



Center for
Health System
Development



Документ исследования политики № 47

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

**Мурзалиева Гулгун (ЦРЗ)
Кожокеев Канат (ЦРЗ)
Джемуратов Куанычбек (АБ КР)
Торобаева Аида (АБ КР)
Туякова Эльмира (АБ КР)**

Ноябрь 2007

Отдел анализа политики здравоохранения, Центр развития здравоохранения,
Кыргызская Республика, г.Бишкек, 720405, ул.Тоголока Молдо 1,
Тел.: 996 (312)666-244, Факс: 996 (312) 663-649, Эл.почта: mjakab@manas.elcat.kg

Содержание

Список сокращений	3
1. Введение	4
2. Цели и задачи исследования	5
3. Методология исследования	5
3.1. Краткая характеристика исследованных ЦОВП.....	5
3.2. Индикаторы деятельности ЦОВП.....	6
3.3. Методика проведения интервью и фокус-групп.....	7
4. Результаты изучения деятельности ЦОВП.....	7
4.1. Нормативно - правовая база	7
4.2. Мнение руководства организаций о нормативно-правовой базе ЦОВП.....	8
4.3. Инфраструктура	9
4.4. Финансирование	9
4.5. Человеческие ресурсы	13
4.6. Уровень амбулаторных посещений и госпитализаций.....	15
4.7. ЦОВП в понимании медицинского персонала	18
4.8. Мнение населения о доступности медицинских услуг в ЦОВП	18
5. Заключение	19
6. Рекомендации	21

Список сокращений

МЗ КР	Министерство здравоохранения Кыргызской Республики
пгт	поселок городского типа
ООб	Областные объединенные больницы
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ТБ	Территориальная больница
ГБ	Городская больница
ФТБ	Филиал территориальной больницы
СП ТБ	Структурные подразделения территориальных больниц
СУБ	Сельская участковая больница
ЦСМ	Центры семейной медицины
ГСВ	Группа семейных врачей
СП	Скорая помощь
ЦОВП	Центр общеврачебной практики
ГСМ	Горюче-смазочные материалы

1. Введение

С целью улучшения предоставления медицинских услуг, в том числе в отдаленных и труднодоступных регионах, в период с 2001 по 2006 годы были проведены мероприятия по реструктуризации организаций здравоохранения. Данный процесс фокусировался на уменьшении избыточных мощностей, эффективном использовании высвободившихся ресурсов для повышения качества услуг. Несмотря на проведенные структурные изменения, в отдаленных и труднодоступных регионах все же остаются серьезные проблемы в предоставлении эффективных, доступных и высококачественных медицинских услуг населению, включая:

- Недостаток финансовых ресурсов на уровне стационаров в силу небольшого общего количества пациентов, что в условиях оплаты за пролеченный случай не позволяет получить соответствующий уровень финансирования;
- Дефицит кадровых ресурсов, что связано с высоким уровнем внешней миграции медицинских кадров и отсутствием выпускников медицинских ВУЗов, желающих работать в отдаленных и труднодоступных регионах;
- Неадекватное материально-техническое оснащение и недостаток санитарного транспорта для обеспечения услугами пациентов, проживающих на отдаленных от медицинской организаций территориях;

Принимая во внимание вышеуказанные проблемы, МЗ приняло решение, о том, что отдаленные и труднодоступные регионы нуждаются в особом подходе в плане организации предоставления помощи и механизмов финансирования. Данное решение привело к организации так называемых Центров общеврачебной практики (ЦОВП).

Центр общеврачебной практики – организация здравоохранения создаваемая путем слияния территориальной больницы с организациями первичной медико-санитарной помощи. ЦОВП получает финансирование по тому же принципу, как и ЦСМ и ТБ: подушевое финансирование на первичном уровне в соответствии с количеством приписанного населения и оплата по пролеченному случаю в зависимости от общего количества и типа госпитализаций.

В 2006 году был Министерством здравоохранения был издан Приказ МЗ КР за №194 от 20 апреля о создании 11 ЦОВП. Данное решение было выработано специально для отдаленных регионов с населением менее 25 тыс. человек. Целью создания ЦОВП была оптимизация системы предоставления медицинских услуг и улучшение финансирования путем объединения ресурсов ПМСП и стационарной службы. В целом, эти изменения должны были способствовать повышению эффективности и доступности населения к высококвалифицированной помощи в отдаленных регионах.

Целью настоящего исследования является проведение ранней оценки для лучшего понимания насколько объединение ПМСП и стационаров позволило улучшить эффективность и доступность медицинских услуг. Предполагается, что на основе результатов исследования будет принято решение о необходимости дальнейшего распространения данного опыта на другие отдаленные и труднодоступные регионы.

Согласно полученным данным, объединение организаций первичной медико-санитарной помощи и стационаров в ЦОВП привело к некоторому улучшению доступности и эффективности системы предоставления медицинских услуг. В частности, об этом говорят следующие результаты исследования:

- Улучшилась деятельность скорой медицинской помощи;

- Улучшилась преемственность в оказании медицинских услуг между службой ПМСП и стационарами;
- Повысилась эффективность в силу совместного использования медицинского оборудования, лабораторий и ЦСО;
- Не так остро стоит проблема с обеспеченностью кадрами, поскольку персонал ПМСП и стационаров имеют возможность заменять друг друга;
- В отдельных ЦОВП улучшилось обеспечение медикаментами и изделиями медицинского назначения.

В то же самое время, было выявлено несколько вопросов, требующих дальнейшей доработки, прежде чем будет принято решение о распространении данной модели в другие регионы:

- Имеются стимулы для увеличения числа необоснованных госпитализаций;
- Руководители отдельных ЦОВП уделяют больше внимания развитию стационарной службы по сравнению с ПМСП;
- Привлечение врачей ПМСП к ночным дежурствам в стационаре может привести к снижению качества услуг на ПМСП;
- Имеет место неравномерное стимулирование персонала, в связи с чем в одних ЦОВП отмечается увеличение уровня заработной платы, а в других – снижение;
- Нет единого подхода для начисления КТУ (коэффициент трудового участия).

На основе полученных результатов, прежде чем, распространить данный опыт, рекомендуется продолжить работу над усовершенствованием деятельности ЦОВП.

Отчет состоит из следующих разделов: в разделе 2 изложены цели исследования; раздел 3 описывает методологию исследования; в разделе 4 представлены основные результаты; раздел 5 содержит заключение и в разделе 6 изложены рекомендации.

2. Цели и задачи исследования

Цели исследования:

1. Ситуационный анализ деятельности ЦОВП;
2. Сравнительная оценка доступности населения к медицинским услугам до и после создания ЦОВП.

Задачи исследования:

1. Изучить нормативно-правовую базу ЦОВП;
2. Изучить изменения в инфраструктуре и обеспеченности лабораторно-диагностическим оборудованием, произошедшие после организации ЦОВП;
3. Проанализировать основные показатели деятельности до и после организации ЦОВП;
4. Оценить экономическую эффективность деятельности ЦОВП;
5. Изучить мнение руководителей и медицинского персонала об опыте работы ЦОВП;
6. Изучить мнение населения о доступности медицинских услуг на территориях обслуживания ЦОВП.

3. Методология исследования

3.1. Краткая характеристика исследованных ЦОВП

На первое августа 2007 года в стране функционировало 10 из 11 Центров общей врачебной практики (таблица 1).

Таблица 1. Краткая характеристика ЦОВП

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

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

Все ЦОВП условно можно разделить на 4 группы:

1 группа – ЦОВП, созданные на базе районных, городских территориальных больниц и центров семейной медицины. К ним относятся ЦОВП, расположенные в Жалалабатской области в Тогуз-Тороузском и Чаткальском районах, в г.Кок-Жангак и г.Кара-Куль.

2 группа – ЦОВП созданные на базе территориальных больниц и групп семейных врачей, примером которого являются ЦОВП в пгт.Шамалды-Сай Жалалабатской области и в с.Самаркандек Баткенской области.

3 группа – ЦОВП, организованное путем объединения филиала территориальной больницы и районного центра семейной медицины. Это ЦОВП в пгт.Айдаркен Баткенской области.

4 группа – ЦОВП, созданные на базе филиалов территориальных больниц и групп семейных врачей. К ним относятся ЦОВП в с. Суусамыр Чуйской области, в пгт.Мин-Куш Нарынской области и в с.Барскоон Иссык-Кульской области.

В Чон-Алайском районе Ошской области ТБ и ЦСМ продолжают функционировать как отдельные организации. Вопрос об организации ЦОВП находится на стадии решения в Министерстве здравоохранения.

3.2. Индикаторы деятельности ЦОВП

Для достижения цели и решения задач исследовательского проекта был проведен сбор следующей информации:

1. Перечень нормативно-правовых документов, которыми руководствуется ЦОВП;
2. Количество площадей и помещений, занимаемых организациями до и после создания ЦОВП;
3. Изменения в показателях общих затрат консолидированного бюджета и по отдельным статьям расходов.
4. Кадровый состав (количество штатных единиц, занятых ставок и физических лиц, поло-возрастной состав и квалификация);

5. Основные показатели деятельности ЦОВП:

- Количество посещений всего, в том числе по заболеванию;
- Количество направлений к специалистам узкого профиля;
- Количество направлений на госпитализацию;
- Кочный фонд (общее количество, работа койки, среднее пребывание больного на койке);
- Количество выписанных больных.

3.3. Методика проведения интервью и фокус-групп

С целью изучения мнений о деятельности ЦОВП как вновь организованной структуры были проведены:

- полуструктурированные интервью с руководителями ЦОВП, их заместителями и представителями местных государственных администраций - 16 чел.;
- 8 фокус-групп с административным персоналом ЦОВП (главные и старшие медсестры, бухгалтера, медицинские статистики) - 45 чел.;
- 8 фокус-групп с врачами первичного и вторичного уровней – 44 чел.;
- 8 фокус-групп со средним медицинским персоналом первичного и вторичного уровней – 68 чел.

Изучение мнения населения о доступности медицинских услуг изучалось посредством проведения:

- 10 фокус-групп – 99 чел.

Полуструктурированные интервью и фокус-группы проводились в соответствии со специально разработанными вопросниками и руководствами. В основном они содержали одни и те же вопросы (некоторые различия в вопросниках для руководителей) и задавались разным объектам с целью дальнейшего сопоставления полученных мнений.

4. Результаты изучения деятельности ЦОВП

4.1. Нормативно - правовая база

Деятельность ЦОВП в основном осуществляется на основе следующих нормативных документов:

- Приказы Министерства здравоохранения Кыргызской Республики за №194 от 20.04.2006 и за №30 от 29.01.2007 с приложением типового положения о ЦОВП;
- Приказы областных координаторов.

Кроме этого все ЦОВП имеют документы, подтверждающие юридический статус организации:

- свидетельства о государственной регистрации/перерегистрации юридического лица;
- статистические регистрационные карточки;
- регистрационные карточки налогоплательщика.

Несмотря на издание приказа МЗ КР, датированное апрелем 2006 года, первые ЦОВП начали функционировать только в августе 2006 года. Так, 4 из 11 ЦОВП начали свою деятельность через 3 - 4 месяца после издания Приказа МЗ КР, 2 ЦОВП – через 5 - 6 месяцев; 3 ЦОВП – через 9 -12 месяцев. По мнению представителей МЗ КР, такая отсрочка была связана с процедурой выбора руководителей вновь создаваемых организаций и их согласованием с местными органами власти.

4.2. Мнение руководства организаций о нормативно-правовой базе ЦОВП

В ходе проведения интервью, всем респондентам задавался вопрос «Какая нормативно-правовая база была подготовлена для осуществления деятельности Вашей организации? Каковы ее положительные и отрицательные стороны?».

По мнению большинства респондентов, существующее Положение о ЦОВП содержит в основном общие пункты и не отражает конкретные механизмы регуляции основных направлений деятельности вновь созданной организационной структуры.

Наибольшие затруднения вызывают следующие вопросы:

1) определение нормативов по:

- количеству коек с учетом особенностей обслуживаемых ими территорий;
- общему количеству медицинского персонала;
- нагрузке медицинского персонала в сельской местности, так как зачастую она не нормирована.

2) механизм начисления заработной платы;

3) формат медико-статистической и финансовой отчетности.

Поскольку эти вопросы не оговорены в существующем Положении, то часть руководителей руководствуются нормативно-правовой документацией ТБ, но основная часть констатируют, что не имеют своих наработанных нормативных документов и решают вопросы каждый раз по-разному в зависимости от обстоятельств.

Практически все руководители отметили, что имеется различие в уровне оплаты врачебного и среднего медицинского персонала ЦОВП как на амбулаторном, так и на стационарном уровнях. Как правило, уровень оплаты персонала, работающего на амбулаторном уровне выше. Это неравенство вызывает недовольство в коллективе, особенно с учетом того, что нагрузка на стационарном уровне заметно возросла после организации ЦОВП. В ходе работы возникают вопросы:

- Как должно оплачиваться совместительство врачей на амбулаторном и стационарном уровнях?
- Имеет ли право персонал амбулаторного уровня на % от сооплаты при направлении больного на обследование на стационарный уровень?;
- Имеет ли право персонал стационарного уровня на коэффициент участковости 1,7 при обслуживании амбулаторных пациентов?
- Как должна начисляться заработная плата административного штата с учетом двойной нагрузки? (имеется ввиду руководство деятельностью первичного и вторичного уровней оказания медицинской помощи);

Следующая проблема, которая требует решения, это форма медико-статистической и финансовой отчетности. Основная часть ЦОВП продолжает вести отдельную отчетность по амбулаторному и стационарному уровню. Были внесены предложения разработать единую отчетную форму, которая содержала бы информацию по стационару, ГСВ и ФАП.

Кроме того, была отмечена необходимость пересмотра нормативов финансирования ЦОВП. Это в основном связано с тем, что официальная численность населения не соответствует фактически обслуживаемой.

Так, например, в пгт.Шамалды-Сай численность официально закрепленного населения составляет 10 тыс.чел.. Но, со слов персонала ЦОВП, количество фактически обслуживаемого населения в 2-2,5 раза больше (28-30 тыс.чел.) за счет обращений населения ближайших населенных пунктов Аксыйского, Ноокенского районов и села, относящегося к городу Ташкумыр.

Другой пример – пгт.Самаркандек, где ЦОВП организовано на базе ТБ и ГСВ. ГСВ ранее входило в состав Баткенского ЦСМ, при его переходе в состав ЦОВП количество приписанного населения уменьшилось. В связи с этим сократился объем финансирования по подушевому принципу и покрывает в основном только заработную плату медицинского персонала на амбулаторном уровне.

4.3. Инфраструктура

В интервью с руководителями исследуемых организаций здравоохранения было отмечено, что за период деятельности вновь организованных ЦОВП каких-либо изменений в их инфраструктуре практически не произошло, т.е. площади и помещения, занимаемые в прошлом стационарной службой и службой ПМСП перешли в ведение ЦОВП без каких-либо сокращений. Это подтверждается и количественными данными, полученными на местах (таблица 2).

Таблица 2. Количество зданий и площадей до и после создания ЦОВП

	Общее количество зданий			Площадь		
	ПМСП (ЦСМ, ГСВ)	Стацио ар (ТБ, ФТБ)	ЦОВП	ПМСП (ЦСМ, ГСВ)	Стацио ар (ТБ, ФТБ)	ЦОВП
Кок-Жангак	2	13	14	510,0	8142,7	8652,7
Тогуз-Торо	1/3	5	5	1342,0	2595,0	3937,0
Чаткал	2	6	8	421,0	1515,0	1936,0
Кара-Куль	2	1	3	4647,9	2886,2	7534,1
Шамалды-Сай	1	7	7	1948,0	4318,0	4318,0
Самаркандек	2	4	6	246,0	1133,9	1379,9
Айдаркен	1	3	4	1616,6	2571,8	4288,4
Суусамыр	2	7	9	299,0	1037,0	1336,0
Мин-Куш		3	3		2880,0	2880,0
Барскоон		1	1		333,0	333,0

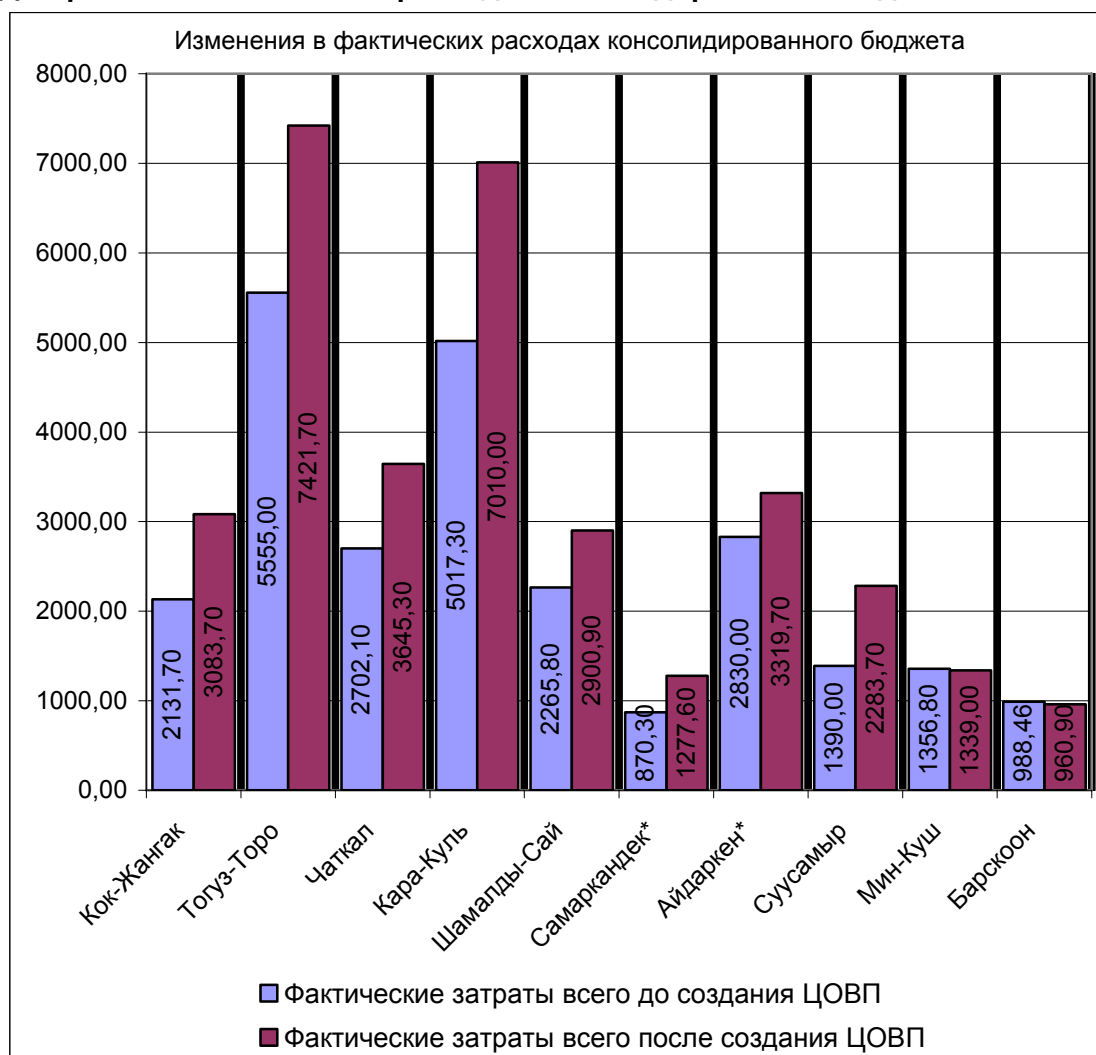
Исключение в данном случае составил ЦОВП пгт. Шамалды-Сай, где структуры бывшего ГСВ были переведены в помещения, где располагалась ТБ пгт. Шамалды-Сай. При этом площади сократились с 6266 м² до 4318 м², а количество помещений сократилось с 8 до 7.

4.4. Финансирование

Данные по финансированию ЦОВП представлены только фактическими расходами, так как, во-первых, объем финансирования за полгода не дает полную картину финансирования организации здравоохранения в целом в связи с изменениями поступлений финансовых средств в течение года, во-вторых, в ходе исследования ставилась цель проанализировать динамику расходов в каждом отдельном ЦОВП в периоды до и после их создания.

Анализ данных по фактическим расходам консолидированного бюджета организаций показал наличие значительных изменений в сравнении периодов до и после создания ЦОВП (диаграмма 1). Отмечается увеличение общего объема фактических расходов консолидированного бюджета во всех ЦОВП.

Диаграмма 1. Фактические расходы консолидированного бюджета.



Увеличение объемов фактических расходов колеблется от 407,30 тыс.сомов (Самаркандек) до 1 992,70 тыс.сомов (Каракуль) (таблица 3). Снижение фактических расходов наблюдается только в двух ЦОВП - пгт Мин-Куш и с.Барскоон (на 17,80 и 27,56 тыс. сомов соответственно).

Таблица 3. Фактические расходы организаций до и после создания ЦОВП
(1 полугодия 2006 и 2007 годов)

ЦОВП	Консолидированный бюджет до создания ЦОВП	Консолидированный бюджет после создания ЦОВП	Разница
Кок-Жангак	2 131,70	3 083,70	952,00
Тогуз-Торо	5 555,00	7 421,70	1 866,70
Чаткал	2 702,10	3 645,30	943,20
Каракуль	5 017,30	7 010,00	1 992,70
Шамалды-Сай	2 265,80	2 900,90	635,10
Самаркандек*	870,30	1 277,60	407,30
Айдаркен*	2 830,00	3 319,70	489,70
Суусамыр	1 390,00	2 283,70	893,70
<u>Мин-Куш</u>	1 356,80	1 339,00	-17,80
<u>Барскоон</u>	988,46	960,90	-27,56

Примечание: * ЦОВП Самаркандек – 1 квартала 2006 и 2007 годов, ЦОВП Айдаркен – 1 и 2 квартала 2007 года

Анализ изменений в уровне фактических расходов по основным статьям затрат по всем 10 ЦОВП (сравнивались данные за первое полугодие 2006 и 2007 гг.) выявил значительные вариации (таблица 4).

Таблица 4. Изменение фактических расходов по основным статьям затрат, в тыс.сом

ЦОВП	ФОТ	Питание	Медикаменты	Коммунальные услуги	Другие****
Кок-Жангак	788,20*	1,10	-23,20**	103,8	44,00
Тогуз-Торо	1 760,60	-20,20	81,20	7,10	17,50
Чаткал	1 152,50	36,60	-63,80	-174,80	7,4
Каракуль	2 055,70	27,10	-74,30	75,20	144,40
Шамалды-Сай	623,3	-84,20	-122,10	27,60	184,70
Самаркандек***	365,7	46,90	-36,70	20,50	21,20
Айдаркен***	-127,20	95,60	-26,20	605,60	-43,80
Суусамыр	526,70	24,50	91,90	136,60	120,70
Мин-Куш	-145,30	-11,00	25,40	53,50	35,30
Барскоон	61,76	-7,90	-54,50	-22,76	10,02

Примечание: *жирным шрифтом указан значительный рост расходов

**цветом выделено снижение затрат

*** ЦОВП Самаркандек – 1 квартала 2006 и 2007 годов, ЦОВП Айдаркен – 1 и 2 квартала 2007 года

****Статья “Другие” включает в себя оставшиеся статьи расходов.

- Статья “Заработная плата и отчисления в СФ” - отмечается увеличение уровня фактических расходов по данной статье затрат во всех ЦОВП (за исключением ЦОВП Айдаркен и Мин-Куш). Наиболее значительный рост произошел в г.Каракуль, Тогуз-Торо и Чаткале;
- Статья “Питание” - расходы на питание увеличились в 6-ти ЦОВП (Кок-Жангак, Чаткал, Каракуль, Самаркандек, Айдаркен, Суусамыр). Наибольшее снижение затрат на питание произошло в Шамалды-Сайе;
- Статья “Медикаменты” – увеличение расходов на медикаменты наблюдается только в 3-х ЦОВП (Тогуз-Торо, Суусамыр, Мин-Куш). Наибольшее снижение затрат также произошло в Шамалды-Сайе;
- Статья “Коммунальные услуги” – снижение затрат на коммунальные услуги произошло только в 2-х ЦОВП – Барскоон (на 22,76 тыс.сом) и Чаткале (174,80 тыс.сом). Во всех остальных ЦОВП идет рост расходов за коммунальные услуги, наиболее значительный – в Айдаркене, Суусамыре, Кок-Жангаке.;
- Статья “Прочие” – произошел рост во всех ЦОВП (за исключением Айдаркена). Наибольший рост отмечается в Шамалды-Сайе, Каракуле и Суусамыре.

Имеющиеся данные по фактическим расходам в разрезе ПМСП и стационар (6 ЦОВП) за I-ые полугодия 2006 и 2007 годов показывают увеличение доли расходов как на уровне ПМСП (кроме ЦОВП с.Айдаркен), так и на стационарном уровне (кроме ЦОВП с.Мин-Куш) в 5 ЦОВП (диаграмма 2-3).

Диаграмма 2

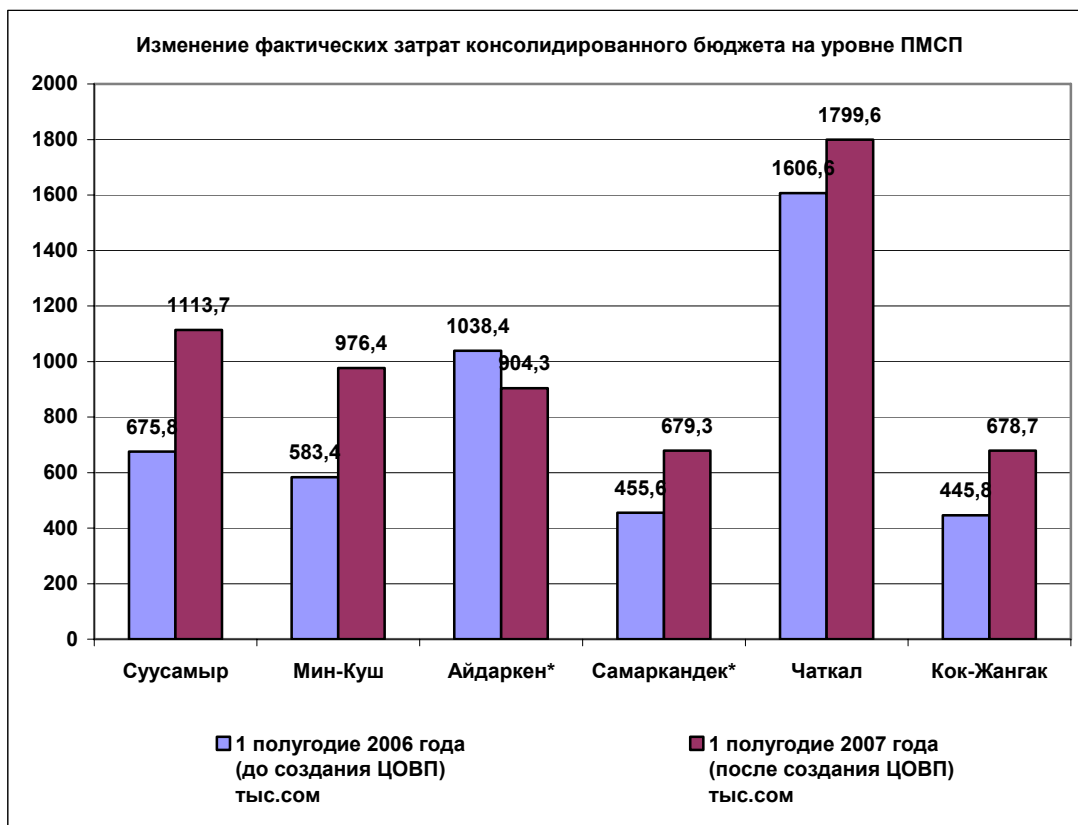
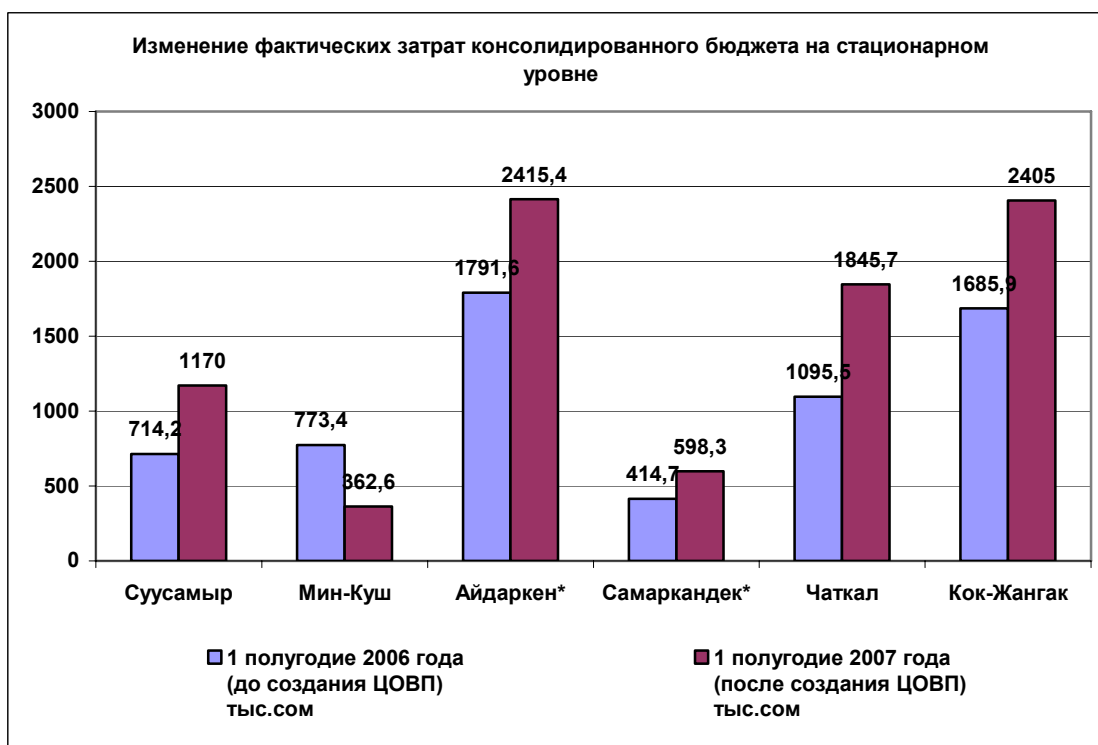


Диаграмма 3



Мнение руководства и медицинского персонала

Питание и лекарственное обеспечение

- Большинство руководителей отметили, что после создания ЦОВП произошло улучшение лекарственного обеспечения, питания пациентов (Мин-Куш, Суусамыр, Чаткал, Барскоон, Кара-Куль, Кок-Жангак, Шамалды-Сай);
- Увеличение расходов по лекарственному обеспечению связывают с увеличением уровня госпитализации;
- В отдельных ЦОВП при распределении лекарств отдается приоритет стационару;
- Наблюдаются затруднения в лекарственном обеспечении по дополнительному пакету по ОМС, в связи со скудным ассортиментом лекарств в существующих аптеках или отсутствием аптек, работающих по ДП ОМС (Чаткал);
- Руководители некоторых ЦОВП отмечают увеличение расходов на лекарственное обеспечение на амбулаторном уровне за счет стационара. Примером такой ситуации может быть ЦОВП с. Самаркандек, где финансовые средства выделенные на ГСВ с уменьшенным количеством приписанного населения покрывают в основном только затраты на фонд оплаты труда. В то время как возросшие затраты на медикаменты для скорой помощи и программы по интегрированному ведению болезней детского возраста (ИБДВ) покрываются за счет больницы.

Коммунальные затраты

- Руководители ЦОВП отмечают отсутствие задолженностей по коммунальным услугам;

Другие

- С момента создания ЦОВП обновилось постельное белье, улучшились условия в стационаре (Барскоон).
- Имеется полный набор лабораторных реактивов (Кара-Куль).
- Появилась возможность обеспечения ГСМ машин скорой помощи (Тогуз-Торо, Минкуш, Суусамыр, Кара-Куль).

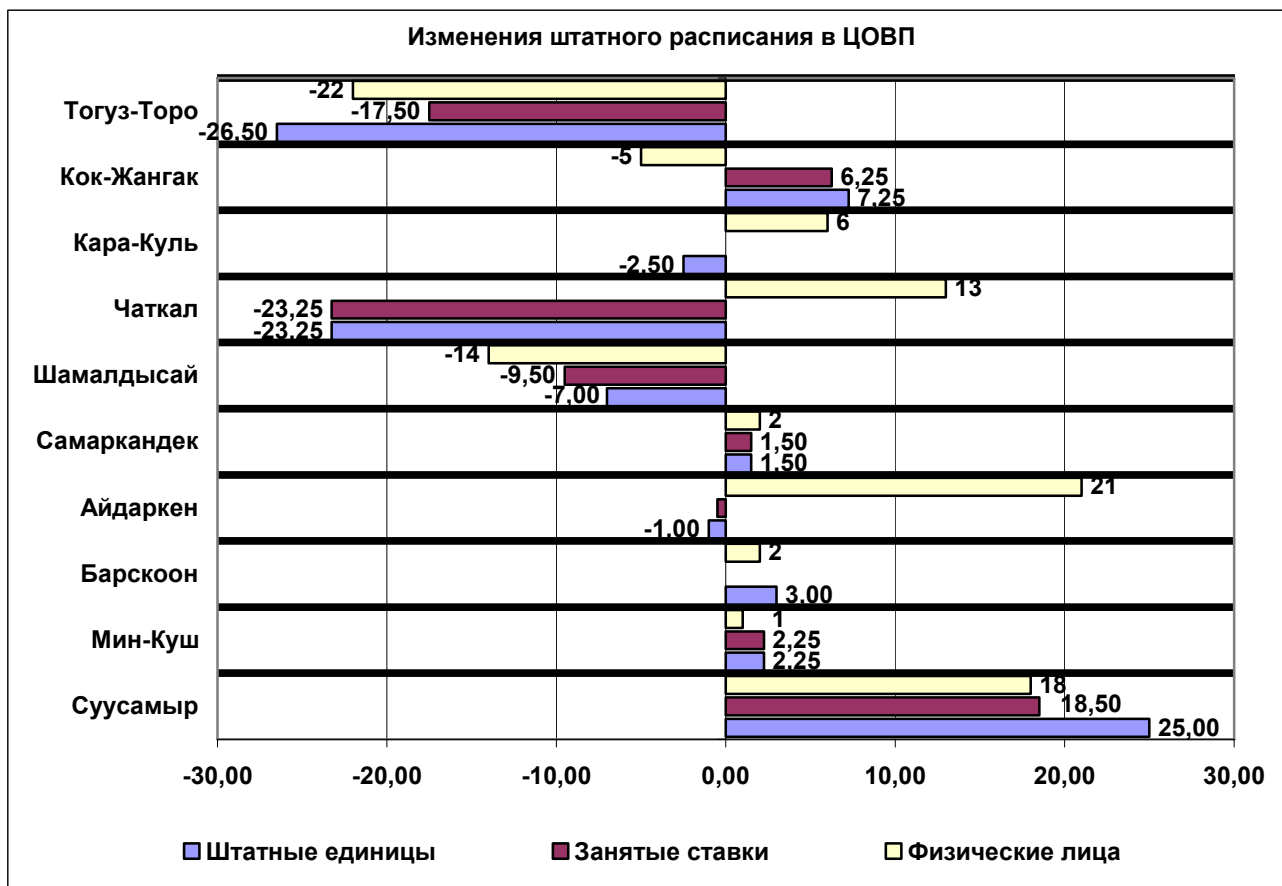
4.5. Человеческие ресурсы

Вопрос с обеспеченностью человеческими ресурсами остается актуальным для всей системы здравоохранения в настоящий момент из-за усиливающегося процесса оттока кадров, как за пределы республики, так и внутри республики (из регионов в крупные города и ухода специалистов из системы здравоохранения). При создании ЦОВП предполагалось снизить влияние данного процесса на эффективность деятельности организаций здравоохранения путем более рационального использования ограниченных человеческих ресурсов.

Изучение данной ситуации показало, что наблюдаются четыре варианта изменений в штатной структуре ЦОВП (Диаграмма 4):

- Увеличение штатных единиц и физических лиц (ЦОВП с.Суусамыр, с.Мин-Куш, с.Барскоон и с.Самаркандек);
- Увеличение штатных единиц и сокращение физических лиц (ЦОВП с.Кок-Жангак);
- Сокращение штатных единиц и физических лиц (ЦОВП с.Тогуз-Торо, пгт.Шамалдысай);
- Сокращение штатных единиц и увеличение физических лиц (ЦОВП с.Чаткал, г.Кара-Куль, с.Айдаркен).

Диаграмма 4.



Мнение руководства и медицинского персонала

- Руководители отметили, что до создания ЦОВП врачи ГСВ стремились обслуживать пациентов сами (т.е. на уровне ПСМП) и не направлять их в стационар. Этому способствовали общие установки, согласно которым многие заболевания могли и должны были лечиться на первичном уровне.
- Многие руководители говорят о том, что улучшению преемственности способствуют общие пятиминутки, совещания, разборы больных, появление возможности принятия коллегиального решения врачами ГСВ и стационара по поводу лечебной тактики больных на амбулаторном приеме. «Сейчас больных не делят на ГСВ и стационар, а смотрят совместно» (Кок-Жангак, Айдаркен, Чаткал, Тогуз-Торо, Самаркандек, Кара-Куль).
- Появилась взаимозаменяемость врачей на первичном и вторичном уровнях. «Раньше были противники с ЦСМ, не могли использовать врачей из ЦСМ. Сейчас спокойно пользуемся услугами друг друга, улучшилось взаимопонимание и взаимовыручка между врачами» (Шамалды-Сай, Каракуль, Кок-Жангак).
- Медицинский персонал амбулаторного уровня в отдельных ЦОВП отмечает уменьшение уровня заработной платы за счет снижения КТУ и коэффициента 1,7 (Шамалду-Сай, Тогуз-Торо, . Начавшаяся широкая практика совместительства вызывает необходимость обучения врачей стационарного уровня «Семейной медицине», так как наличие сертификата позволит им получить дополнительную надбавку к заработной плате и возможность выписывать рецепты по Дополнительной программе ОМС.
- 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. Вместе с тем появилось такое понятие, что «кадры должны быть общие, врачи должны работать и на приеме и в стационаре. Границ между стационаром и ГСВ не должно быть». В связи с этим высказывались мнения о необходимости прохождения врачами стационара обучения по «Семейной медицине».

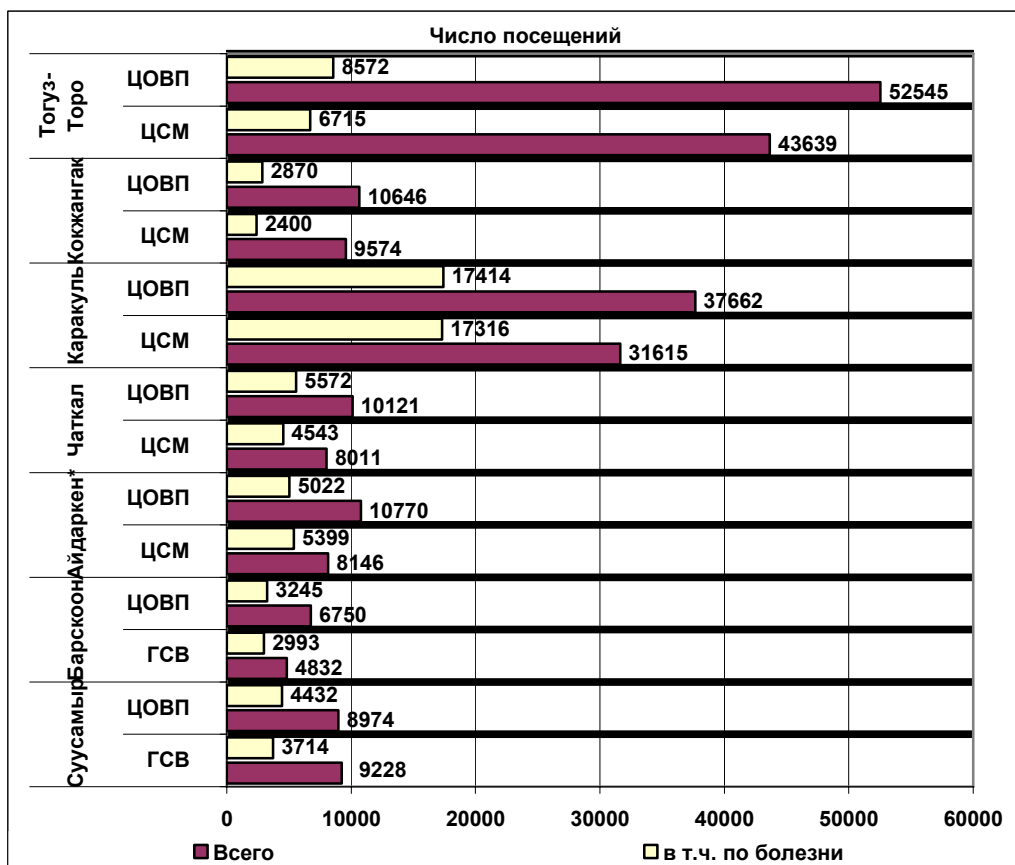
- В ходе интервью было выявлено проблемы с обеспечением специалистами узкого профиля, а именно отоларинголог, уролог, офтальмолог, травматолог, хирург, лаборанты.
- Большая проблема – получение категории специалистов («сдавали документы, нет вызова на комиссию, нет категорий»).

4.6. Уровень амбулаторных посещений и госпитализаций

Как основные показатели деятельности, в рамках настоящего исследования, были рассмотрены такие индикаторы как (1) число посещений на амбулаторном уровне (всего и в том числе по болезни), (2) число направленных на госпитализацию, (3) число направленных к специалистам узкого профиля и (4) количество выписанных больных. Как показала информация, собранная в статистических отделах ЦОВП (сравнивали показатели I полугодий 2006 и 2007 годов, а для ЦОВП с. Айдаркен – 1 и 2 кварталы 2007 года и ЦОВП с. Самаркандек – 1 кварталы 2006 и 2007 годов), имеет место увеличение таких показателей как:

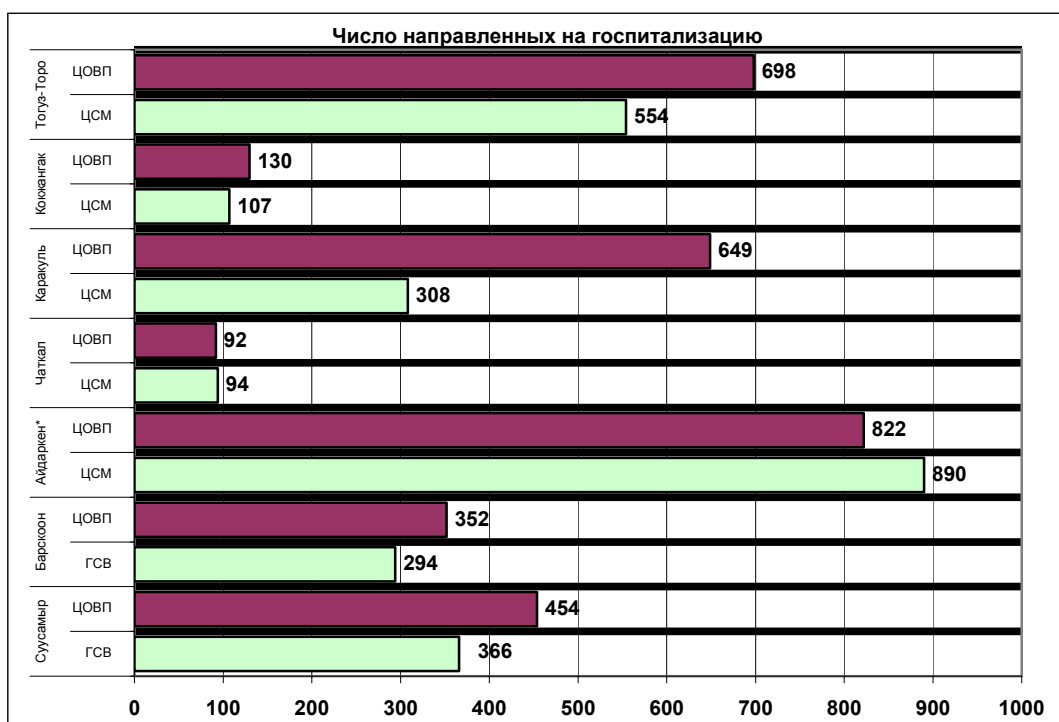
Индикатор 1 (диаграмма 5). Число посещений на амбулаторном уровне всего и в том числе по болезни практически во всех ЦОВП, за исключением ЦОВП с.Суусамыр (снижение количества общего посещений на 254 посещения) и ЦОВП с.Айдаркен (снижение количества посещений по болезни на 377 посещений);

Диаграмма 5.



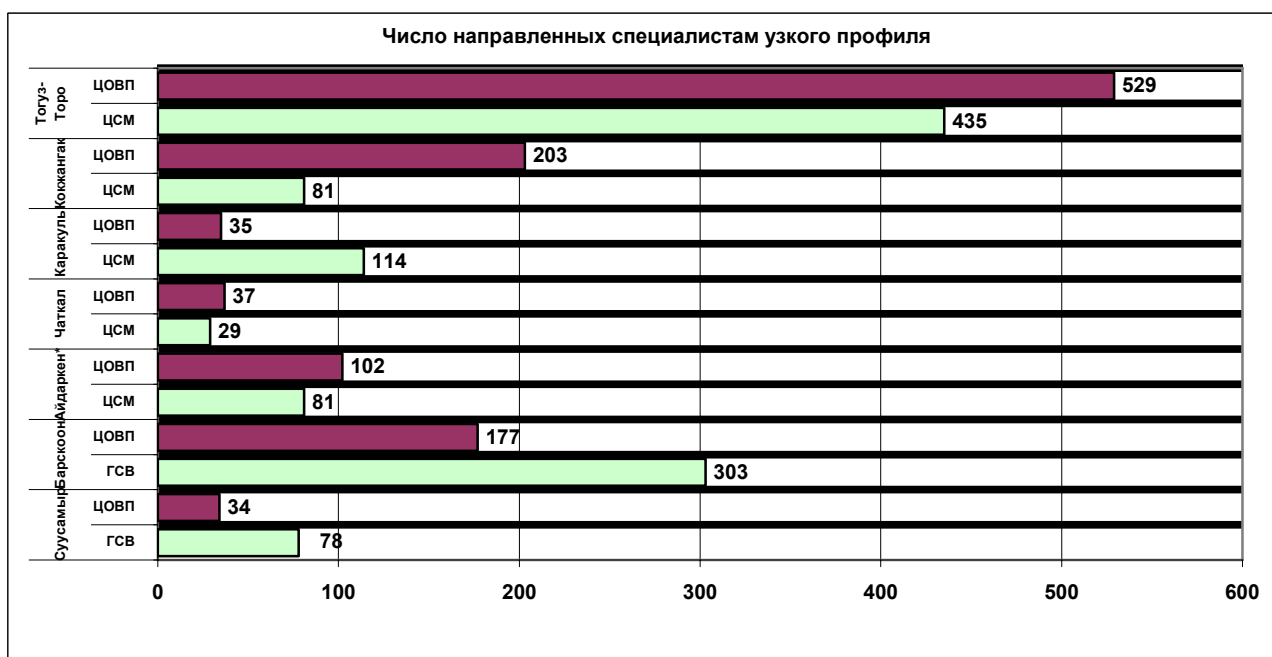
Индикатор 2 (диаграмма 6). Число направленных на госпитализацию. Исключение составляют ЦОВП с.Айдаркен (снижение данного показателя на 68 случаев) и ЦОВП с.Чаткал (уменьшение на 2 случая);

Диаграмма 6.



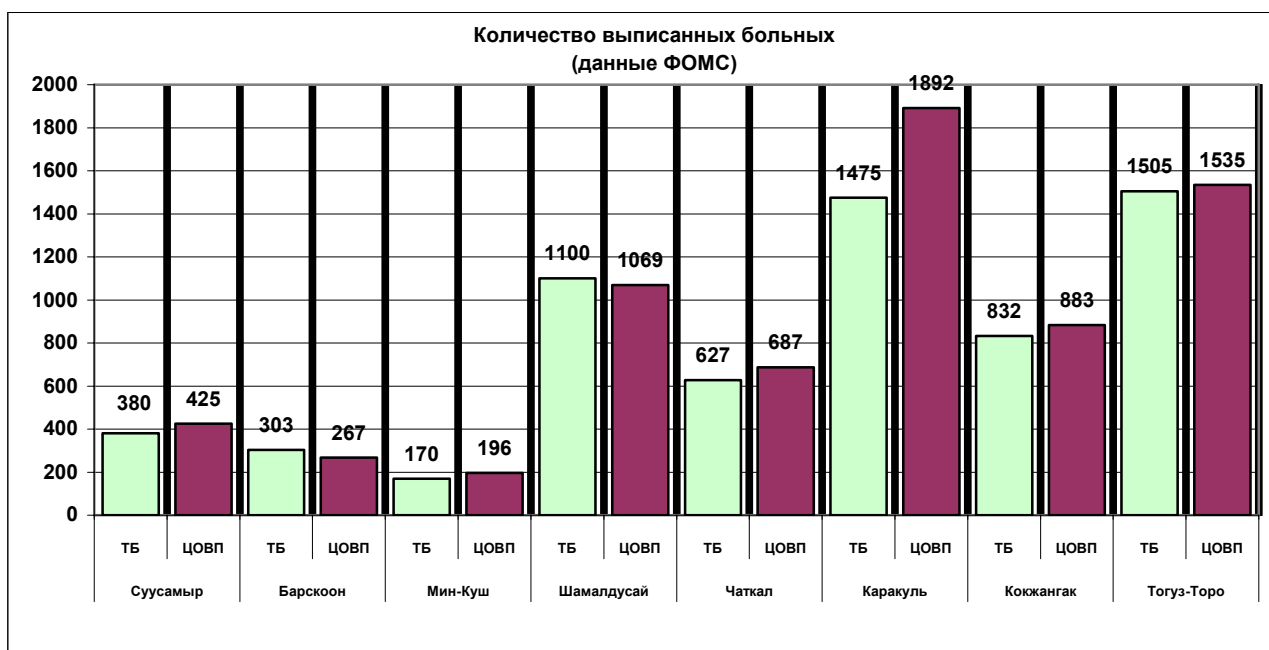
Индикатор 3 (диаграмма 7). Число направленных к специалистам узкого профиля, кроме случаев в ЦОВП с.Суусамыр и с.Барскоон (уменьшение данного показателя на 44 и 126 случаев соответственно);

Диаграмма 7.



Индикатор 4 (диаграмма 8). Количество выписанных больных. В ЦОВП с.Барскоон и пгт.Шамалдусай количество выписанных больных снизилось (на 36 и 31 больных соответственно).

Диаграмма 8.



Для изучения изменений в общем количестве пролеченных случаев в целом по республике за 1-ые полугодия 2006 и 2007 годов была использована БД ФОМС по пролеченным случаям. Согласно данных ФОМС показатели количества пролеченных случаев показаны на диаграмме 9.

Диаграмма 9.



Из таблицы видно, что в:

Иссык-Кульской области количество пролеченных случаев увеличилось в среднем по области на “8,7 %”. При этом процент изменения количества пролеченных случаев составляет от “– 65,8 %” до “27,1 %”. В ЦОВП Барскоон отмечается сокращение на “– 11,9 %”;

Нарынской области – увеличение количества пролеченных случаев в среднем по области на “3,1 %” (от “–16,5 %” до “15,3 %”). В ЦОВП Мин-Куш отмечается наибольший процент роста данного показателя – “15,3 %”;

Чуйской области – “6,3 %” (от “–16,7 %” до “45,2 %”). В ЦОВП Суусамыр – “11,8 %”;

Жалалабатской области – “15,3 %” (от “–86,2 %” до “121,1 %”). В ЦОВП Кара-Куль – “28,3 %”; в ЦОВП Кок-Жангак – “6,1 %”; в ЦОВП Тогуз-Торо – “2,0 %”; в ЦОВП Чаткал – “9,6 %”; в ЦОВП Шамалду-Сай – “–2,8 %”.

Таким образом, увеличение количества выписанных больных в ЦОВП происходит в рамках общей тенденции роста количества пролеченных случаев по областям, хотя имеет место снижение данного показателя в отдельных стационарах.

Мнение руководства и медицинского персонала

- До создания ЦОВП врачи стационарного уровня не имели права направлять больных на госпитализацию. После создания ЦОВП такая возможность появилась, что привело к увеличению количества госпитализированных больных (Мин-Куш, Кара-Куль, Тогуз-Торо, Айдаркен, Кок-Жангак, Барскоон, Самаркандек);
- Со слов респондентов отмечается улучшение показателей деятельности стационара: увеличение поступлений, Увеличение количества выписанных, Увеличение оборота койки, снизилась летальность. Увеличилось количество больных, направленных от ЦСМ (ГСВ).

4.7. ЦОВП в понимании медицинского персонала

В ходе проведения фокус-групп с медицинским персоналом (врачи, средний медицинский персонал и сотрудники АУП) задавался вопрос «Для каких целей было создано ЦОВП и уровень достижения этих целей?». Полученные результаты приведены ниже:

- В 10ти ФГ целью создания ЦОВП была названа «экономия финансовых средств стационаров и служб ПМСП». Средний процент уровня достижения данной цели составил 31,5 %, при этом разброс мнений был от 5 до 100 %;
- В 8ми ФГ в качестве цели было отмечено «улучшение преемственности между уровнями оказания медицинской помощи». Уровень достижения данной цели - 58,8 %, разброс мнений составил - 60–80 %;
- В 7ми ФГ было названо «улучшение качества медицинских услуг», уровень достижения которого равен – 37,1 %, разброс мнений - 10-70 %;
- В 6ти ФГ было отмечено «единое управление», уровень достижения цели - 100 %;
- В 6 ФГ отмечено «улучшение физической доступности для населения, уровень достижения цели - 70,8 % (45-100 %);
- Компенсация нехватки кадров (6 ФГ) – 49,2 % (10-100 %);
- Удовлетворенность населения (4 ФГ) – 53,8 % (20-80 %).

4.8. Мнение населения о доступности медицинских услуг в ЦОВП

На основе проведенных фокус-групп с населением вытекают два основных вывода:

- 1) Население не информировано о создании ЦОВП и целях объединения первичной и вторичной служб здравоохранения;

2) Население не почувствовало значительных изменений в доступе и получении медицинских услуг после создания ЦОВП.

При этом все же были высказаны следующие общие мнения об изменении деятельности медицинской организации за последнее время:

Отдельные положительные отклики:

- Достаточное количество лекарственных средств;
- Более доступная процедура госпитализации;
- Незначительное улучшение питания;
- Улучшилось обслуживание службы скорой помощи;

Проблемы при получении отдельных видов услуг:

- Отсутствие специалистов узкого профиля (акушер-гинеколог, хирург, эндокринологи, кардиологи, гематологи, УЗИ, рентгенологи);
- Отсутствие на местах семейных врачей (на приеме не сидят, по вызовам не ходят);
- Ухудшение условий приема больных в ГСВ (большая скученность, очереди);
- Ухудшение МТБ (Рентген-аппараты, диагностическое оборудование, мало кроватей, старые матрасы, постельное белье);
- Нехватка медицинского персонала.

5. Заключение

Необходимо отметить, что изучение опыта работы действующих на сегодняшний день 10 ЦОВП показало неоднозначную картину. Каждое ЦОВП имеет свой как положительный, так и отрицательный опыт. Во многом эти различия обусловлены сочетанием различных факторов, таких как исходные условия для создания ЦОВП (уровень финансирования, инфраструктура, особенности территории обслуживания), уровень материально-технического оснащения, кадровый состав организаций (уровень укомплектованности врачами и средним медицинским персоналом, квалификация, возрастной состав), и особенности менеджмента и стиля работы в организации.

Анализ статистических показателей и изучение мнения персонала ЦОВП позволили выявить некоторые общие факты, свидетельствующие о том, что в условиях ЦОВП появляются дополнительные возможности для повышения эффективности деятельности организации, а также доступности и качества предоставляемых медицинских услуг:

- Улучшилась деятельность скорой помощи (СП) (Тогуз-Торо, Минкуш, Суусамыр, Кара-Куль). 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.
- 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 ГСВ и стационара по поводу лечебной тактики больных на амбулаторном приеме (Кок-Жангак, Айдаркен, Чаткал, Тогуз-Торо, Самаркандек, Кара-Куль).
- Повышение эффективности 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 на прохождение

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 ПМСП) и не направлять их в стационар. Этому способствовали общие установки, согласно которым многие состояния могли и должны были лечиться на первичном уровне. Со слов одного из руководителей «раньше больному было трудно попасть в стационар, сейчас свободно можно положить в больницу под наблюдение врача». Также было отмечено, что «раньше врач в стационаре был заинтересован в искусственном повышении пролеченного случая, а после создания ЦОВП население поступает в стационар по направлению специалистов амбулаторного уровня».
- 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 первичка и практически отсутствие профилактической направленности медицинской службы), что не совсем согласуется с целями и задачами проводимых реформ.
- **Привлечение врачей ПМСП к ночным дежурствам в стационаре может привести к снижению качества услуг на ПМСП.** 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. Вместе с тем появилось такое понятие, что «кадры должны быть общие, врачи должны работать и на приеме и в стационаре. Границ между стационаром и ГСВ не должно быть». В связи с этим высказывались мнения о необходимости прохождения врачами стационара обучения по «Семейной медицине».
- 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 увеличение пролеченного случая». Данное обстоятельство может повлиять на решение проблемы кадрового обеспечения в рамках ЦОВП.
- Нет единого подхода для начисления КТУ. Из проведенных интервью стало ясно, 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, которая могла бы эффективно функционировать в рамках ЦОВП за прошедшее время не наработано. «КТУ ГСВ и стационаров делаются отдельно» (Тогуз-Торо, Айдаркен, Суусамыр).

Таким образом, опыт работы ЦОВП показал, что в условиях ограниченных финансовых и человеческих ресурсов объединение организаций первичного и вторичного уровня может способствовать улучшению эффективности и качества 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. Согласно мнения населения, значительных изменений в доступе к медицинским услугам не произошло, однако данные по деятельности ЦОВП показали увеличение использования услуг как на амбулаторном, так и стационарном уровнях (количество посещений и госпитализаций). Возможно, прошло недостаточно времени, чтобы население могло заметить и оценить, те небольшие изменения, которые произошли с момента создания ЦОВП.

6. Рекомендации

На основе анализа всех полученных данных предлагаются следующие рекомендации:

1. Необходимо пересмотреть нормативно-правовую базу:
 - Пересмотреть роль и функциональные обязанности административно – управленческого и медицинского персонала ЦОВП как единой организации;
 - Усовершенствовать механизм начисления заработной платы для медицинского персонала ЦОВП как единой организации;
 - Оптимизировать механизмы медико-статистической и финансовой отчетности для ЦОВП как единой организации.
2. Обсудить изменение механизма финансирования ЦОВП, а именно переход от подушевого финансирования и оплаты за пролеченный случай к глобальному бюджету с определенными целевыми показателями, что способствовало бы уменьшению необоснованных госпитализаций.
3. Организовать обучение руководящего состава ЦОВП по вопросам менеджмента в организации и обеспечить обмен опытом для более эффективной реализации нового единого стиля работы в ЦОВП.
4. Рассмотреть возможность прохождения врачами стационара ЦОВП специализации по программе «Семейная медицина» для обслуживания амбулаторных больных на должном уровне.
5. Пересмотреть вопросы приписки населения к организациям здравоохранения в соответствии с фактически обслуживаемым населением с учетом территориальной близости населенных пунктов.
6. Для получения более полной картины по эффективности деятельности ЦОВП и изменению доступности населения к медицинским услугам, с целью дальнейшего распространения данного опыта, желательно проведение повторного исследования после усовершенствования нормативно-правовой базы и на основе годовых показателей.