УДК:614.2:725.51:617.7.001.57
DOI

М.І. КОВТУН[1], В.А. ОГНЄВ[2]

МОДЕЛЬ ІНТЕГРАЦІЇ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я РІЗНИХ ФОРМ ВЛАСНОСТІ ПРИ НАДАННІ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА КАТАРАКТУ

[1]КЗОЗ «Харківська міська клінічна лікарня №14 імені проф. Л.Л. Гіршмана», Україна
[2]Харківський національний медичний університет, Україна

Мета – обґрунтування моделі інтеграції закладів охорони здоров'я різних форм власності при наданні офтальмологічної допомоги хворим на катаракту.

Матеріали і **методи.** У роботі використано рекомендації ВООЗ (2002), чинні законодавчі акти України та результати власних досліджень.

Результати. Надання офтальмологічної допомоги хворим на катаракту здійснюється в закладах охорони здоров'я різних форм власності, однак відсутні нормативні документи, які регламентують взаємозв'язки між ними.

За даними авторів статті та зарубіжних авторів, післяопераційні ускладнення виникають у 8,7% хворих на катаракту. У приватних офтальмологічних клініках відсутня можливість стаціонарного лікування, тому пацієнти при виникненні ускладнень самостійно звертаються до профільного відділення іншої установи.

Висновки. Для надання якісної офтальмологічної допомоги усі заклади охорони здоров'я, згідно з розробленою моделлю, повинні бути поєднані в єдину систему, котра оформлюється юридично та дозволяє покращити результати лікування, уникнути або зменшити рівень післяопераційних ускладнень.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: **катаракта, амбулаторне лікування, ускладнення, заклади різних форм власності.**

За даними ВООЗ, у світі понад 314 млн людей мають зорові розлади, з них 45 млн сліпих. Як було встановлено, 90% сліпих людей мешкають у країнах з низькими доходами, причому основною причиною сліпоти в них є катаракта (39%) [1]. Поширеність сліпоти та проблем із зором залежить від демографічних, економічних, геополітичних, соціально-економічних та інших характеристик країн та якості надання медичної допомоги.

Надання офтальмологічної допомоги хворим на катаракту в Україні здійснюється в державних, комунальних та відомчих закладах охорони здоров'я (ЗОЗ), приватних клініках та центрах. За визначенням, офтальмологічна допомога – це комплекс заходів для забезпечення своєчасної та якісної медичної допомоги кожній особі, яка має захворювання, травму, опік ока чи орбіти, порушення зору, загрозу втрати зору внаслідок загальних захворювань судинного, ендокринного, неврологічного ґенезу, з використанням новітніх стандартизованих медичних технологій для лікування цих порушень, що застосовуються в мережі ЗОЗ державної та комунальної форм власності, які утворені на основі єдиних науково обґрунтованих організаційних принципів та міжнародних стандартів надання офтальмологічної допомоги з відповідним матеріально-технічним забезпеченням, професійною підготовкою медичних працівників [5]. Тим самим наказом визначаються принципи системи надання офтальмологічної допомоги: доступність; безоплатність; своєчасність; забезпечення первинної та вторинної профілактики інвалідності по зору; єдність методологічних підходів освіти та практики при наданні допомоги; динамічність розвитку системи та удосконалення надання допомоги.

Окрім того, медична допомога хворим надається відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 15.03.2007 р. № 117 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Офтальмологія».

Система офтальмологічної допомоги в Україні має наступні рівні: перший – первинна медико-санітарна допомога (долікарські кабінети міських, районних лікарень, амбулаторії сімейної медицини, фельдшерсько-акушерські пункти, де запроваджується долікарський офтальмологічний скринінг); другий рівень – стаціонари та амбулаторні підрозділи міських, районних лікарень; третій рівень складають заклади, які здійснюють висококваліфіковану офтальмологічну допомогу – Державна установа «Інститут очних хвороб і тканинної терапії імені акад. В.П. Філатова НАМН України», клініки медичних вищих навчальних закладів, спеціалізовані офтальмологічні лікарні (мм. Київ, Харків, Дніпропетровськ, Одеса, Миколаїв), регіональні центри мікрохірургії ока, офтальмологічні стаціонари обласних лікарень та офтальмологічні відділення відомчих лікарень, регіональні цілодобові центри невідкладної офтальмологічної допомоги, консультативні офтальмологічні відділення обласних консультативних поліклінік.

© М.І. Ковтун, В.А. Огнєв, 2015

Незважаючи на достатньо розвинену структуру ЗОЗ України різних форм власності, які надають допомогу хворим на катаракту, за показником поширеності очної патології вона знаходиться на першому місці (від 944 до 1017 осіб на 100 тис. нас.) та має середньорічні темпи зростання 18–20% [4;7;8]. За даними різних авторів, у структурі офтальмологічних захворювань катаракта зустрічається у 56,8% випадків. Ця ситуація обумовлює необхідність удосконалення системи надання офтальмологічної допомоги хворим на катаракту.

Мета дослідження – обґрунтування моделі інтеграції закладів охорони здоров'я різних форм власності при наданні офтальмологічної допомоги хворим на катаракту.

Матеріали і методи. В основу концептуальних підходів оптимізації системи надання офтальмологічної допомоги хворим на катаракту покладені міжнародний досвід, рекомендації ВООЗ (2002), чинні законодавчі акти України та результати власних досліджень.

Результати дослідження та їх обговорення. Усучаснихумовахіснуєпевнапослідовністьорганізації надання допомоги хворим на катаракту. Пацієнт, який помітив зниження зору на одне або обидва ока, може звернутися за допомогою до сімейного лікаря або в наступні ЗОЗ: в районну поліклініку, у поліклінічне відділення районної або міської лікарні, в консультаційне відділення міжобласної лікарні «Центр мікрохірургії ока», в консультативні відділення приватних офтальмологічних центрів або в приватні офтальмологічні кабінети.

Сімейний лікар на первинному рівні надання медичної допомоги скеровує хворого, що має скарги на зниження гостроти зору, до офтальмолога, якій може працювати в поліклінічному відділенні ЦРЛ, міської або обласної лікарні. За бажанням пацієнти можуть самостійно звернутися до приватного офтальмологічного кабінету або центру.

Наступним кроком є поглиблене офтальмологічне обстеження відповідно до протоколу надання допомоги хворим на катаракту. Після визначення необхідності хірургічного лікування катаракти хворий повинен пройти відповідне обстеження з визначенням соматичного стану та одержати висновок терапевта про можливість проведення хірургічного втручання. Передопераційне обстеження набуває значної ваги у зв'язку з розповсюдженням у теперішній час амбулаторного хірургічного лікування катаракти. Даний підхід до лікування відповідає сучасним вимогам реформування медичної галузі, однак має суттєві обмеження. По перше, він потребує більш ретельного обстеження пацієнта з виявленням та усуненням можливих вогнищ інфекції в його організмі. Оскільки основний контингент хворих на катаракту – люди похилого віку, більшість з них мають стоматологічні проблеми, які можуть призвести до значних післяопераційних ускладнень. З метою запобігання цьому необхідна ретельна санація ротової порожнини. Тому має сенс, щоб пацієнти перед хірургічним втручанням мали, окрім висновку терапевта, який складається на основі регламентованих обстежень та аналізів, відповідний висновок стоматолога. Окрім того, всі результати лабораторних досліджень придатні протягом місяця, а за цей час у хворого на катаракту можуть виникнути проблеми зі здоров'ям (наприклад, з нирками, з ЛОР-органами, суглобами тощо), які можуть призвести до післяопераційних ускладнень. Тому, виходячи з можливих порушень здоров'я в процесі підготовки до операції, потрібно, щоб клінічний аналіз крові був зроблений безпосередньо перед хірургічним втручанням. Особливо якщо передбачається амбулаторне лікування катаракти.

Незважаючи на ретельне передопераційне обстеження, як при стаціонарному, так і при амбулаторному лікуванні катаракти, у пацієнта можливі різні післяопераційні ускладнення, до яких можна віднести кістозний макулярний набряк, механічні порушення в райдужній оболонці, стійкій ірит, набряк рогівки, підтікання або розрив післяопераційної рани, дислокація ІОЛ, інфекційний ендофтальміт, розрив або відшарування сітківки [2;3;6;9]. Кожне з цих ускладнень, за даними різних авторів, зустрічається досить рідко (у 0,3–3,3% випадків). Однак дослідженнями, проведеними у різних країнах, встановлено, що загальний обсяг ускладнень після факоемульсіфікації катаракти становить до 8,7% [9–12]. Незважаючи на невеликий відсоток ускладнень, які спостерігаються, необхідно враховувати можливість їх виникнення, що потребує створення єдиної системи надання допомоги хворим на катаракту, в якій передбачена можливість ефективної взаємодії лікувальних закладів різних форм власності.

На жаль, не існує нормативних документів, які регламентують взаємозв'язки між державними та приватними закладами ОЗ, що надають офтальмологічну допомогу хворим на катаракту. Таку систему потрібно створювати, оскільки у випадку виникнення ускладнення після операції хворий повинен бути госпіталізований до профільного відділення для проведення необхідного лікування. Зараз при виникненні ускладнень хворий на загальних засадах одержує відповідну допомогу, хоча ним було оплачено лікування в приватній клініці. Усі витрати на лікування в державній або комунальній лікарні пацієнт повинен взяти на себе, а стосунки з приватним медичним центром, де йому було зроблено операцію, з'ясовувати в судовому порядку.

Для надання якісної офтальмологічної допомоги всі ЗОЗ, до яких звертаються хворі на катаракту, відповідно до розробленої моделі, повинні бути поєднані між собою в єдину систему, котра дозволить покращити результати лікування, уникнути або зменшити рівень післяопераційних ускладнень (рис.).

Оскільки приватні клініки, після одержання ліцензії, входять у медичний простір України та надають медичні послуги разом з державними та комунальними ЗОЗ, вони повинні бути включені в цю систему.

Запропонована модель інтеграції ЗОЗ різних форм власності при наданні хірургічної допомоги хворим на катаракту враховує можливі ризики виникнення ускладнень після операції та визначає організаційні шляхи їх усунення, наведені на рисунку пунктиром.

Якщо хворого оперували амбулаторно в державній або комунальній лікарні, то, зазвичай, він перебуває в ній протягом доби або більше, що дозволяє, в разі потреби, надати додаткову допомогу або подовжити термін лікування в умовах стаціонару на декілька діб. На схемі зв'язок амбулаторного відділення хірургії та стаціонару позначено пунктиром.

Якщо пацієнта оперували в приватному центрі, то його через декілька годин після операції відпускають додому. На контрольний огляд він повинен з'явитися наступного дня. Однак завжди існує ризик виникнення ускладнень, які потребують лікування в умовах стаціонару, тому на рисунку пунктиром показані зв'язки приватного центру та державних закладів, де можна буде надати пацієнту потрібну стаціонарну допомогу. Ці зв'язки між приватним центром та державним ЗОЗ повинні бути оформлені юридично, що потребує створення певних нормативних документів на рівні МОЗ України.

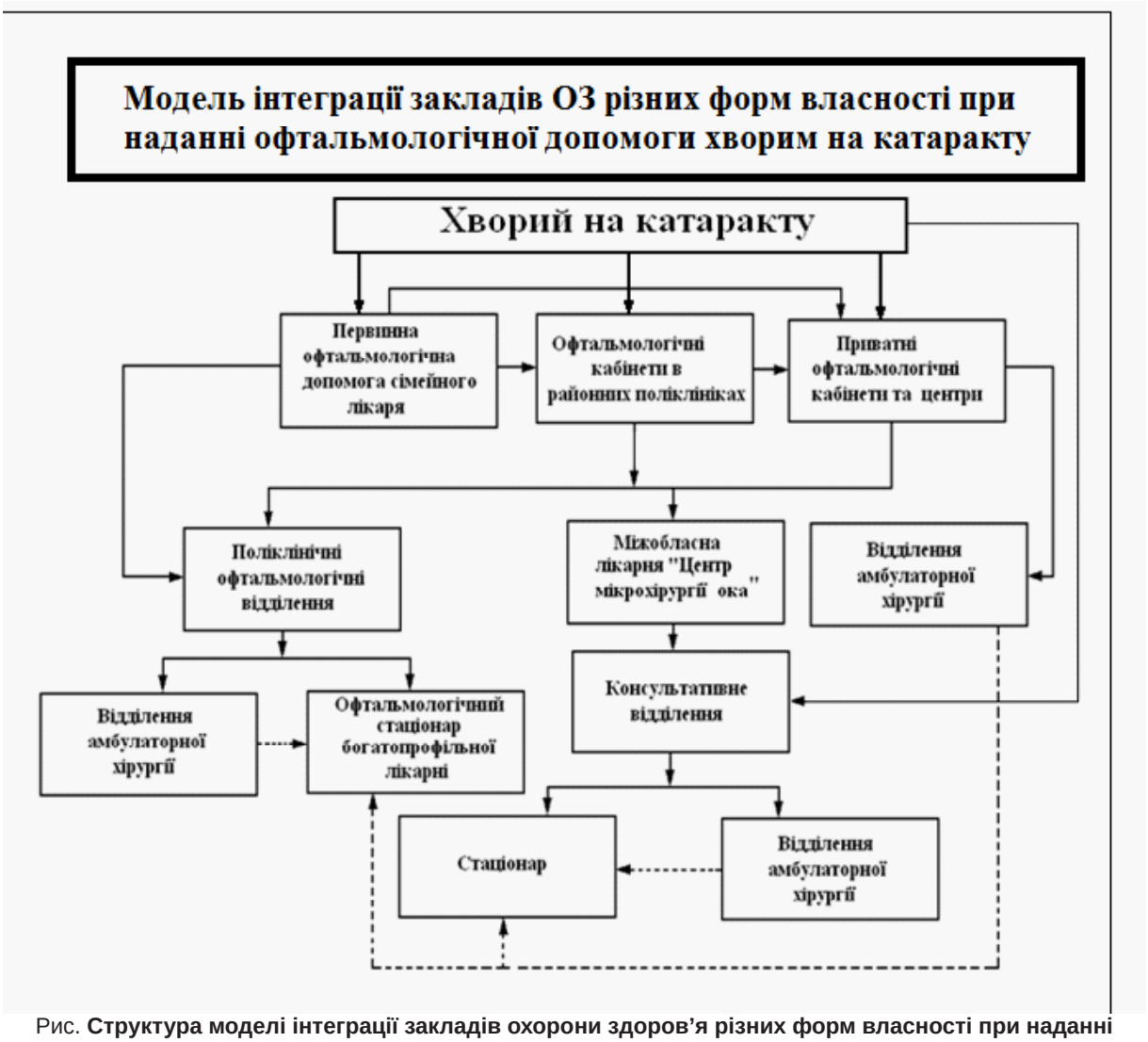

Рис. **Структура моделі інтеграції закладів охорони здоров'я різних форм власності при наданні офтальмологічної допомоги хворим на катаракту**

Питання оптимізації допомоги хворим на катаракту можна було б вирішувати більш простим шляхом за наявності в Україні страхової медицини. У цьому випадку страхові компанії взаємодіяли б з медичними закладами, регламентували надання медичних послуг хворим на катаракту, а пацієнти одержували б якісну допомогу. На жаль, повноцінної системи медичного страхування в Україні на разі немає, тому питання взаємодії приватної та державної медицини повинне вирішувати МОЗ України. Це потребує внесення змін у чинні нормативні документи та створення нових. Відповідно до

наведеної на рисунку структури, зміни потрібні, по перше, в організаційній структурі офтальмологічної служби, в яку повинні увійти й приватні структури. Особливу увагу слід приділити регламентації взаємодії між закладами різних форм власності, які надають офтальмологічну допомогу хворим на катаракту. Не повинно бути різниці в якості надання допомоги між пацієнтами державних та приватних установ, особливо в разі виникнення ускладнень після операції. Оскільки стаціонарна допомога хворим на катаракту здійснюється переважно державними або комунальними ЗОЗ, приватні офтальмологічні центри повинні мати певні юридичні відносини з ними, щоб пацієнт в разі потреби отримав належне лікування в стаціонарі за фінансовою участю приватної клініки, в якій він був прооперований.

Амбулаторна допомога при катаракті потребує значного покращення матеріально-технічного забезпечення профільних клінік, а також певних змін клінічних протоколів, у яких повинна бути врахована можливість хірургії одного дня. Як було вже сказано вище, амбулаторна хірургія потребує підвищення рівня обстеження хворого, наявності в нього висновків, окрім терапевта, й від суміжних фахівців (стоматолога, ЛОРа тощо) та свіжих результатів аналізів. Також повинно бути регламентовано, в яких випадках та за наявності якої патології (офтальмологічної, соматичної) не бажано проводити амбулаторне лікування катаракти та які пацієнти потребують більш ретельного передопераційного обстеження.

Впровадження сучасного обладнання та технологій діагностування та лікування катаракти не тільки в приватних центрах та на третинному рівні, але й на вторинному рівні офтальмологічної допомоги, дозволить значно покращити допомогу хворим.

Значну роль у процесі надання офтальмологічної допомоги хворим на катаракту відіграє рівень кваліфікації медичного персоналу. При амбулаторній хірургії постійне його підвищення є запорукою успішності, тому всі спеціалісти, що надають допомогу хворим на катаракту, повинні підвищувати свій професійний рівень не тільки шляхом навчання на курсах, але й участі в медичних форумах, семінарах, відвідування професійних шкіл та практичної хірургії.

Потребують вирішення питання фінансування офтальмологічної допомоги з використанням як державних коштів, так і позабюджетних.

Висновки

Таким чином, аналіз організації офтальмологічної допомоги хворим на катаракту в Україні дозволив виявити найбільш значущі проблеми:

Необхідна розробка та впровадження нормативних документів, які регламентують взаємодію державних, комунальних та приватних структур, особливо при амбулаторному лікуванні катаракти.

Необхідно впровадити в охорону здоров'я оптимізовану модель надання офтальмологічної допомоги хворим на катаракту, яка об'єднує ЗОЗ різної форми власності.

Впровадження оптимізованої моделі дозволить, завдяки заходам організаційного характеру, відповідному матеріально-технічному забезпеченню, використанню галузевих клінічних протоколів, сучасних технологій амбулаторного лікування та підготовці кваліфікованих фахівців, створити рівні умови для одержання якісної медичної допомоги хворим на катаракту в лікувальних закладах різних форм власності.

Перспективи подальших досліджень становлять наукове обґрунтування та розробка концепції надання офтальмологічної допомоги хворим на катаракту в умовах реформування системи охорони здоров'я України.

Список літератури

1. ВООЗ, 124 сесія, пункт 4.4 «Профілактика та запобігання сліпоті та порушенням зору».

Иошин И. Э. Профилактика инфекционных воспалительных осложнений при факоэмульсификации катаракты / И. Э. Иошин, А. И. Толчинская // Eye World. – 2011.– Vol. 4, № 3.– P. 52–53; 56.

2. Иошин И. Э. Факоэмульсификация / И. Э. Иошин. – Москва : Апрель, 2012. – 102 с.

Ковтун Н. В. Статистическая оценка распространённости офтальмологических заболеваний в Украине: региональный аспект / Н. В. Ковтун, О. Н. Черёмухина // Вопросы статистики. – 2011. – № 4. – С. 30–37.

3. Про систему офтальмологічної допомоги населенню України : наказ МОЗ України від 14.05.2013 № 372, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 25 червня 2013 р. за № 1051/23583.

4. Профилактика инфекционных воспалительных осложнений при факоэмульсификации осложненных катаракт / И. Э. Иошин, А. И. Толчинская, Ю. Ю. Калинников, Г. Т. Хачатрян // Рефракционная хирургия и офтальмология. – 2010. – Т. 10, № 4.– С. 38–40.

5. Черемухіна О. М. Аналіз статистичних даних поширеності офтальмологічних захворювань у 2001–2008 роках серед дорослого сільського населення України / О. М. Черемухіна // Офтальмологический журнал. – 2011. – № 1. – С. 50–56.

6. Черемухіна О. М. Математичне моделювання та прогнозування поширеності очних хвороб / О. М. Черемухіна // Лікарська справа. Врачебное дело. – 2011. – № 1–2. – С. 75–81.

7. Complication rates of phacoemulsification and manual small-incision cataract surgery at Aravind Eye Hospital / Am. Haripriya, D. F. Chang, M. Reena, M. Shekhar // J. Cataract Refract Surg. – 2012. –Vol. 38. – P. 1360–1369.

8. Kling J. Phacoemulsification Complications Declining / J. Kling // Arch. Ophthalmol. – 2012. – Vol. 130. – P. 882–888.

9. Moreno-Montanes J. Intraoperative and postoperative complications of Cionni endocapsular ring implantation / J. Moreno-Montanes, C. Sainz, M. J. Maldonado // J. Cataract Refract. Surg. – 2003. – Vol. 29, № 3. – P. 492–497.
10. Outcomes of post-cataract surgery endophthalmitis referred to a tertiary center from local hospitals in the south of China / Y. Ding ,M. Lin, H. Liu, W. Zhang, L. Wang // Infection. – 2011. – Vol. 39. – P. 451–460.

МОДЕЛЬ ИНТЕГРАЦИИ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ РАЗНИХ ФОРМ СОБСТВЕННОСТИ ПРИ ОКАЗАНИИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ КАТАРАКТОЙ

М.И. Ковтун[1], В.А. Огнев[2]
[1]КУОЗ «Харьковская городская клиническая больница №14 имени проф. Л.Л. Гиршмана», Украина
[2]Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель – обоснование модели интеграции лечебных учреждений разных форм собственности при оказании офтальмологической помощи больным катарактой.

Материалы и методы. В работе использованы рекомендации ВОЗ (2002), действующие законодательные акты Украины и результаты собственных исследований.

Результаты. Оказание офтальмологической помощи больным катарактой осуществляется в лечебных учреждениях разных форм собственности, однако не существует нормативных документов, которые регламентируют взаимодействие между ними.

По данным авторов статьи и зарубежных авторов, послеоперационные осложнения встречаются в среднем у 8,7% больных катарактой. В частных офтальмологических клиниках отсутствует возможность стационарного лечения, поэтому пациенты с осложнениями обращаются самостоятельно в профильное отделение другого учреждения.

Выводы. Для оказания качественной офтальмологической помощи все учреждения, согласно разработанной модели, должны быть юридически объединены между собой в единую систему, что позволит улучшить результаты лечения, избежать или уменьшить уровень послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: катаракта, амбулаторное лечение, осложнение, лечебные учреждения разных форм собственности.

INTEGRATION MODEL OF MEDICAL INSTITUTIONS WITH DIFFERENT FORMS OF OWNERSHIP IN THE DELIVERY OF CATARACT PATIENTS OPHTALMOLOGICAL TREATMENT

M.I. Kovtun[1], V.A. Ognev[2]
[1]MIHP “Kharkiv Municipal Clinical Hospital №14 named by Prof. L.L. Girshman”, Ukraine
[2]Kharkiv National Medical University, Ukraine

The aim of research – study of integration model of medical institutions with different forms of ownership in the delivery of cataract patients’ ophthalmological treatment.

Subject and Methods. The conceptual approaches to optimize the system of eye care of cataract patients are based on recommendations of WHO (2002), the existing legislation of Ukraine and the results of their research.

Results. Eye care of cataract patients is provided in hospitals of different ownership forms, which together form the medical space of Ukraine. However, currently there are no regulations that govern the interaction between them.

According to our data and data of foreign authors, complications in average occur in 8,7% of cases. During eye care in state and municipal hospitals in case of complications appearance, patient is put into a hospital. In private ophthalmological clinics and centers hospital beds usually absent. So the patients with complications on their own must contact specialized department of another institution to get needed treatment. All expenses on the treatment in state or municipal hospital patient covers by himself and relations with private clinic in which the surgery took place must be curtained juridical.

Conclusions. For providing of quality ophthalmological treatment all institutions which cataract patient can contact, must be legally grouped into single system according to the developed model. This will allow improving treatment results and to avoid or reduce level of postoperative complications.

Key words: cataract, out-patient treatment, complication, medical institutions of different property forms.

Рукопис надійшов до редакції 27.01.2016 р.

Відомості про авторів:
Ковтун Михайло Іванович – к.мед.н., головний лікар КЗОЗ «Харківська міська клінічна лікарня №14 імені проф. Л.Л. Гіршмана»; тел.: +38(057) 700-76-71.
Огнєв Віктор Андрійович – д.мед.н., проф., завідувач кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров’я Харківського національного медичного університету; тел.: +38 (057) 707-73-20, 707-72-00.