пациента под круглосуточным наблюдением. Накануне операции больной обследуется в амбулаторном порядке, а после получения результатов всех анализов оперируется.

Основным путем повышения хирургической активности в поликлинических условиях и расширения объема помощи больным хирургического профиля являются:

- a) создание в АПУ центров амбулаторной хирургии (ЦАХ) с операционно-перевязочными кабинетами и палатами кратковременного пребывания больных;
- b) укомплектование штатов высококвалифицированными хирургами, анестезиологами и средним медицинским персоналом;

- с) оснащение центра современным оборудованием, диагностической и контролирующей аппаратурой и инструментарием;
- д) организация наблюдения за состоянием пациентов в послеоперационном периоде на дому.

Городской центр амбулаторной детской хирургии имеет следующие функции, манипуляции и малые оперативные вмешательства ГЦАДХ:

1. Оказание консультативной, диагностической и лечебной помощи больным с хирургическими заболеваниями;
2. Проведение мероприятий по профилактике развития хирургических заболеваний, осложнений и прогрессирующего течения хирургических заболеваний;
3. Отбор и направление в установленном порядке больных хирургическими заболеваниями на стационарное лечение в хирургические отделения для оказания СМП;
4. При выявлении заболеваний, требующих оказания ВМП, осуществление направления больных в соответствии с установленным порядком;
5. Разработка и проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому просвещению;
6. Внедрение в практику новых методов профилактики, диагностики и лечения;
7. Оказание неотложной медицинской помощи;

Предполагаемые малые оперативные вмешательства, выполнение которых возможно в условиях ГЦАДХ:

- Перевязки, снятие швов;
- Хирургическая обработка ран с наложением швов;
- Лечение гнойно-воспалительных заболеваний м/тканей;

- Лечение вросшего ногтя;
- Удаление доброкачественных новообразований мягких тканей (липом, атером, фибром, невусов, бородавок, папиллом и т.д.);
- Удаление инородных тел мягких тканей (металлы и т.п.);
- Лечение артропатий, артралгий;
- Устранение рубцов, шрамов;
- Внутрисуставные инъекции;
- Ведение больных в дневном стационаре.

Если мы разложим равномерно нозологию по группам КСГ, то получаем усредненную стоимость одного законченного случая, которая составляет 22106,70 рублей. При этом стоимость законченного случая дневного стационара при АПП составляет 13365,79 рублей. Даже в одном случае экономический эффект составит 8740,91 рублей.

6. Полученные результаты (качественные, количественные).

Одно из самых важных достоинств амбулаторной детской хирургии состоит в том, что кратковременное пребывание в больнице детей уменьшает эмоционально-психическую травму, связанную с длительным лечением в стационаре и пребыванием в больничных условиях в течение нескольких дней.

Терапевтический эффект лечения оценен, как улучшение в 88,8% случаев и как выздоровление – в 7,2%. Отсутствие положительной динамики состояния здоровья у 4% детей было обусловлено их преждевременным окончанием лечения по разным причинам. Изучение катамнеза детей продемонстрировало улучшение состояния их здоровья и значительное снижение частоты обострений заболеваний.

Лечение больных в условиях ГЦАДХ исключает возможность развития госпитальной инфекции, что показывает отсутствие инфекционных осложнений в послеоперационном периоде.

Внедрение стационарозамещающих технологий показало высокую экономическую эффективность работы центра, которая и далее будет расти. Снижение стоимости лечения делает хирургическую помощь более доступной для пациентов.

Существенных различий в длительности временной нетрудоспособности родителей пациентов, оперированных в стационаре и в условиях ГЦАДХ, не выявлено, что является еще одним веским аргументом в экономической целесообразности организации стационарозамещающих форм хирургического лечения.

Отсутствие госпитализации в стационар позволило сократить расходы на питание детей (ухаживающих), постельное белье, использование расходов на содержание.

Активизация хирургической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях имеет преимущества, так как вырабатывается технология приёма и ведения больных на всех этапах лечения; накапливается опыт работы персонала с больными в специфических условиях центра амбулаторной хирургии.