

# ОРГАНІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Klinichna khirurgiia. 2022 November/December; 89(11-12):34-36  
DOI: 10.26779/2522-1396.2022.11-12.34

## Шляхи вдосконалення амбулаторної хірургічної служби в умовах реформування галузі охорони здоров'я України

**Н. П. Коржик**

Консультативно-діагностичний центр Шевченківського району, м. Київ

## The ways to improve the ambulatory surgical service in environment of reformation in the health defense sphere of Ukraine

**N. P. Korzhyk**

Consulting-Diagnostical Centre of the Shevchenkivskiyi Region, Kyiv

Актуальність зазначеної теми зумовлена тим, що вже другу п'ятирічку крокує медичними закладами реформа, запроваджена з 1 листопада 2013 р. спочатку у пілотних регіонах, згодом поширена по всій Україні.

Не можна сказати, що ця реформа зручна для пацієнтів, проте вона фінансово вигідна для первинної ланки та вкрай дискримінаційна для вузьких фахівців, зокрема хірургів, бо в результаті цієї реформи утворилися центри первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) та консультативно-діагностичні центри з численними філіями (насправді «шматками поліклінік»), де працює вкрай мало вузьких фахівців. Та найнебезпечніший той факт, що, зручно влаштувавшись у чиновницьких кріслах, реформи проводять керівники, мало знайомі з медичними та соціальними проблемами пацієнтів.

Реформування торкнулося і хірургічної служби. Як зазначив директор Національного інституту хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України академік НАМН України О. Ю. Усенко в доповіді «Хірургічна служба України: стан, проблеми, шляхи їх вирішення та стратегічні напрямки розвитку наукових досліджень галузі», хребет хірургічної служби в нашій державі утворюють 776 закладів охорони здоров'я вторинного та третинного рівня, де функціонують штатні відділення хірургічного профілю (включаючи серцево-судинну хірургію, комбустіологію, торакальну та онкологічну хірургію), в яких розгорнуто понад 49 тисяч хірургічних ліжкованих ліжок. Нині у медичних закладах країни працює майже 8 тисяч лікарів-хірургів, з яких 78% мають вищу кваліфікаційну категорію [1].

Найбільш трудомістка та відповідальна лікувальна робота, пов'язана з оперативними втручаннями, потреба в яких виникає як при захворюванні, так і при травмі. Надання хірургічної допомоги пацієнту потребує професіоналізму, оперативності та людяності.

За обсягом оперативних втручань лікарі-хірурги поділяються на: лікарів районної лікарні, які виконують фактично лише операції з приводу апендициту, защемленої грижі і проривної виразки шлунка; фахівців, які виконують резекцію печінки, реконструктивні втручання на органах черевної порожнини або гепатопанкреатобіліарної зони; лікарів поліклінічної ланки, які виконують лише операції «малої хірургії» [1].

Незважаючи на низьку хірургічну активність лікарів поліклінічної ланки, їх роботу не можна недооцінювати, оскільки навіть невелике за обсягом оперативне втручання потрібно виконати професійно. Працівники поліклінічної ланки становлять щонайменше 2/3 лікарів-хірургів. Недалекоглядність та недолугість чиновників від медицини не одного здібного лікаря-хірурга загнали у глухий кут, направивши на роботу в поліклініку та позбавивши можливість брати участь у ротатії: ургенція – стаціонар – поліклініка.

Проведена нашвидкуруч реформа охорони здоров'я в Україні вже більше 9 років отримує неоднозначні відгуки пацієнтів та лікарів. Суттєвою помилкою в реформуванні практичної охорони здоров'я було виведення поліклінік зі складу лікарень та створення самостійних адміністративних одиниць, що призвело до необгрунтованого збільшення кількості керівних кадрів, територіальної віддаленості структурних підрозділів медичних закладів.

З метою економії державних коштів було б доцільно виділити первинну медико-санітарну службу в окрему структуру – центр первинної медико-санітарної допомоги, а вузьких спеціалістів, у тому числі хірургів, залишити у структурі клінічних лікарень.

### Матеріали і методи дослідження

Проведено опитування 2007 пацієнтів щодо ефективності та якості новоспеченої реформи охорони

здоров'я. Позитивне ставлення до останньої висловили 644 (32%) пацієнти, негативне – 1104 (55%), утримались 259 (13%).

Якщо за 9 років впровадження медичної реформи так і не вдалося створити «амбулаторне відділення» клінічної лікарні, об'єднавши складові вторинної ланки, то потрібно хоча б удосконалити наявний варіант вторинної амбулаторної допомоги. З метою своєчасного та кваліфікованого надання амбулаторної хірургічної допомоги, раціонального використання технічного та кадрового потенціалу доцільно створити в районі центр амбулаторної хірургічної допомоги на базі однієї з філій. У режимі роботи лікаря–хірурга центру амбулаторної хірургії врахувати потребу виділення окремого операційного дня для виконання планових оперативних втручань.

Якщо сімейні лікарі певною мірою можуть взяти на себе обов'язки оториноларинголога, гінеколога, уролога, окуліста (в частині огляду, первинної діагностики та реабілітації), то роботу хірурга вони виконувати зовсім не готові, оскільки особливістю хірургії є метод механічної дії на органи та тканини. В роботі амбулаторного хірурга, як і стаціонарного, провідне місце займають оперативні втручання, проте в умовах існуючих діагностичних центрів немає можливості щодо їх розширення.

Поєднувати оперативну діяльність з консультативним прийомом досить складно. В умовах консультативно–діагностичного центру (колишньої поліклініки) немає чіткого розмежування прийому та операційної діяльності – оперативні втручання виконують фактично під час прийому, немає також часового розподілу роботи на ургентну та планову, тобто філія консультативно–діагностичного центру продовжує функціонувати як «шматок поліклініки», що не відповідає міжнародному клінічному досвіду.

Щоб позбутися цього, потрібно максимально відокремити операційну діяльність від бюрократичної роботи, яка є частиною діяльності лікаря–хірурга консультативно–діагностичного центру. Так, наприклад, доцільно виділити операційні та консультативні дні, а також розподілити пацієнтів на ургентних та планових.

Питання заробітної плати лікаря–хірурга було актуальним у всі часи. Окрім дискримінаційних тарифних ставок вузьких спеціалістів (до 01.01.1922 р. тарифна ставка лікаря–хірурга становила в середньому 7000 гривень), спостерігається також дискримінація стосовно навантаження. Традиційний підробіток лікаря 0,25 – 0,5 розміру посадової ставки надається лише адміністрації, рядові працівники позбавлені можливості працювати додатково на 1,5 посадової ставки навіть там, де є вакансія.

Позитивним моментом реформування є те, що можливість вільного вибору лікаря спрощує прив'язаність пацієнта до реєстрації, тобто втратило актуальність поняття «за місцем проживання».

У разі створення районного або міжрайонного центру амбулаторної хірургії пацієнту не доведеться шукати по Інтернету проктолога чи мамолога – вони компактно працюватимуть в цьому центрі.

## Результати

Проаналізувавши укомплектованість філій, слід зазначити, що кожна з них потерпає від кадрового дефіциту. Створення центру амбулаторної хірургії дасть змогу сконцентрувати технічний та інтелектуальний потенціал, що забезпечить якість надання такої допомоги, як оперативні втручання, та іншої лікувально–консультативної допомоги населенню. Хоча в нових циркулярах Національної служби здоров'я України фігурує термін «медичні послуги», за якими має формуватися зарплата лікаря, зокрема хірурга, все ж лікар працює, надаючи медичну допомогу пацієнту.

За період з 2014 по 2021 р. оперовано 744 пацієнти віком від 18 до 76 років. З приводу гнійно–септичної патології (панарицій, карбункул, фурункул, абсцес, гідраденіт) оперовано 421 пацієнта, що становить 56,6%, оперативні втручання з приводу гострих ран (первинна хірургічна обробка) виконано 56 (7,5%) пацієнтам. У плановому порядку оперовано 267 пацієнтів з доброякісними пухлинами м'яких тканин (атероми, ліпоми, папіломи, дерматофіброми, гігрома, сторонні тіла, гематоми та оніхомікоз), що становить 35,9%. Оперативні втручання виконували під місцевим знеболюванням. Побічних ефектів від їх застосування практично не спостерігали. Проте, враховуючи, що кожна операція, навіть мініінвазивна, має стресовий характер, не зайвим було б перебування пацієнта під наглядом лікаря протягом кількох годин після оперативного втручання. Для цього доцільно організувати денний стаціонар хірургічного профілю на базі клінічної лікарні.

Попри численні негативні моменти реформування охорони здоров'я позитивним є запровадження мініінвазивних методик хірургічних втручань, використання сучасної діагностичної апаратури, про яку 30 років тому ніхто не міг навіть подумати. Використання зазначених втручань дає можливість суттєво скоротити кількість ліжко–днів, адже тривале перебування у стаціонарі недоцільне не лише з економічної точки зору, а й з клінічної, оскільки існування внутрішньолікарняної мікрофлори негативно впливає на загоювання рани, що значно ускладнює післяопераційний період.

## Обговорення

Ураховуючи особливість хірургічної служби, яка насамперед направлена на виконання оперативних втручань, дотримання належного санітарно–епідеміологічного режиму у приміщеннях, призначених для виконання цих втручань, потрібні додаткові інтелектуальні та фізичні затрати персоналу.

Створення консультативно–діагностичних центрів з численними філіями призвело до збереження дрібних керівних посад (старші медичні сестри, завідувачі відділень, заступники завідувачів філій тощо).

На перший погляд, реформа нібито має демократичне спрямування стосовно вільного вибору лікаря. Одержавши направлення від сімейного лікаря, пацієнт може записатися до будь–якого фахівця у будь–якому населеному пункті України. Чи не справжня турбота про пацієнта? Проте

пацієнтам все ж зручніший територіальний принцип, про що свідчить їх відмова звертатися до фахівців в інші філії. Так, тривала відсутність певного фахівця у філії не спонукає пацієнтів їхати в інший район чи область. Вони шукають можливість звернутися до лікарів за місцем проживання. Найбільші складнощі для пацієнтів створює відсутність лікаря–хірурга у філії, оскільки доводиться в післяопераційному періоді звертатися в іншу філію або інший лікувальний заклад.

Тому доцільне, на мою думку, створення на базі однієї з філій амбулаторного хірургічного центру, у складі якого, окрім хірургів, працювали б анестезіолог, гістолог, які змогли б забезпечити лікувальний процес за чинним протоколом.

Ефективність організації діяльності стаціонарів має суттєве значення, адже на фінансування спрямовується значна частка загального бюджету системи охорони здоров'я будь-якої країни [2].

Вивчення світового та європейського досвіду (Австралія, Австрія, Швеція) дає підстави зазначити, що амбулаторні відділення, аналогічні нашим поліклінікам, існують у структурі лікарень, що дозволяє раціонально розподілити фінансування та уникнути небажаного дублювання, а також вчасно попередити можливі інтра- та післяопераційні ускладнення [3]. Консультативно–діагностичні центри, що виникли після проведення медичної реформи на підставі Наказу МОЗ № 646 від 05.10.2011 р., можуть входити до складу лікарень інтенсивного лікування, що раціонально з огляду на клінічні позиції, а саме: багатопрофільність зазначених закладів, обсяг оперативних втручань, необхідність участі хірурга–практика в ургентних чергуваннях. Доцільна організація денних стаціонарів хірургічного профілю саме на базі лікарень, де є можливість отримати медикаментозне лікування, а в разі виникнення ускладнення можна розраховувати на ретельний догляд хірурга та за потреби суміжних фахівців. Реформування має покращувати стан медичної галузі, а не навпаки.

У воєнний час всі недоліки проявилися в тому, що відірані від стаціонару консультативні центри на період гострої фази випали з нормального функціонування, не маючи змоги працювати в необладнаних занедбаних бомбосховищах.

## **Висновки**

1. Найбільш раціональний метод реорганізації амбулаторної хірургічної служби – створення відділення мініінвазивної хірургії у складі багатопрофільної лікарні.

2. Іншим варіантом покращення амбулаторної хірургічної допомоги, раціонального використання технічного та кадрового потенціалу є створення в районі центру амбулаторної хірургічної допомоги на базі однієї з філій.

**Фінансування.** Зовнішні джерела фінансування і підтримки були відсутні. Гонорари або інші компенсації не виплачувалися.

**Конфлікт інтересів.** Авторка заявила про відсутність конфлікту інтересів щодо цього рукопису.

## **References**

1. Snegirev P. Progress and future of Ukrainian surgery. *Ukrainian Medical Journal*. 2019;129(1):91–4. Ukrainian. Available from: <https://www.umj.com.ua/article/138400/postup-i-majbuttya-ukrayinskoyi-hirurgiyi?pdf>.
2. Bugro VI. Inpatient care in developed health care systems. *Ukrainian Medical Journal*. 2015;(5):39–41. Ukrainian. Available from: <https://www.umj.com.ua/article/90285/stacionarna-medichna-dopomoga-v-rozvinenix-sistemax-oxoron-i-zdorov-ya?pdf>.
3. Nieberg I. Features of healthcare in Australia: opportunities and prospects. *Health of Ukraine*. 2009;(7):20–21. Ukrainian. Available from: <http://health-ua.com/article/15710-osobennosti-zdravoohraneniya-avstralii-vozmozhnosti-i-perspektivy>

Надійшла 08.10.2022