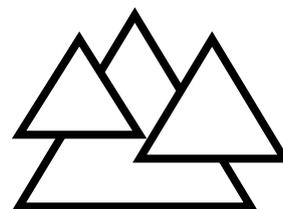




ЦЕНТР АНАЛИЗА
ПОЛИТИКИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



АБКР

Документ исследования политики №73

«Разработка механизмов проведения медицинского районирования в регионах Кыргызской Республики в соответствии с Концепцией государственной региональной политикой».

Мадыбаева Д.¹
Джемуратов К.¹
Туякова Э.¹
Малабеков Ж.²
Кожокеев К.³

- Бишкек 2010 г. –

¹ Ассоциация больниц КР

² Привлеченный консультант

³ ОФ «Центр анализа политики здравоохранения»

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	2
Введение	3
Методология исследования:	4
Общая информация о предполагаемых экономических округах.	2
I. Оценка деятельности организаций здравоохранения	5
II. Мнение руководителей организаций здравоохранения о медицинском районировании.	23
III. Разработка методологического плана по организации системы предоставления медицинских услуг в отдельно взятом экономическом округе.	24
Выводы:	26
Рекомендации:	27

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

КР	Кыргызская Республика
МЗ	Министерство здравоохранения
РМИЦ	Республиканский медико-информационный центр
ФОМС	Фонд обязательного медицинского страхования
ОЗ	Организация здравоохранения
НПД	Нормативно правовой документ
ООБ	Областная объединенная больница
ТБ	Территориальная больница
СП	Структурное подразделение
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ЦСМ	Центр семейной медицины
ГСВ	Группа семейных врачей
ПСМП	Пункт скорой медицинской помощи
СМП	Скорая медицинская помощь
ИООБ	Иссык-Кульская областная объединенная больница
ОЦСМ	Областной центр семейной медицины
КЗГ	Клинико-Затратная Группа
ФАП	Фельдшерский – акушерский пункт
ҚДО	Клинико-диагностическое отделение
АДО	Амбулаторно-диагностическое отделение

Введение

Концепция государственной региональной политики Кыргызской Республики предусматривает укрупнение административно-территориальных единиц для обеспечения ускоренного социально-экономического развития регионов, повышения благосостояния и качества жизни населения. Проект структуры экономического районирования предполагает создание 22-х экономических округов, в том числе 2 города и 4 района с особым статусом. Предполагаемые экономические округа будут созданы путем слияния нескольких районов и малых городов.

Экономические округа будут поддерживаться за счет формирования инфраструктур (в первую очередь транспортных, строительства системы коммуникаций), размещения представителей органов государственной власти и придания особого правового режима территориям, развития социальной инфраструктуры, в том числе и в секторе здравоохранения.

Для оценки готовности сектора здравоохранения к планируемым административно-территориальным реформам, для обеспечения системного подхода по решению организационных вопросов в системе предоставления медицинских услуг и повышения качества оказания медико-санитарной помощи населению в рамках предполагаемой административно-территориальной реформы Министерством здравоохранения Кыргызской Республики проводится подготовительная работа по разработке механизмов проведения медицинского районирования.

Предполагается, что при проведении медицинского районирования в каждый экономический округ будут входить несколько организаций здравоохранения, один из которых будет усилен специалистами соответствующего уровня, медицинским оборудованием, средствами связи и специализированным санитарным транспортом. Будут внесены изменения в систему предоставления медицинских услуг (объемы и виды медицинской помощи, система направлений и перенаправлений, информационные и финансовые потоки и т.д.). Разделение на медицинские зоны приведет к усилению материально-технической базы, кадрового потенциала, качества предоставления медицинских услуг, а главное к физической и экономической доступности при получении квалифицированной медицинской помощи.

Настоящее исследование направлено на подготовку единой методологии по оценке деятельности всех организаций здравоохранения в отдельно взятых экономических округах и разработку механизма по организации системы предоставления медицинских услуг в отдельно взятом экономическом округе с учетом следующих критериев:

- система направления и перенаправления в данном округе;
- виды и объемы предоставления медицинской помощи на всех уровнях;
- перепрофилирование стационаров.

Методология исследования:

В настоящем исследовании были использованы информационные данные полученные как на республиканском (Фонд обязательного медицинского страхования, Республиканский медико-информационный центр), так и на районном уровне (организации здравоохранения первичного и вторичного уровней) при помощи количественных и качественных методов исследования.

Мероприятия исследования проводились по следующим этапам:

1. Оценка деятельности организаций здравоохранения, расположенных в отдельно взятом экономическом округе.

При изучении деятельности организаций здравоохранения использовались медико-статистические данные, показатели по видам и объемам оказания медицинской помощи, информация по системе направлений и перенаправлений, а также данные о состоянии инфраструктуры, материально-технической базы, системы связи, финансовые, кадровые ресурсы, деятельность специализированных отделений, наличие СМП и др.

2. Изучение мнения медицинских работников организаций здравоохранения, расположенных в отдельно взятом экономическом округе.

Для оценки мнений руководителей организаций здравоохранения о медицинском аспекте предполагаемой административно-территориальной реформе использованы методы полуструктурного интервью посредством разработанных анкет-вопросников.

3. Разработка методологического плана по оценке деятельности организаций здравоохранения в отдельно взятом экономическом округе.

В основу методологического плана по оценке деятельности организаций здравоохранения легли матрицы по сбору данных, разработанные и апробированные в рамках настоящего исследования.

Предварительное тестирование методологии исследования

Предварительная апробация методологии исследования была проведена в Чуйской области в предполагаемом Чуй-Токмокском экономическом округе.

В состав данного экономического округа входят следующие организации здравоохранения:

- | | |
|--|-------------------------------|
| 1. <u>Стационарный сектор</u> | 2. <u>Первичный уровень</u> |
| • Кеминская ТБ | • Кеминская ЦСМ (включая ГСВ) |
| • Чуйская ТБ | • Чуйская ЦСМ (включая ГСВ) |
| • Территориальная городская больница г. Токмок | • ЦСМ г. Токмок (включая ГСВ) |

Инструменты исследования, доработанные при предварительном тестировании были использованы в дальнейшем при изучении других экономических округов, выбранных для данного исследования и расположенных на севере и юге республики.

Иссык-Кульский экономический округ:

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| 1. <u>Стационарный сектор</u> | 2. <u>Первичный уровень</u> |
| • Иссык-Кульская ООБ | • Иссык-Кульская Обл. ЦСМ |
| • Ак-Суйская ТБ | • Ак-Суйская ЦСМ (включая ГСВ) |
| • Тюпская ТБ | • Тюпская ЦСМ (включая ГСВ) |
| • Джеты-Огузская ТБ | • Джеты-Огузская ЦСМ (включая ГСВ) |

Ноокат-Араванский экономический округ:

- | | |
|-------------------------------|--|
| 1. <u>Стационарный сектор</u> | 2. <u>Первичный уровень</u> |
| • Ноокатская ТБ | • Ноокатская ЦСМ «Барын» (включая ГСВ) |
| • Араванская ТБ | • Ноокатская ЦСМ «Медигос» (включая ГСВ) |
| | • Араванская ЦСМ (включая ГСВ) |

Общая информация о предполагаемых экономических округах.

1. Чуй-Токмоцкий экономический округ (рис. расположен в восточной части Чуйской области. Предполагаемым центром данного экономического округа будет город Токмок, расположенный в 65 километрах от г. Бишкека. На территории Чуй-Токмоцкого экономического округа расположены 1 город районного уровня и 2 района:

- г. Токмок;
- Кеминский район с центром пгт.Кемин, находящимся в 30 километрах восточнее города Токмок;
- Чуйский район, расположенный вокруг г. Токмок, с центром с.Чуй, находящимся в 3 километрах от г. Токмок.

В Чуй-Токмоцком экономическом округе в целом проживает 152,2 тыс. человек, что составляет (20,1%) от населения Чуйской области. Служба первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) состоит из 3 районных Центров семейной медицины (ЦСМ), 16 групп семейных врачей (ГСВ), 46 фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП), 5 пунктов скорой медицинской помощи (СМП). Вторичный уровень здравоохранения в данном экономическом округе представлен 3 территориальными больницами (ТБ), коечный фонд который составляет 540 коек. Обеспеченность населения больничными койками в данном округе составляет 3,5 койки на 1000 человек.

Карта Чуй-Токмокского экономического округа



2. Араван-Ноокатский экономический округ (рис.2) расположен в юго-западной части Ошской области. Предполагаемым центром данного экономического округа является город Ноокат, расположенный в 50 километрах от г. Ош. На территории Араван-Ноокатского экономического округа расположены 2 района:

- Ноокатский район с центром г. Ноокат;
- Араванский район, расположенный западнее г. Ош, с центром с. Араван.

В Араван-Ноокатском экономическом округе в целом проживает 330,6 тыс. человек, что составляет (31%) от населения Ошской области. Первичная медико-санитарная помощь оказывается 3 районными ЦСМ, 31 ГСВ, 66 ФАП и 17 пунктами СМП. Вторичный уровень здравоохранения в данном экономическом округе представлен 2 ТБ, коечный фонд который составляет 660 коек. Обеспеченность населения больничными койками в данном округе составляет 1,9 коек на 1000 человек.

Карта Араван-Ноокатского экономического округа



3. Иссык-Кульский экономический округ (рис.3) расположен в восточной части Иссык-Кульской области. Предполагаемым центром данного экономического округа будет город Каракол, расположенный в 412 километрах от Бишкека. На территории Иссык-Кульского экономического округа расположены 1 город областного уровня (в настоящий момент) и 3 района:

- Г. Каракол;
- Ак-Суйский район с центром в с. Теплоключинка, находящийся в 14 километрах восточнее города Каракол;
- Тюпский район с центром в с. Тюп, расположенный в 25 километрах к северу от города Каракол;
- Жеты-Огузский район с центром в с. Кызыл-Суу, расположенный в 40 километрах к западу от г. Каракол.

В Иссык-Кульском экономическом округе в целом проживает 270,9 тыс. человек, что составляет (62%) от населения Иссык-Кульской области. Первично медико-санитарная помощь оказывается 1 Областным ЦСМ, 3 районными ЦСМ, 30 ГСВ (из которых 6 – со статусом самостоятельных юридических лиц), 80 ФАП и 4 пункта СМП. Вторичный уровень здравоохранения в данном экономическом округе представлен Областной объединенной больницей (ООБ) и 3 ТБ общин

кочный фонд который составляет 924 койки. Обеспеченность населения больничными койками в данном округе составляет 3,4 койки на 1000 человек.

Рисунок 3

Карта Иссык-Кульского экономического округа



I. Оценка деятельности организаций здравоохранения.

С целью изучения возможности по организации эффективной системы предоставления медицинской помощи в отдельном экономическом округе была проведена оценка деятельности всех организаций здравоохранения выбранного экономического округа как на первичном уровне, с особым акцентом по службе оказания скорой медицинской помощи, так и вторичном стационарном уровне.

На первичном уровне системы здравоохранения были изучены следующие показатели:

1. **Численность населения** по половозрастному составу. Это позволило выявить соотношение мужчин и женщин, из них женщин фертильного возраста, а так же подростков и детей. По результатам данного исследования не выявлено каких-либо различий по структуре, во всех округах одинаковый процент женского населения и составляет 51-52%, из них женщин фертильного возраста колеблется от 25% в Иссык-Кульском экономическом округе, до 35% в Араван-Ноокатском экономическом округе, детей колеблется от 27% до 33% от всего населения районов. Полученные результаты определяют потребность в специалистах акушерского и педиатрического профиля в данном округе.

2. Изучена **структура заболеваемости** в округах. Это позволило увидеть рост заболеваемости по отдельным классам болезней в выбранных округах и выявить потребности в усилении определенных видов специализированных служб.

Диаграмма 1

Заболеваемость Чуй-Токмоцкого округа по основным классам болезней

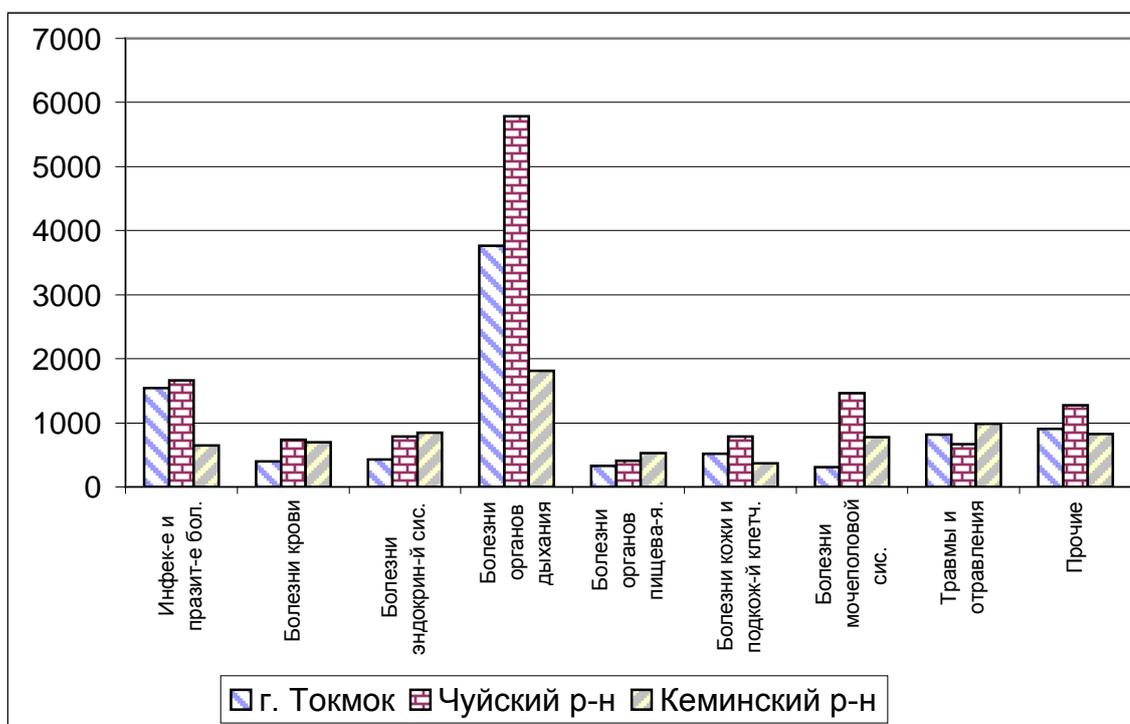


Диаграмма 2

Заболеваемость Араван-Ноокатского округа по основным классам болезней

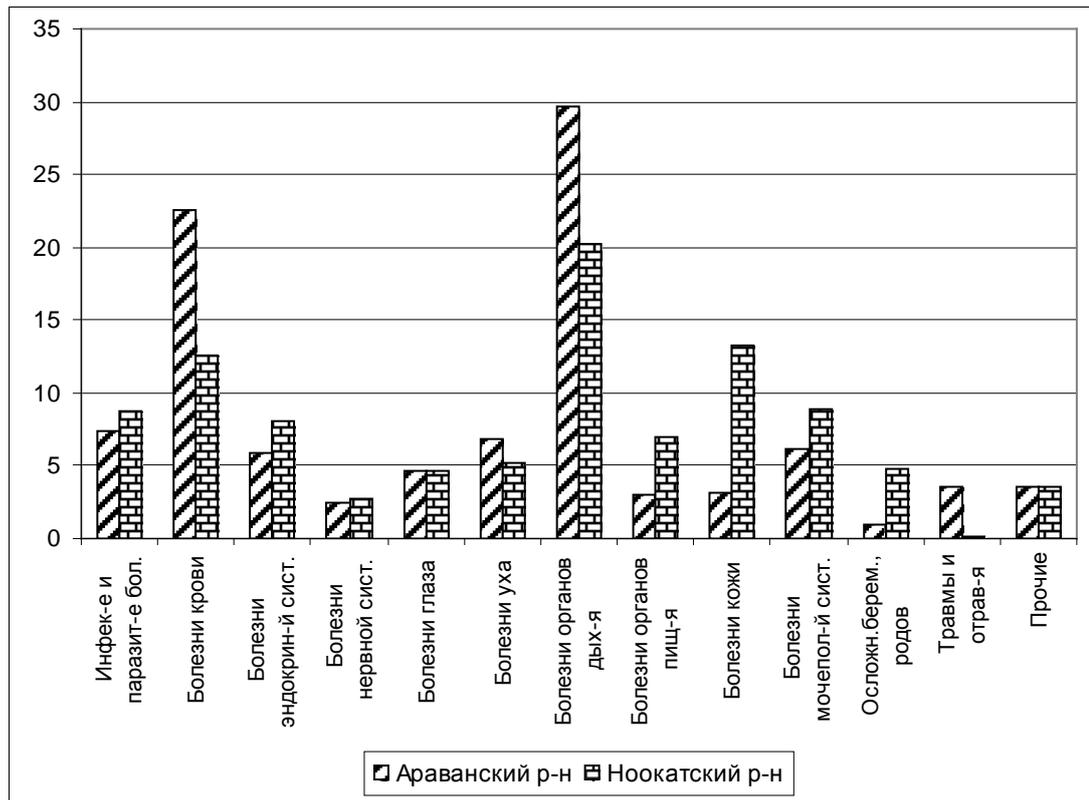
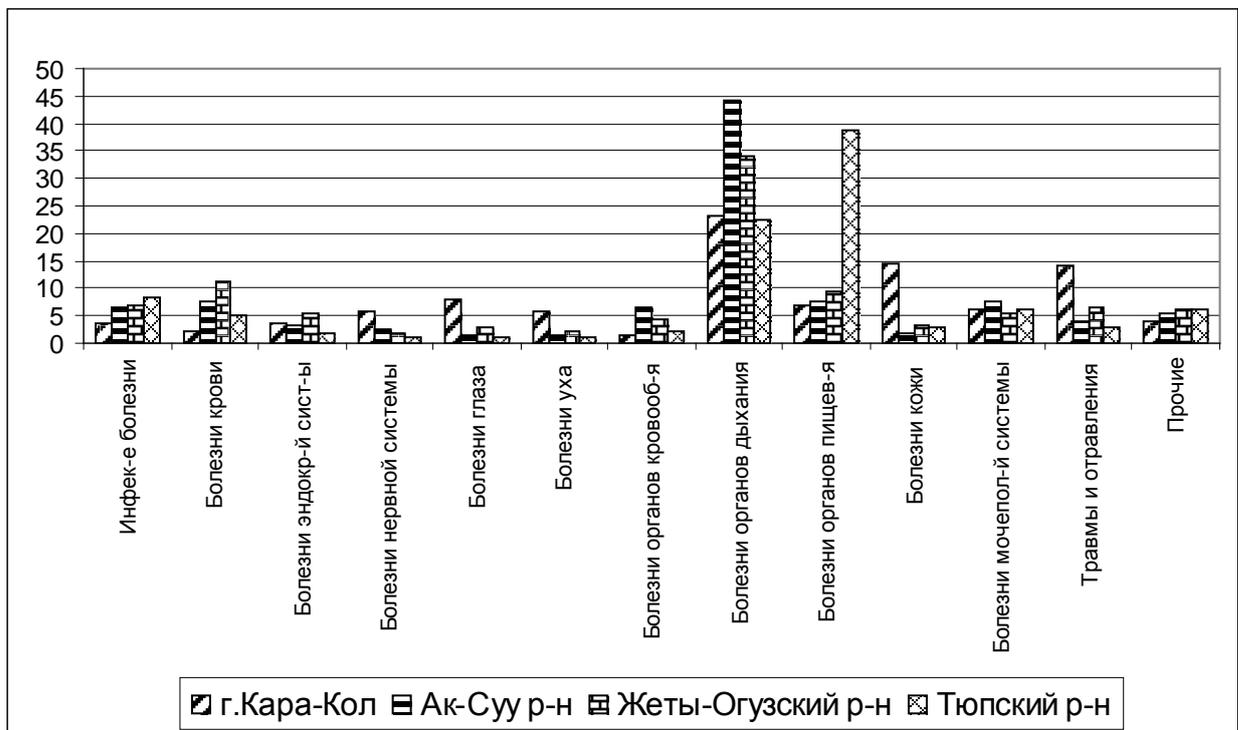


Диаграмма 3

Заболеваемость Иссык-Кульского экономического округа



Анализ показал, что в исследуемых округах по заболеваемости на первом месте находятся болезни органов дыхания, далее инфекционные болезни, заболевания органов пищеварения и кровообращения, существует необходимость усиления работы по профилактике в вышесказанных специализированных службах. Следует отметить, что в Араван-Ноокатском экономическом округе обнаружен

рост заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки. По мнению руководителей округа, данный факт связывают с развитием табачного бизнеса.

Мнение руководителей ЦСМ:

«Высокие цифры по классу «болезни крови» можно объяснить выращиванием табака в данном районе».

«Наши врачи обучены по программе ИВБДВ, тем самым улучшается выявляемость и диагностирование по классу «болезни органов дыхания».

«Водоснабжение является проблемой в нашем районе, только 60% чистой воды, тем самым, увеличивая риск заражения кишечной инфекцией в Араванском районе».

3. С целью определения тенденций и дальнейшего прогнозирования деятельности первичной медико-санитарной службы рассмотрены **показатели деятельности** службы ПМСП в динамике. Таким образом, в нашем исследовании проанализированы данные посещаемости за 5 лет, которые отражают работу ЦСМ и ГСВ.

Диаграмма 4

Количество посещений ПМСП на одного жителя Чуй-Токмокского экономического округа

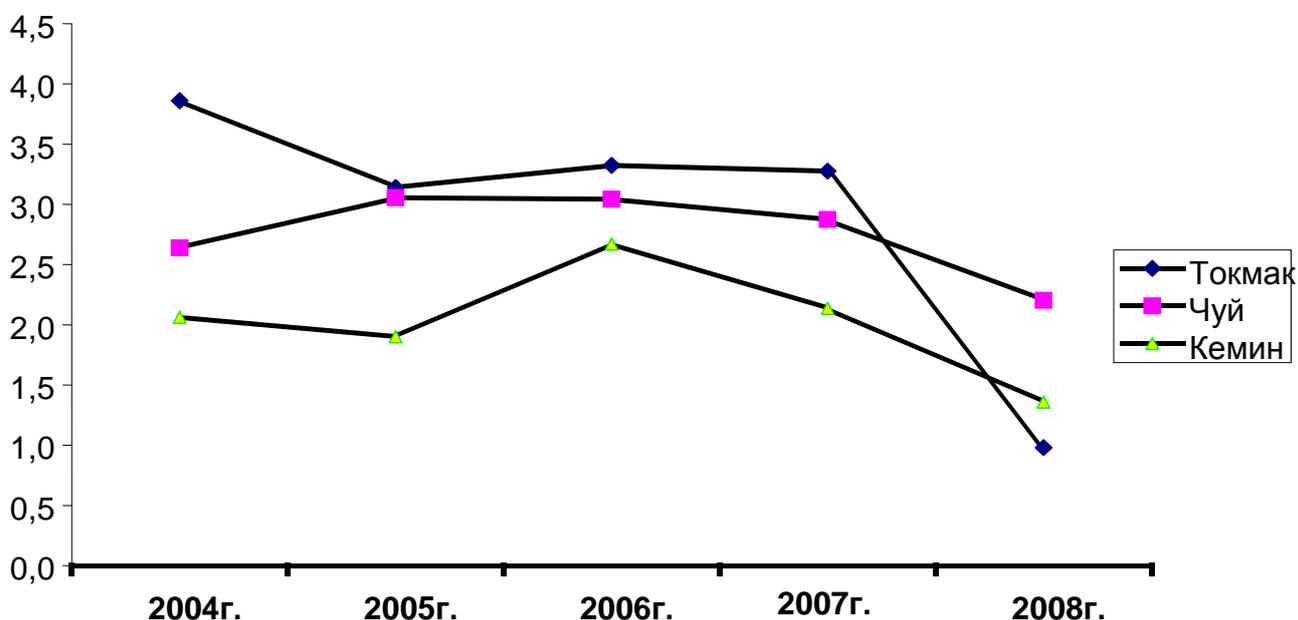


Диаграмма 5

Количество посещений ПМСП на одного жителя Араванского и Ноокатского районов с 2004 по 2008 гг.

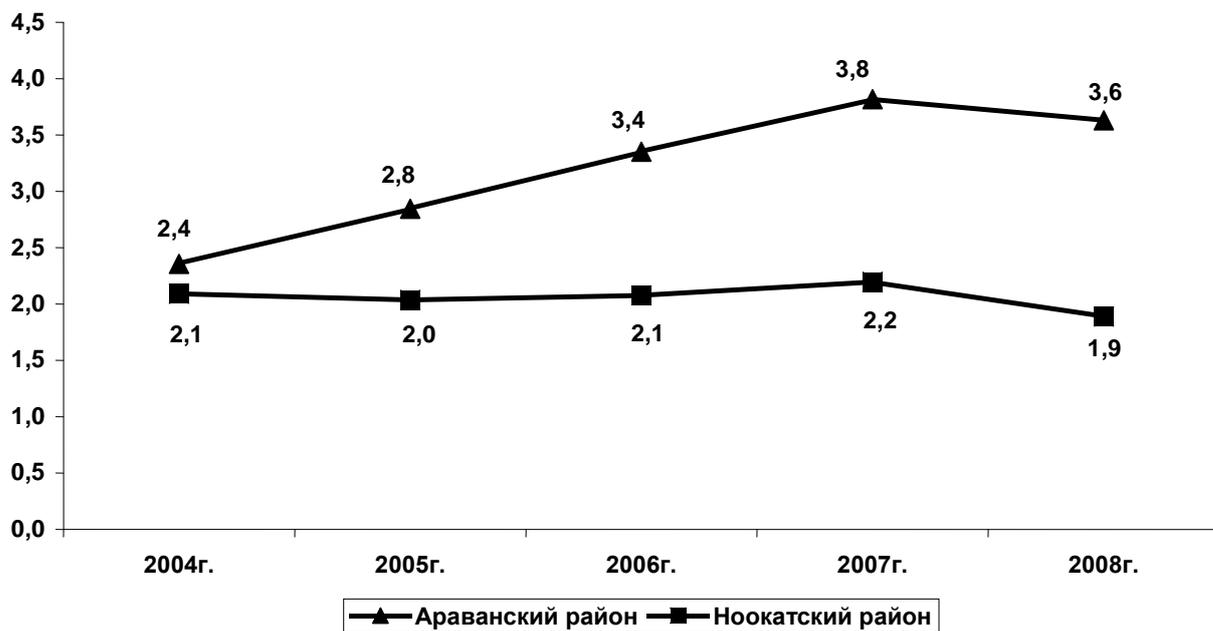
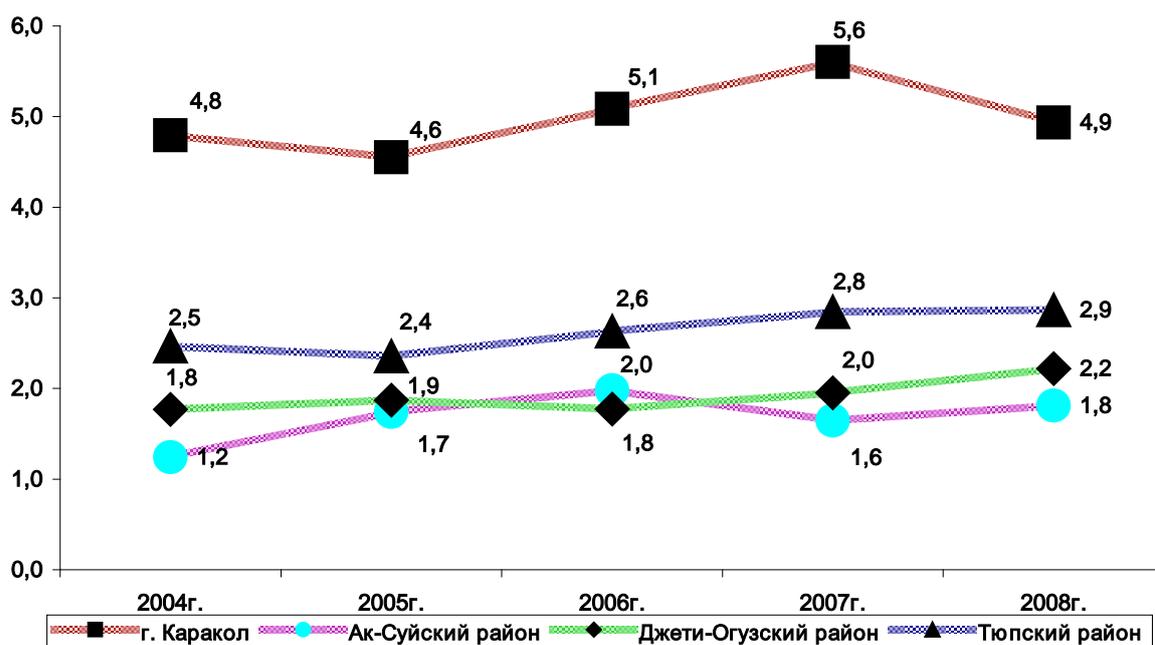


Диаграмма 6

Количество посещений ПМСП на одного жителя Иссyk-Кульского экономического округа



Полученные результаты свидетельствуют о необходимости разработки комплекса мероприятий по совершенствованию системы направления и перенаправления, т.к. наблюдается тенденция к снижению посещаемости, за исключением Иссык-Кульского экономического округа. Мнение руководителей ЦСМ сошлось на том, что при отсутствии четкой системы направления и перенаправления население обращается и госпитализируется в стационар без предварительного обращения за медицинской помощью к семейному врачу.

Мнение руководителей ЦСМ:

«Снижение посещения объясняется нехваткой кадров (в 2-х ГСВ нет врачебного персонала) и сохраняющейся миграцией».

«Снижение посещения к семейным врачам объясняется большой миграцией населения, основное молодое население в летний период выезжает на заработки в г. Бишкек, Россию».

«Население не доверяет семейным врачам, они предпочитают узких специалистов, педиатров, акушер-гинекологов, терапевтов».

«Необходимо наладить систему направления и перенаправления, таким образом поднять службу первичного звена».

- Показатель количества **посещений на дому** свидетельствует об эффективной профилактической работе и исполнении вызовов, поступающих от населения в ГСВ и ЦСМ. В данном исследовании выявлены различия между показателями в районах. Так, в исследуемых округах полученные цифры варьируются от 8,8% в Джети-Огузском районе до 16% в Араванском и Ак-Суйском районах. По полученным результатам можно судить о достаточно низком уровне профилактической работы первичного звена в исследуемых районах округов. Необходимо усилить профилактическую работу, диспансерный учет и наблюдение населения.

-
5. При изучении **кадровой политики** организаций здравоохранения округов с целью определения разрыва между штатными, занятыми и физическими ставками выявлено, что наибольшая разница между штатными и занятыми ставками наблюдалась в Ноокатском районе Араван-Ноокатского экономического округа, соответственно укомплектованность составила 75%. В остальных исследуемых округах наблюдается минимальное расхождение занятых ставок со штатным расписанием. Необходимо отметить, что особую настороженность вызывает большой разрыв между занятыми ставками и физическими лицами в организациях здравоохранения. Так, наибольшее расхождение наблюдается в Ак-Суйском районе Иссык-Кульского экономического округа и Чуйском районе Чуй-Токмокского экономического округа, где показатели совместительства были наиболее высокими и составляли 1,6. Напрашивается вывод и необходимости национальной стратегии по привлечению молодых специалистов в регионы страны.

Со слов руководителей ЦСМ выяснилось, что миграция мед персонала с 2008 года немного снизилась, хотя сохраняются элементы выездов врачей в соседние государства на трудоустройство.

Мнение руководителей ЦСМ:

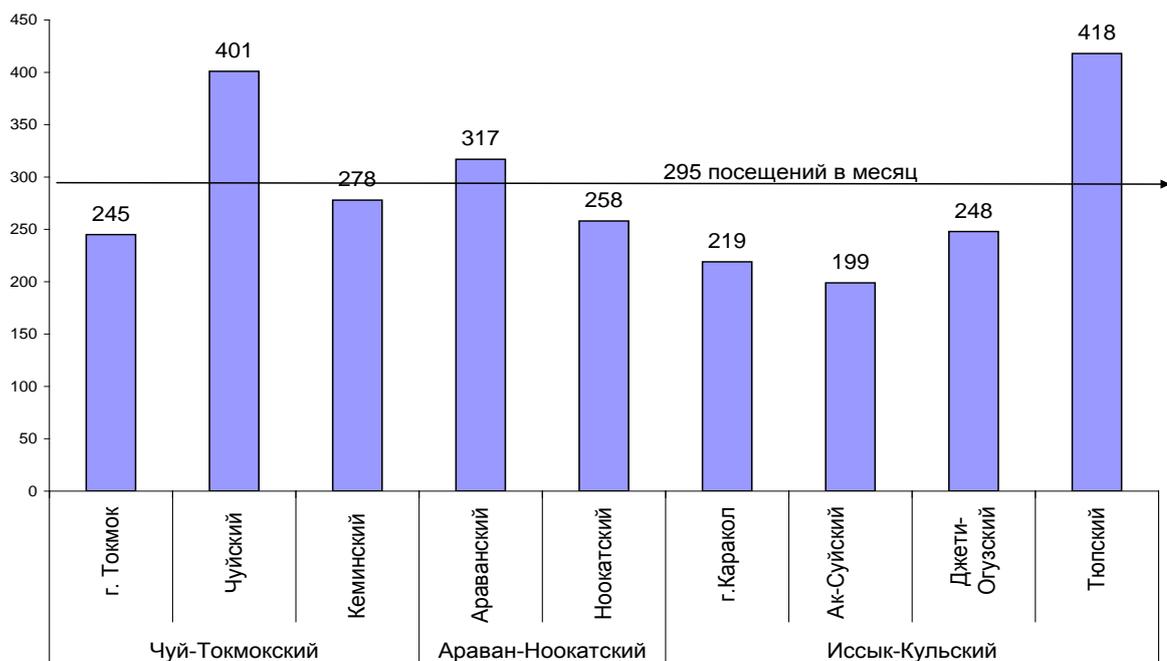
«Кадров не хватает, как семейных врачей, так и узких специалистов. В 2009 году 5-6 врачей иммигрировало в Россию. Нет мотивации для привлечения молодых специалистов».

«В районных ГСВ в основном работают врачи пред пенсионного и пенсионного возраста».

6. С целью более глубокого анализа деятельности первичного звена была изучена **нагрузка на семейных врачей**, что позволило нам оценить фактическую работу ГСВ и ЦСМ. Таким образом, по результатам исследования обнаружено, что в каждом исследуемом округе существуют районы, в которых семейные врачи выполняют или перевыполняют норматив нагрузки ГСВ в 295 посещений в месяц.

Диаграмма 7

Нагрузка семейных врачей в исследуемых округах



Из диаграммы видно, что Чуйский район Чуй-Токмоцкого экономического округа, Араванский район Араван-Ноокатского экономического округа и Тюпский район Иссык-Кульского экономического округа требует привлечение дополнительных кадровых ресурсов, т.к., при общем снижении количества посещений в ЦСМ и ГСВ нагрузка на врачей достаточно высокая, что свидетельствует о недостаточном количестве кадров в данных округах.

При изучении мнений руководителей ЦСМ выявлено, что семейный врач реализует большое количество программ/проектов направленных на поддержку первичного звена, требующих систематической сдачи отчетов, загружая его заполнением документации. Пациенты вынуждены постоянно ожидать своей очереди на прием к врачу, а основное рабочее время семейного врача уходит на выполнение дополнительных мероприятий.

Мнение руководителей ЦСМ:

«Врач загружен заполнением документации, в то время как больные стоят в очереди, поэтому и не посещают наших врачей в ЦСМ»

«Наши врачи ГСВ очень перегружены заполнением документации, у них постоянные очереди»

- Структура финансовых затрат ЦСМ** отображает долю затрат на заработную плату, медикаменты и коммунальные услуги. Изучение ее позволяет оценить состояние финансового менеджмента организации и рациональное использование средств. В ходе нашего исследования был произведен расчет стоимости 1 посещения ГСВ и ЦСМ при выполнении норматива нагрузки семейными врачами (295 посещений в месяц) и фактической нагрузке в месяц, позволяющий оценить оправданность использования средств подушевого норматива финансирования первичного здравоохранения. Таким образом, наблюдается пропорциональная зависимость затрат государственного бюджета на 1 посещение и выполнения

норматива, то есть в организациях, где выполняется норматив посещения, затраты на 1 посещение с государственного бюджета уменьшаются. При усиленной системе направления и перенаправления количество посещений увеличится, тем самым нагрузка семейных врачей достигнет нормы, оправдывая рациональное и эффективное использование финансовых средств.

Мнение руководителей ЦСМ

«Предлагаем изменить принцип финансирования первичного здравоохранения по конечному результату, т.е. за количество посещений, возможно, это станет мотивацией для повышения посещений»

«Врачи жалуются на неадекватную оплату труда, большая ответственность, энергозатраты, временные затраты, нет мотивации для молодых специалистов»

8. Для полноценного изучения и представления системы здравоохранения в планируемом округе была изучена служба СМП.

Целью данного показателя являлась **оценка полноты охваченности** скорой медицинской помощью населения округа, что позволило судить о доступности неотложной помощи населению. При этом были изучены количество пунктов СМП, радиус обслуживания, количество бригад и транспорта. Данная информация определила количество неохваченных населенных пунктов, потребность в фельдшерских бригадах, в санитарном транспорте, тем самым оценила потребность в дополнительных мероприятиях по усилению службы СМП.

По результатам исследования выявилось, что 100% охвата службой СМП не наблюдается ни в одном районе. Необходимо отметить, что службу СМП выполняют только фельдшерские бригады, за исключением г.Каракол. В пунктах СМП Ноокатского района нет телефонной связи, за исключением пункта, расположенного в ЦСМ.

Мнение руководителей ЦСМ:

«В 2-х ГСВ наблюдается отсутствие машин скорой мед помощи, в остальных пунктах СМП машины есть, но в очень плохом состоянии».

«В пунктах СМП Ноокатского района отсутствует телефонная связь (кроме центра)».

«Служба СМП должна находиться под стационаром, т.к. за неотложную помощь и неотложные состояния ответственность несут врачи ТБ»

9. С целью анализа рационального использования финансовых средств был изучен показатель **финансовой устойчивости СМП** в экономических округах. В нашем исследовании при изучении фактических расходов в результате деятельности службы СМП, наблюдалась стойкая тенденция недофинансирования в сравнении с нормативом, за исключением Кеминского и Араванского районов. Что привело к низкой доступности и уменьшению радиуса обслуживания СМП.

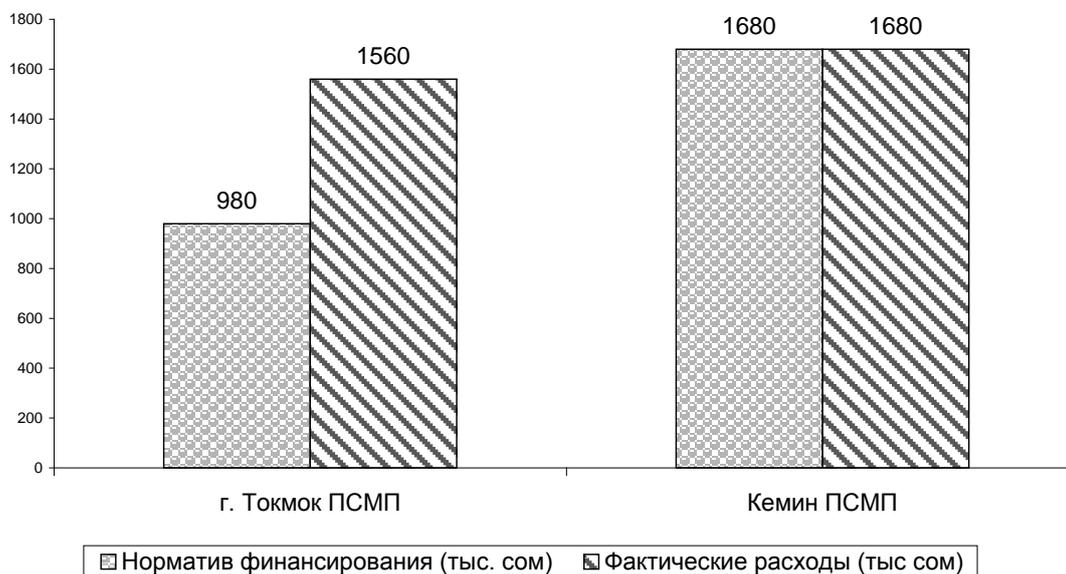
Диаграмма 8

Анализ финансирования скорой медицинской помощи в исследуемых ПСМП Ошской области за 2008 год



Диаграмма 9

Анализ финансирования скорой медицинской помощи в исследуемых ПСМП Чуйской области за 2008 год.



Напрашивается вывод о необходимости пересмотра нормативов финансирования СМП в сторону его увеличения.

Мнение руководителей ЦСМ:

«На службу СМП в Токмок имеются жалобы со стороны населения. Наши 11,5 бригад не могут охватить город, менталитет населения таков, что они все равно недовольны»

«Мы не можем говорить о 100% охвате, нет бензина, фельдшера плохо работают»

«Необходимо пересмотреть норматив финансирования службы СМП, фактические расходы не покрываются выделяемыми средствами»

«Количество выделяемого ГСМ составляет 5л. в сутки, что не хватает на обслуживание вызовов»

Для оценки стационарной службы системы здравоохранения в одном экономическом округе были использованы следующие данные:

1. **Количество выписанных больных** за последние 5 лет, где отражается работа стационара в динамике. Это позволило определить тенденции в стационарном секторе, с последующим прогнозированием коечной мощности в стационарах находящихся в одном административно-территориальном округе. По результатам нашего исследования выявлен рост количества выписанных больных в исследуемых районах в динамике за 5 лет, за исключением Кеминской ТБ и ИООБ, где наблюдается снижение с 2006 года.

Диаграмма 10

Количество выписанных больных в ОЗ Чуй-Токмокского экономического округа в динамике

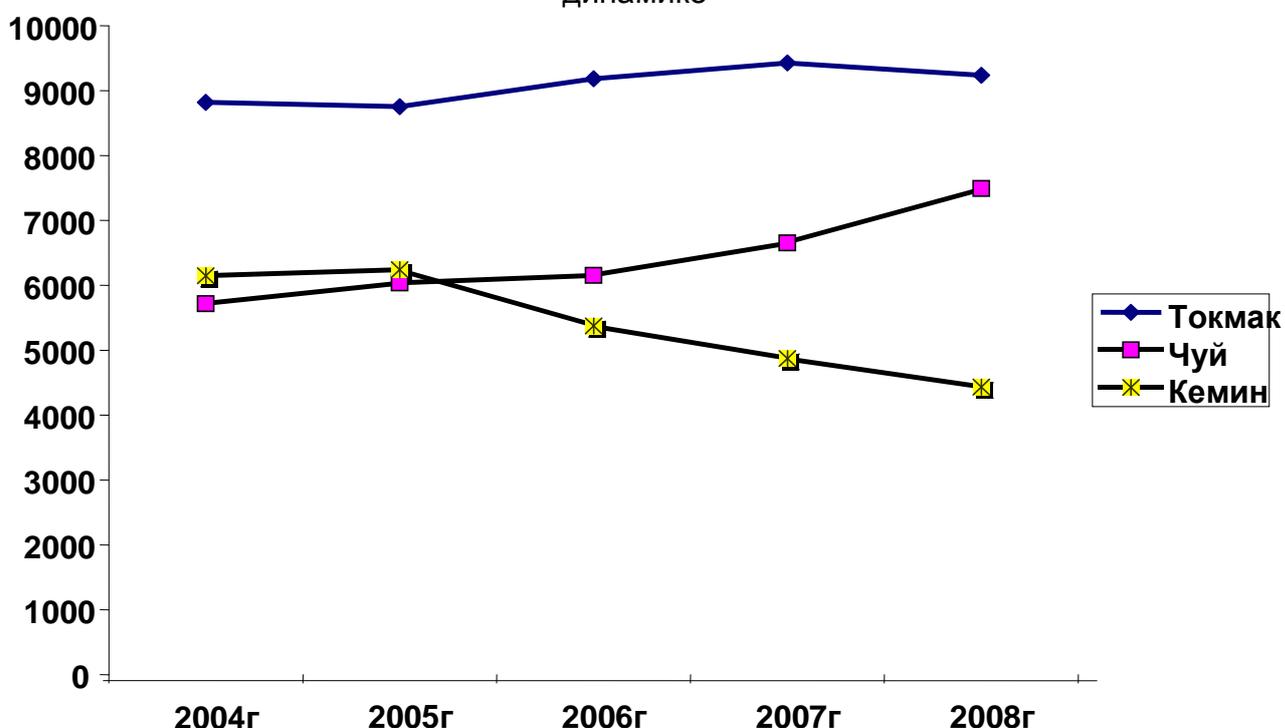


Диаграмма 11
Количество выписанных больных в ОЗ Араван-Ноокатского экономического округа
в динамике

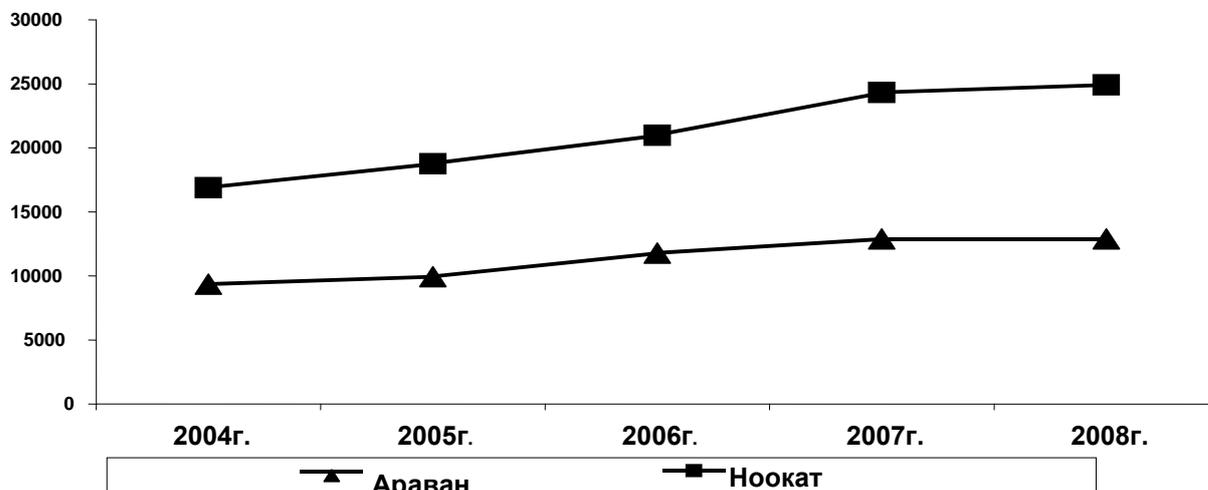
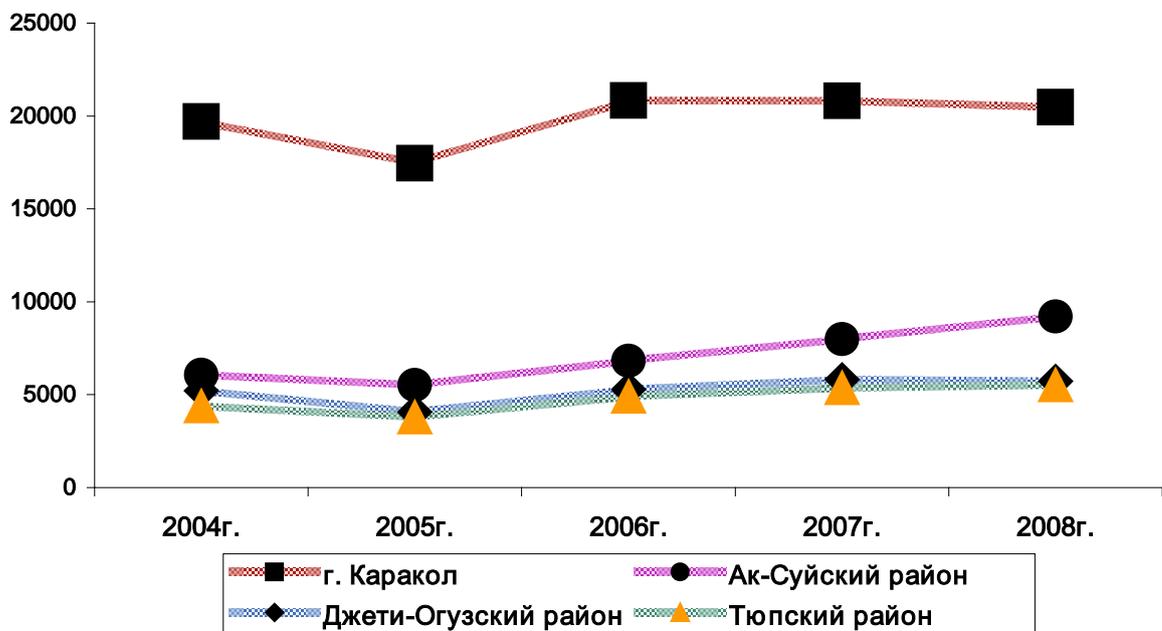


Диаграмма 12
Количество выписанных больных в ОЗ Иссык-Кульского экономического округа
в динамике



Мнение руководителей ТБ:

«Надо ввести жесткую систему направления, чтобы в районной ТБ обследовались и лечились только больные из данного региона»

«Необходимо усилить систему направления и перенаправления, с целью удержания больных по месту жительства»

2. С целью оценки существующей системы направления и перенаправления было изучено количество госпитализированных больных по видам направлений. Так по нашему исследованию, выявлено, что основная часть пациентов (свыше 40%) направлены семейными врачами, хотя, так же наблюдается и рост самонаправленных в ряде стационаров, таких как Чуйская ТБ, Ак-Суйская ТБ, Араванская ТБ (диаграмма 13).

Диаграмма 13



Необходимо отметить очень низкую работу ЦСМ и СМП во всех исследуемых районах, только в Кеминской ТБ наблюдался рост направлений скорой медицинской помощью. Как показал опрос, по мнению руководителей ТБ и ЦСМ, население предпочитает госпитализироваться в больницу, минуя первичное звено, и это связано со многими факторами. Во-первых, низкой информированностью, многие жители не знают своего врача и ГСВ, во-вторых, нежеланием стоять в очереди к семейному врачу, в-третьих, отсутствием узких специалистов в ЦСМ.

Мнение руководителей ТБ:

«Многие жители не знают своего врача, в каком ГСВ они состоят, ни разу не обращались в поликлинику за мед помощью»

«Наши больные ходят напрямую к врачам ТБ (даже амбулаторно), из-за смешанного приема у нас в ЦСМ, не хотят стоять в очереди с туберкулезными больными, беременными и т.д.»

«Работа службы скорой медицинской помощи значительно ухудшилась. Экстренные больные сами стараются доехать до ТБ, из-за чего у нас идет рост госпитализации самонаправленных больных».

3. Необходимый анализ количества плановых и экстренных больных госпитализированных в стационар отражает соотношение плановых и экстренных больных по типу госпитализации. Полученные результаты необходимы для усиления служб неотложной помощи и приемного отделения. В ходе данного исследования выяснилось, что Кеминская ТБ Чуй-Токмоцкого экономического округа 60% больных госпитализирует в экстренном порядке, причем, как было сказано выше, из них треть доставляются СМП. Учитывая тот факт, что она находится на основной трассе Иссык-Куль – Бишкек, рекомендуется ее перепрофилизация в больницу неотложной помощи.

Мнение руководителей ТБ:

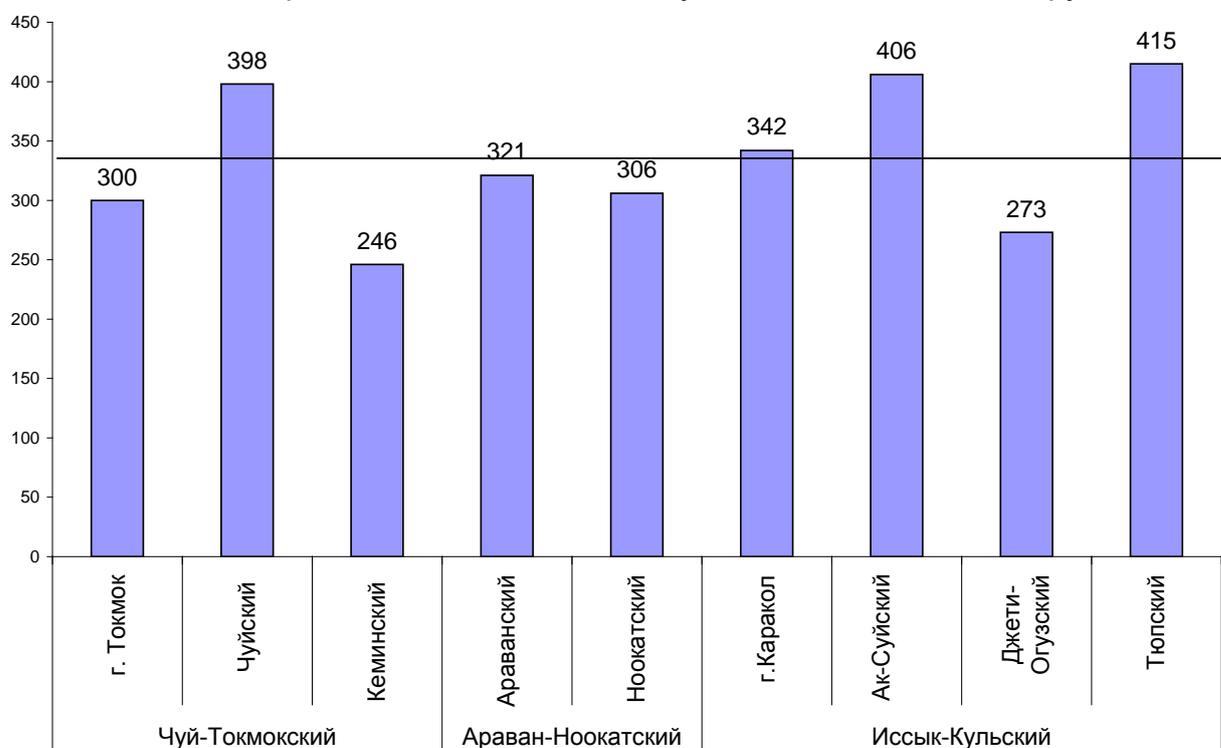
«Кеминская ТБ расположена на трассовой части Бишкек -Иссык-Куль, поэтому у нас много экстренных больных, поступающих по СМП»

«В ТБ стало больше поступать больных с осложненными случаями. В инфекционное отделение мало поступают плановых больных, в основном поступают экстренные больные».

4. **Деятельность коечного фонда** отражает коечный фонд стационара, работу койки, оборот койки, среднее пребывание больного. По полученной информации можно судить об эффективности всей работы стационарной службы. В ходе исследования выявлена неоднозначная картина, в ряде стационаров работа койки значительно ниже установленного норматива в 320-340 дней, но при этом в Чуйской, Тюпской и Ак-Суйской ТБ данный показатель значительно выше нормы и составил от 398 до 415 дней в году. Это вызывает некоторые сомнения в части обоснованности госпитализаций.

Диаграмма 14

Показатель работы койки ОЗ в исследуемых экономических округах



Опрос руководителей ТБ показал, что в Ноокатском районе на низкий показатель работы койки повлияли незагруженные структурные подразделения больницы, которые зачастую пустуют и не дорабатывают на 70%, особенно в родильных отделениях. Руководители Чуйской и Ак-Суйской ТБ подчеркнули о хорошем отношении медицинского персонала к пациентам, об условиях пребывания больных в клинических отделениях. Руководители ИООБ обратили внимание на отсутствие должного материально-технического оснащения.

Мнение руководителей ТБ:

«Необходимо оснастить Иссык-Кульскую областную больницу высоко-технологичным оборудованием, т.к. зачастую поступают тяжелые больные, требуется срочная диагностика и лечение».

«При Ноокатской ТБ находятся СП, которые не вызывают доверия у населения, койки пустуют, сократить койки не можем, т.к. за этим последует сокращение штатов, поэтому персонал сразу жалуется депутатам»

5. Для более глубокого изучения деятельности стационара, потребуется анализ **показатели деятельности коечного фонда по профилям**. Полученная информация покажет структуру стационара в целом, востребованность коек определенного профиля по результатам его деятельности, что позволит определить виды и объемы медицинской помощи в исследуемом стационаре, а так же доступность населения к специализированной медицинской помощи. В ходе исследования отмечены различные уровни потребности внутри округа по одному профилю. Например, акушерские койки в Чуй-Токмокском округе работают различно, в Чуйской ТБ работа коек акушерского профиля составляет 329 дней, в Токмокской ТБ 290 дней и в Кеминской ТБ 170 дней, что говорит о необходимости перепрофилирования коек.

Мнение руководителей ТБ:

«В Чуйской ТБ роддом славится кадрами, условиями и отношением к больным, поэтому женщины Чуйского района и Токмака стараются встать на учет в Чуй ЦСМ и рожать в Чуй ТБ».

«Инфекционные койки в Токмокской ТБ чаще дают «летний всплеск – за счет ОКИ, а педиатрические койки – зимний всплеск за счет ОРВИ».

6. С целью более глубокого изучения ситуации по видам и объемам медицинской помощи, предоставляемым исследуемыми больницами необходимо изучить **количество выписанных больных по основным классам болезней**. Данная информация покажет количество (объем) и вид выполняемых медицинских процедур. Как показал анализ наших данных, во всех исследуемых больницах не оказываются услуги по ЛОР и офтальмологической патологии, за исключением ИООБ и единичных случаев в Токмокской ГТБ. Опрос руководителей ТБ показал, что в районах отсутствуют специалисты узкого профиля, поэтому случаи, требующие квалифицированной специфической мед помощи в районных больницах, направляются в областные центры.

Мнение руководителей ТБ:

«В Чуйской ТБ не предусмотрено отделение инфекции и офтальмологическое, поэтому госпитализированные с такими патологиями отсутствуют»

7. **Хирургическая активность** стационара отражает долю оперативного вмешательства от количества выписанных пациентов. Данная информация позволит судить о соотношении больных терапевтического и хирургического профиля. В рамках медицинского районирования показатель хирургической активности отражает потребность района (округа) в хирургических койках, кадрах хирургического профиля, материально-техническом обеспечении отделений, операционных.
8. Такой показатель как анализ пролеченного случая по **клинико-затратным группам** (КЗГ) по отделениям различного профиля стационара отражает сложность и затратность пролеченных случаев. Данная информация позволит определить стационары, проводящие лечение более тяжелых случаев заболеваний (КЗГ равно или больше 1). Хотя, следует отметить, что тяжелые случаи заболеваний отражают низкую работу ЦСМ и ГСВ, т.к. пациенты поступают с осложнениями и в тяжелом состоянии. Результаты нашего исследования показали, что более 70% всех случаев составляли легкие случаи заболеваний. Пролеченные случаи по клинико-затратным группам, коэффициент которых свыше 1, были пролечены в основном в терапевтическом, инфекционном и узкоспециализированном отделении. Отсюда напрашивается вывод о необходимости усиления вышеуказанных служб с точки зрения кадров, коек и профилактической работы первичного звена здравоохранения.
9. Данные по штатным, занятым и физическим ставкам отражают **кадровую политику** стационара, укомплектованность кадрами, что позволит оценить потребность стационара в кадрах. Анализ врачебного состава показал, что разрыв между штатными и занятыми ставками минимален, укомплектованность врачебным персоналом в среднем составляет 92%. Что касается физических лиц, то в данном случае разрыв значителен, в отдельных случаях достигает 50% (Тюпская ТБ). Мнения руководителей ТБ подтвердил дефицит врачей в районах, отсутствие молодых специалистов, низкую мотивацию медицинского персонала, продолжающуюся трудовую миграцию.

Мнение руководителей ТБ:

«Миграция мед.персонала значительно уменьшилась, по сравнению с 2005-2006 гг., но мы все равно чувствуем недостаток в кадрах».

«Нахватает врачей лаборантов и врачей функционалистов, было бы оборудование и персонал, можно было бы расширить круг медицинских возможностей»

«Наблюдается недостаток кадров лабораторной службы и функциональной диагностики по всему округу».

10. В данной работе, с целью оценки потребности во врачебном персонале по профилям, возможном перепрофилировании, производится анализ **нагрузки врачей по профилям**, где отражается фактическая нагрузка врачей отделений в сравнении с нормативами. Результаты исследования показали, что нагрузка врачей стационаров распределена не равномерно, так в Чуй-Токмокском экономическом округе врачи всех клинических отделений Чуйской

ТБ работают с максимальной и предельной нагрузкой. При этом, в Кеминской ТБ наблюдается иная картина, нагрузка врачей не достигает минимально требуемой нагрузки. В Араван-Ноокатском экономическом округе в Ноокатской ТБ врачи работают с максимальной и предельной нагрузкой, за исключением хирургического, травматологического и родильного отделений, хотя хирурги, травматологи Араванской ТБ работают с предельной нагрузкой. В Иссык-Кульском экономическом округе в Ак-Суйской ТБ 90% врачей работают с максимальной и предельной нагрузкой. В Джети-Огузской и Тюпской ТБ врачи работают с минимальной и меньшей нагрузкой. Необходимо отметить, что во всех исследуемых больницах отмечается острый недостаток реаниматологов, неонатологов, педиатров и невропатологов, на которых приходится особо большое количество больных и соответственно предельная нагрузка и выше. Таким образом, при проведении медицинского районирования необходимо учесть тот факт, что усиление системы направления и перенаправления позволит «выровнять» ситуацию с количеством выписанных больных, с точки зрения уменьшения необоснованной госпитализации, исключения амбулаторных больных, снижение больных территориально не относящихся к данному стационару.

Мнение руководителей ТБ:

«В кадровых вопросах большая проблема с нехваткой педиатров, реаниматологов и анестезиологов, а в целом, «утечки» не наблюдается.»

«Большая нагрузка ложиться на травматолога, т.к. одно физическое лицо и инфекциониста - большой наплыв больных в зимне-летний период.»

«Все наши врачи работают с большой нагрузкой, мест для госпитализации не хватает, в родильном отделении постоянная очередь на госпитализацию.»

11. Предпосылкой к изучению **санитарно гигиенических показателей** таких как, площадь палаты на 1 койку, ориентация окон в палатах клинических отделений, глубины освещения палат послужил тот факт, что в условиях реформирования МЗ КР вынуждено было пойти на сокращение помещений в стационарах в рамках реструктуризации. Данный процесс повлек за собой снижение качества условий пребывания больного в стационаре, их скученности. По результатам исследования обнаружено, что норматив площади на 1 койку не выдерживается ни в одном стационаре и составляет от 4,5 до 6 м, при норме 7 м в общих отделениях и 12 м в инфекционном отделении. Таким образом, в условиях медицинского районирования при усилении системы направления и перенаправления, определения видов и объемов медицинской помощи необходимо учесть и тот факт, что ресурсы больницы (здания, помещения) в случае увеличения притока больных не позволит предоставление качественной медицинской помощи из-за нарушения санитарно-гигиенических нормативов.

Мнение руководителей ТБ:

«Мы знаем, что не выдерживаем нормы площади на 1 койку, но это проблема всей страны, никто не может себе позволить 7 м на 1 койку, либо нормативы необходимо менять, либо финансирование увеличивать.»

«Необходимы дополнительные внутренние резервы для улучшения санитарно-гигиенических условий, эта проблема республиканского масштаба, необходимы дополнительные помещения, но это потребует и дополнительные затраты».

12. **Структура финансовых затрат ТБ** отображает долю затрат на заработную плату, медикаменты, питание и коммунальные услуги. Таким образом, это даст возможность судить о финансовом менеджменте организации и рациональном использовании средств, оценить финансовую устойчивость организации. В ходе проведения исследования выявлено, что усиление системы направления и перенаправления приведет к уменьшению количества госпитализированных больных без направлений, тем самым уменьшится сумма сооплаты, т.к. пациенты, поступающие с направлениями ГСВ, ЦСМ, СМП оплачивают значительно меньше. Таким образом, финансовое бремя на пациента значительно снижается. Необходимо отметить, что при усилении системы направления и перенаправления, регулировании обоснованной госпитализации по профилю, подкрепленной НПД МЗКР по видам и объемам предоставления медицинской помощи в ТБ, возможно уменьшение направления в г. Бишкек и г. Ош, что приведет к увеличению финансовых потоков в стационар.

Мнение руководителей ТБ:

«Верните нам больных, они уезжают на госпитализацию в г.Бишкек по знакомству, больница недорабатывает и теряет свои деньги»

«Согласно реформе здравоохранения, чем больше пациентов, тем больше денег. В Кыргызстане этот принцип не соблюдается».

13. В рамках исследования произведен **анализ госпитализированных больных в Бишкеке и Оше территориальном**. Анализ показал, что отсутствие системы направления и перенаправления привел к тому, что в Бишкек территориальный госпитализируются 39% жителей с иногородней пропиской, из них самый большой удельный вес приходится на Чуйскую область (17%). Это объясняется географической близостью. Необходимо отметить, что из всех выписанных больных из Чуйской области 31% госпитализируются в городские учреждения г.Бишкек, тем самым нарушается прямое предназначение городских организаций. 39% из всех госпитализированных в Ош территориальный жителей Ошской области госпитализированы в Ош ГТБ, где, как известно, должны лечиться горожане. Большой удельный вес среди госпитализированных больных составляют беременные и роженицы.

Особо хочется отметить источник направления, по результатам исследования видно, что 42% всех госпитализированных направлены через КДО (т.е. данные пациенты не обращались за помощью в районные или областные организации здравоохранения по месту жительства), 25% ЦСМ и 20% самонаправленные.

Мнение руководителей ТБ:

«Чуйские жители чаще обращаются за лечением в Бишкек из-за географической близости и отмечают, что в г. Бишкек принимают более опытные врачи, профессора»

«Географически Бишкек расположен близко, менталитет больного такой, что в центре работают более квалифицированные врачи»

«Если есть шанс госпитализироваться в Бишкек, то население старается использовать его»

«Менталитет нашего населения таков, что наиболее квалифицированные врачи находятся в центре, то есть в г.Бишкек и г.Ош, хотя по факту, лечение в центре им обходится дорого, а качество такое же...»

«Врач ГСВ направляет в ТБ данного района, г.Ош и в г.Бишкек семейные врачи направляют только в тяжелых случаях заболевания или на спец. диагностику (томография, эндоскопия, в рай ТБ этого нет), но зачастую пациенты минуя ТБ госпитализируются сразу в больницы г.Ош»

II. Мнение руководителей организаций здравоохранения о медицинском районировании.

Необходимо отметить, что, в ходе исследования мнения руководителей организаций здравоохранения на предлагаемое административно-территориальное деление на округа разошлись. Например, в Араван-Ноокатском экономическом округе опрос выявил резко отрицательную реакцию со стороны руководителей медицинских организаций:

«Административное деление Араван-Ноокатского экономического округа отрицательно повлияет на предоставление медицинской помощи, с точки зрения координации и доступности. Араванским жителям придется добираться до Нооката через г.Ош, дороги плохие».

«Предложенное административно-территориальное деление отрицательно скажется на доступности населения в медицинской помощи, т.к. есть села, которые по географическим параметрам не смогут госпитализироваться в Ноокатскую ТБ. Ситуация ухудшится если создать строгую систему направления и перенаправления. Например, с. Орнок – 15 км до г.Кызыл-Кия и 70 км до Нооката. Поэтому Ноокатский район более эффективно было бы присоединить к Кызыл-Кийскому экономическому округу».

«Предложенное административно-территориальное деление отрицательно скажется на доступности населения к медицинской помощи. Для Араванского района было бы более приемлемым находиться в одном округе с Карасуйским районом или непосредственно объединиться с г.Ош».

«Данное деление на экономические округа в Араван-Ноокатском аймаке отрицательно скажется на медицинском районировании, положительных моментов нет».

По другим округам руководители высказались положительно на предложенное в Концепции территориальное деление и на актуальность медицинского районирования.

«Медицинское районирование благоприятно скажется на системе здравоохранения в Иссык-Кульском округе, на данный момент Иссык-Кульская областная больница работает на тяжелые и осложненные случаи именно по Ак-Суйскому, Джети-Огузскому и Тюпскому районам»

«В случае если упраздниться областные и районные административные структуры, то это благоприятно скажется и на системе здравоохранения, информационные и финансовые потоки стекутся непосредственно в г.Бишкек минуя районные и областные уровни»

«В целом, данная административная реформа не повлияет на систему здравоохранения, если финансирование ОЗ останется по старому принципу, стационары будут работать «по накатанной» системе без каких-либо изменений»

«Хотелось бы пожелать, чтобы в рамках медицинского районирования предусмотреть механизмы, дающие больше свободы стационарам, усиление рыночных механизмов, т.е. создание конкурентоспособной системы здравоохранения»

III. Разработка методологического плана по организации системы предоставления медицинских услуг в отдельно взятом экономическом округе.

С целью определения единого подхода к медицинскому районированию в регионах Кыргызской Республики необходимо изучить систему направления и перенаправления, виды и объемы медицинской помощи в организациях здравоохранения с возможной перспективой репрофилизации.

Для изучения системы направления и перенаправления необходимы следующие индикаторы:

- **Показатели деятельности** службы ПМСП в динамике (минимум за 3 года), с целью определения тенденций и дальнейшего прогнозирования деятельности первичной медико-санитарной службы необходимы.
- **Посещения на дому**, что свидетельствует об эффективной профилактической работе и исполнении вызовов, поступающих от населения в ГСВ и ЦСМ.
- **Структура финансовых затрат ЦСМ** отображает долю затрат на заработную плату, медикаменты и коммунальные услуги. Изучение ее позволяет оценить состояние финансового менеджмента организации и рациональное использование средств.
- **Оценка полноты охваченности** скорой медицинской помощью населения округа, позволит судить о доступности неотложной помощи населению. При этом необходимо изучить количество пунктов СМП, радиус обслуживания, количество бригад и транспорта. Данная информация определит количество неохваченных населенных пунктов, потребность в фельдшерских бригадах, в санитарном транспорте, тем самым оценит потребность в дополнительных мероприятиях по усилению службы СМП.
- С целью анализа рационального использования финансовых средств необходимо изучить показатель **финансовой устойчивости СМП** в экономических округах.
- **Количество выписанных больных** в динамике. Это позволит определить тенденции в стационарном секторе, с последующим прогнозированием коечной мощности в стационарах находящихся в одном административно-территориальном округе.
- **Количество госпитализированных больных по видам направлений**, отражает существующую систему направления и перенаправления
- Необходимый анализ **количества плановых и экстренных больных** госпитализированных в стационар отражает соотношение плановых и экстренных больных по типу госпитализации. Полученные результаты необходимы для усиления служб неотложной помощи и приемного отделения.

-
- **Изучение санитарно гигиенических показателей** таких как, площадь палаты на 1 койку, ориентация окон в палатах клинических отделений, глубины освещения палат
 - **Структура финансовых затрат ТБ** отображает долю затрат на заработную плату, медикаменты, питание и коммунальные услуги. Таким образом, это даст возможность судить о финансовом менеджменте организации и рациональном использовании средств, оценить финансовую устойчивость организации.

Для изучения видов и объемов медицинской помощи необходимы следующие индикаторы:

- **Структура населения** по половозрастному составу. Позволяет выявить соотношение мужчин и женщин, из них женщин фертильного возраста, а так же подростков и детей, с целью выявления потребностей округа в койках и кадрах акушерского профиля и педиатрической службы.
- **Структура заболеваемости** в округах. Позволяет обнаружить рост заболеваемости по отдельным классам болезней в выбранных округах и выявить потребности в усилении определенных видов специализированных служб.
- **Данные по штатным, занятым и физическим лицам** позволят оценить укомплектованность кадрами, совместительство, возможный дефицит человеческих ресурсов, что отразит кадровую политику ОЗ в целом.
- **Нагрузка на семейных врачей**, с целью глубокого анализа деятельности первичного звена.
- **Деятельность коечного фонда** отражает коечный фонд стационара, работу койки, оборот койки, среднее пребывание больного. По полученной информации можно судить об эффективности всей работы стационарной службы.
- Для более глубокого изучения деятельности стационара, потребуется анализ **показатели деятельности коечного фонда по профилям**. Полученная информация показывает структуру стационара в целом, востребованность коек определенного профиля по результатам его деятельности, что позволит определить виды и объемы медицинской помощи в исследуемом стационаре, а так же доступность населения к специализированной медицинской помощи.
- **Количество выписанных больных по основным классам болезней**. Данная информация покажет количество (объем) и вид выполняемых медицинских процедур.
- **Хирургическая активность** стационара отражает долю оперативного вмешательства от количества выписанных пациентов. Данная информация позволит судить о соотношении больных терапевтического и хирургического профиля. В рамках медицинского районирования показатель хирургической активности отражает потребность района (округа) в хирургических койках, кадрах хирургического профиля, материально-техническом обеспечении отделений, операционных.
- Анализ пролеченного случая по **клинико-затратным группам (КЗГ)** по отделениям различного профиля стационара отражает сложность и затратность пролеченных случаев. Данная информация позволит определить стационары, проводящие лечение более тяжелых случаев заболеваний (КЗГ равно или больше 1). Хотя, следует отметить, что

тяжелые случаи заболеваний отражают низкую работу ЦСМ и ГСВ, т.к. пациенты поступают с осложнениями и в тяжелом состоянии

- Данные по штатным, занятым и физическим ставкам отражают **кадровую политику** стационара, укомплектованность кадрами, что позволит оценить потребность стационара в кадрах.
- Анализ **нагрузки врачей по профилям**, с целью оценки потребности во врачебном персонале по профилям, возможном перепрофилировании, где отражается фактическая нагрузка врачей отделений в сравнении с нормативами.
- **Структура финансовых затрат ТБ** отображает долю затрат на заработную плату, медикаменты, питание и коммунальные услуги. Таким образом, это даст возможность судить о финансовом менеджменте организации и рациональном использовании средств, оценить финансовую устойчивость организации.

Выводы:

- Применение единого подхода к медицинскому районированию без учета местных специфик (географические, количество населения и др.) не приведет к желаемому результату, т.к. нарушится физическая и экономическая доступность к медицинской помощи населения. Араванский и Ноокатский районы нецелесообразно объединять в единый округ, с точки зрения медицинского районирования.
- При изучении существующей системы направления и перенаправления проведена оценка деятельности первичного здравоохранения, которая выявила стойкую тенденцию снижения посещаемости ЦСМ и ГСВ. Служба СМП во всех исследуемых округах не обеспечивает 100% охват населения, и показало тенденцию к значительному снижению обращаемости населения к службе СМП, за счет недостаточного финансирования и отсутствия санитарного транспорта.
- Система направления и перенаправления в исследуемых округах нарушена, что привело к увеличению количества госпитализированных больных без направления и обследования. Наблюдается увеличивающееся число госпитализаций с иногородней пропиской в городских стационарах Бишкек и Ош.
- При изучении видов и объемов предоставляемых медицинских услуг, с возможным прогнозированием и перепрофиляцией стационаров проведен анализ деятельности организаций здравоохранения вторичного звена, который показал, что готовность стационаров к оптимизации и модернизации системы здравоохранения в рамках медицинского районирования в исследуемых округах неоднозначна. В ряде стационаров наблюдаются достаточно высокие показатели деятельности коечного фонда (значительно выше норм и средне республиканских показателей), высокая нагрузка на врачей всех профилей, а так же нарушение нормативов санитарно-гигиеническим нормам пребывания больного в организациях здравоохранения.

Рекомендации:

1. Для проведения медицинского районирования в Кыргызской Республике необходимо формирование рабочей группы по созданию «Мастер-плана» по медицинскому районированию, в котором будут расписаны поэтапные мероприятия для рационального и оптимизированного подхода к организации системы здравоохранения в административно-территориальных округах.
2. Существует необходимость в разработке нормативно-правовых документов регулирующие виды и объемы медицинской помощи во всех уровнях ОЗ и табель оснащения;
3. Система направлений и перенаправления требует оптимизации в плане разработки механизмов исключая госпитализацию в стационары необследованных больных в плановом порядке и без направления;
4. Создание стройной системы направлений и перенаправления потребует проведению комплекса мероприятий по улучшению санитарно-гигиенических норм в клинических отделениях ТБ с целью недопущения перегрузок больничных отделений и палат;
5. При разработке мероприятий по медицинскому районированию с целью обеспечения 100% охвата населения СМП необходимо пересмотреть норматив финансирования на 1 бригаду СМП.