

Информационный обзор № 18

Доступность населения к медицинской помощи в регионах с Центрами общей врачебной практики (ЦОВП) и эффективность их деятельности

Настоящий информационный обзор описывает основные результаты исследования по оценке эффективности и доступности медицинских услуг в Центрах общей врачебной практики, созданных в 2006-2007 годах в сельских и отдаленных регионах с населением менее 25 тыс. человек.

Центр общей врачебной практики (ЦОВП) – организация здравоохранения, создаваемая путем слияния территориальной больницы или его филиалов с организациями первичной медико-санитарной помощи.

Таблица. Характеристика ЦОВП

№	Название	Численность населения*	Вариант объединения
Жалалабатская область			
1	Кок-Жангак	10 314	ТБ + ЦСМ
2	Тогуз-Торо	19 112	ТБ + ЦСМ
3	Чаткал	21 835	ТБ + ЦСМ
4	Каракуль	23 460	ТБ + ЦСМ
5	Шамалды-Сай	9 947	ТБ + ГСВ
Баткенская область			
6	Самаркандек	20 649	ТБ + ГСВ
7	Айдаркен	22 649	ФТБ + ЦСМ
Ошская область			
8	Чон-Алай*		ТБ + ЦСМ
Чуйская область			
9	Суусамыр	6 208	ФТБ + ГСВ
Нарынская область			
10	Мин-Куш	5 004	ФТБ + ГСВ
Иссыккульская область			
11	Барскоон	6 511	ФТБ + ГСВ

Примечание: *в Чон-Алае на момент проведения исследования ЦОВП не было создано.

1. Введение

Целью создания ЦОВП были оптимизация системы предоставления медицинских услуг в отдаленных регионах и эффективное использование финансовых средств путем объединения ресурсов службы ПМСП и стационаров. В целом, эти изменения должны были способствовать повышению эффективности деятельности и доступности населения к квалифицированной медицинской помощи.

2. Методика проведения исследования

Для достижения цели и решения задач исследовательского проекта были использованы количественные и качественные методы

исследования. Количественные методы - сбор медико-статистической и финансовой информации о деятельности ЦОВП. Качественные методы - полуструктурированные интервью с руководителями ЦОВП, их заместителями и представителями местных государственных администраций, а также фокус-группы с участием административного персонала, врачей и среднего медицинского персонала первичного и вторичного уровней, а также населения.

3. Результаты исследования

Опыт работы ЦОВП показал, что в условиях ограниченных финансовых и человеческих ресурсов объединение организаций первичного и вторичного уровня **может способствовать улучшению эффективности и доступности предоставляемой медицинской помощи населению в отдаленных и труднодоступных регионах.** Однако, в ходе исследования выявлен ряд вопросов по регуляции деятельности ЦОВП, которые существенно осложняют работу и требуют оптимального решения.

Дополнительные возможности для повышения эффективности деятельности организации, а также доступности и качества предоставляемых медицинских услуг:

- **Улучшилась деятельность службы скорой помощи (СП).** Было отмечено, что у ЦСМ не было достаточно средств для обслуживания вызовов СП, население было вынуждено само оплачивать расходы на бензин/масло для машин скорой помощи. После создания ЦОВП улучшилось обеспечение ГСМ и врачи стали выезжать по неотложным случаям (Тогуз-Торо, Минкуш, Суусамыр, Кара-Куль).
- **Улучшилась преемственность между ПМСП и стационаром.** Многие руководители говорят о том, что улучшению преемственности способствуют общие пятиминутки, совещания, разборы больных, появление возможности принятия коллегиального решения врачами ПМСП и стационара по поводу лечебной тактики больных на амбулаторном приеме (Кок-

Жангак, Айдаркен, Чаткал, Тогуз-Торо, Самаркандек, Кара-Куль).

- **Повысилась эффективность в силу совместного использования оборудования, лабораторий и ЦСО.** Поскольку после организации ЦОВП имеющаяся материально-техническая база стала общей, у врачей амбулаторного уровня появилась возможность чаще направлять своих пациентов для прохождения лабораторно-диагностических исследований (Кок-Жангак, Айдаркен, Шамалду-Сай, Тогуз-Торо).
- **Частично решается проблема с нехваткой кадров,** так как в условиях ЦОВП появилась взаимозаменяемость врачей на первичном и вторичном уровнях.
- В части ЦОВП **улучшилось обеспечение медикаментами и изделиями медицинского назначения** (Тогуз-Торо, Суусамыр, Минкуш).

Вместе с тем, были выявлены **вопросы, требующие дальнейшего внимания,** прежде чем будет принято решение о распространении данного опыта:

- **Имеются стимулы для увеличения числа необоснованных госпитализаций.** Руководители отметили, что до создания ЦОВП врачи ГСВ стремились обслуживать пациентов сами (т.е. на уровне ПСМП) и не направлять их в стационар. С созданием ЦОВП процедура госпитализации стала проще («...раньше больному было трудно попасть в стационар, сейчас свободно можно положить в больницу под наблюдение врача».)
- **В части ЦОВП больше внимания уделяется развитию стационарных услуг по сравнению с услугами ПМСП.** ЦОВП в этих случаях функционирует как бывшее ЦРБ (главенствующая роль стационара, слабая служба ПМСП и практически отсутствие профилактической направленности медицинской службы), что не совсем согласуется с целями и задачами проводимых реформ.
- **Возможно снижение качества услуг на ПМСП в связи с привлечением врачей ГСВ к ночным дежурствам в стационаре.** Практически во всех ЦОВП (Шамалду-Сай, Кок-Жангак, Мин-Куш, Тогуз-Торо, Кара-Куль, Барскоон) имеет место широко начавшаяся практика привлечения врачей ГСВ к ночным дежурствам в стационаре. Часть врачей довольны и воспринимают это как

возможность дополнительного заработка, для другой части врачей – это нежелательная дополнительная нагрузка, которая ведет к снижению качества услуг на ПМСП. Гораздо меньше примеров, когда врачи стационара ведут амбулаторный прием.

- **Имеет место неравномерное стимулирование персонала.** Часть ЦОВП отметили повышение уровня заработной платы (Чаткал, Тогуз-Торо). Появилась возможность выплачивать квартальные премии за счет экономии средств (Тогуз-Торо, Суусамыр), но такая возможность есть не у всех ЦОВП. Например, в одном из ЦОВП было отмечено, что «условий для мотивации нет, только за счет увеличения пролеченного случая». Данное обстоятельство может повлиять на решение проблемы кадрового обеспечения в рамках ЦОВП.
- **Нет единого подхода для начисления КТУ.** Результаты проведенных интервью показали, что ранее существовавшая система стимулов претерпела изменения и не всегда в лучшую сторону (утрачены коэффициенты, отменены или не начисляются некоторые КТУ и т.д.). Каких-либо новых разработок, которые могли бы эффективно функционировать в рамках ЦОВП за прошедшее время не наработано. «КТУ ГСВ и стационаров делаются отдельно» (Тогуз-Торо, Айдаркен, Суусамыр).

4. Рекомендации

1. Необходимо внести изменения в нормативно-правовую базу ЦОВП как единой организации по вопросам распределения функциональных обязанностей, механизмам финансирования и начисления заработной платы; оптимизации медико-статистической и финансовой отчетности.
2. Организовать обучение руководящего состава ЦОВП по вопросам менеджмента в организации;
3. Для решения вопроса о распространении данного опыта, после усовершенствования нормативно-правовой базы рекомендуется проведение повторного исследования с анализом деятельности ЦОВП на основе годовых показателей.

Для получения более подробной информации и полного отчета по исследованию обращайтесь к консультантам ОАПЗ ЦРЗ:
Мурзалиевой Гулгун по Эл. поч.:
gulgun@manas.elcat.kg
Кожокееву Канату по Эл.поч.:
kanat@manas.elcat.kg