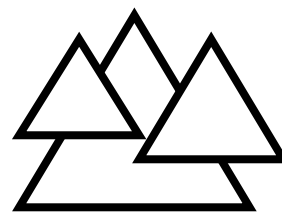




ЦЕНТР АНАЛИЗА  
ПОЛИТИКИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



АБКР

---

## Документ исследования политики №73

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

---

Мадыбаева Д.<sup>1</sup>  
Джемуратов К.<sup>1</sup>  
Туякова Э.<sup>1</sup>  
Малабеков Ж.<sup>2</sup>  
Кожокеев К.<sup>3</sup>

- Бишкек 2010 г. –

---

<sup>1</sup> Ассоциация больниц КР

<sup>2</sup> Привлеченный консультант

<sup>3</sup> 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 общий



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

Рисунок 3

Карта Исык-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 Исык-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

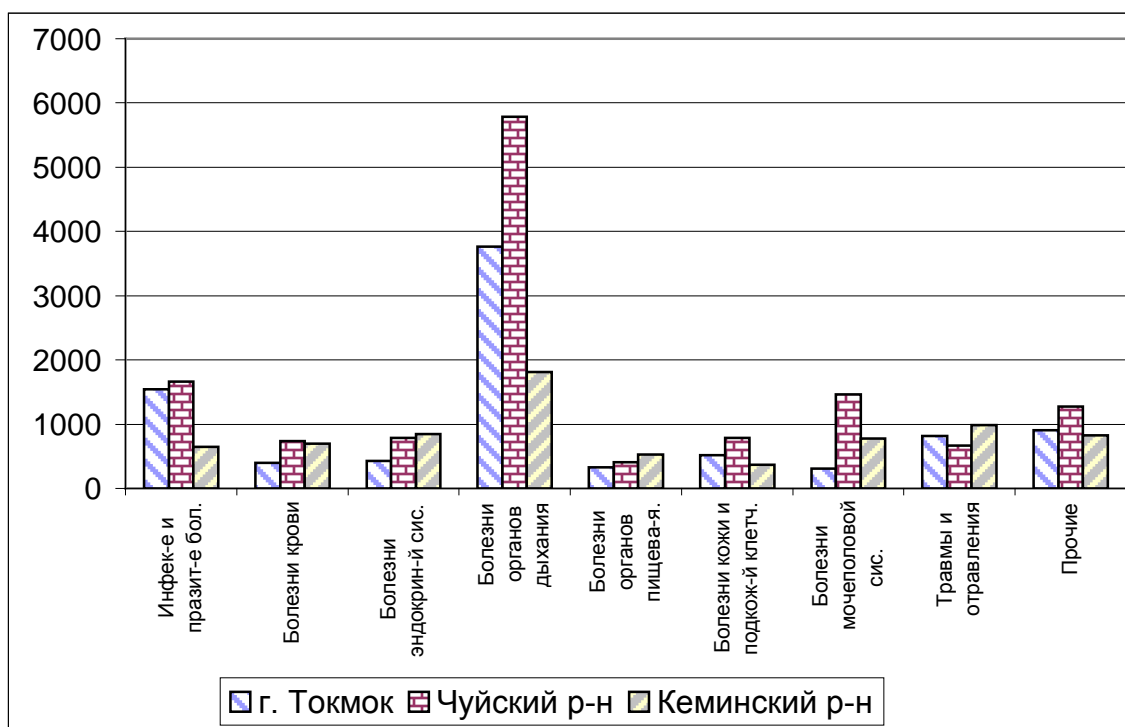


Диаграмма 2

Заболеваемость Араван-Ноокатского округа по основным классам болезней

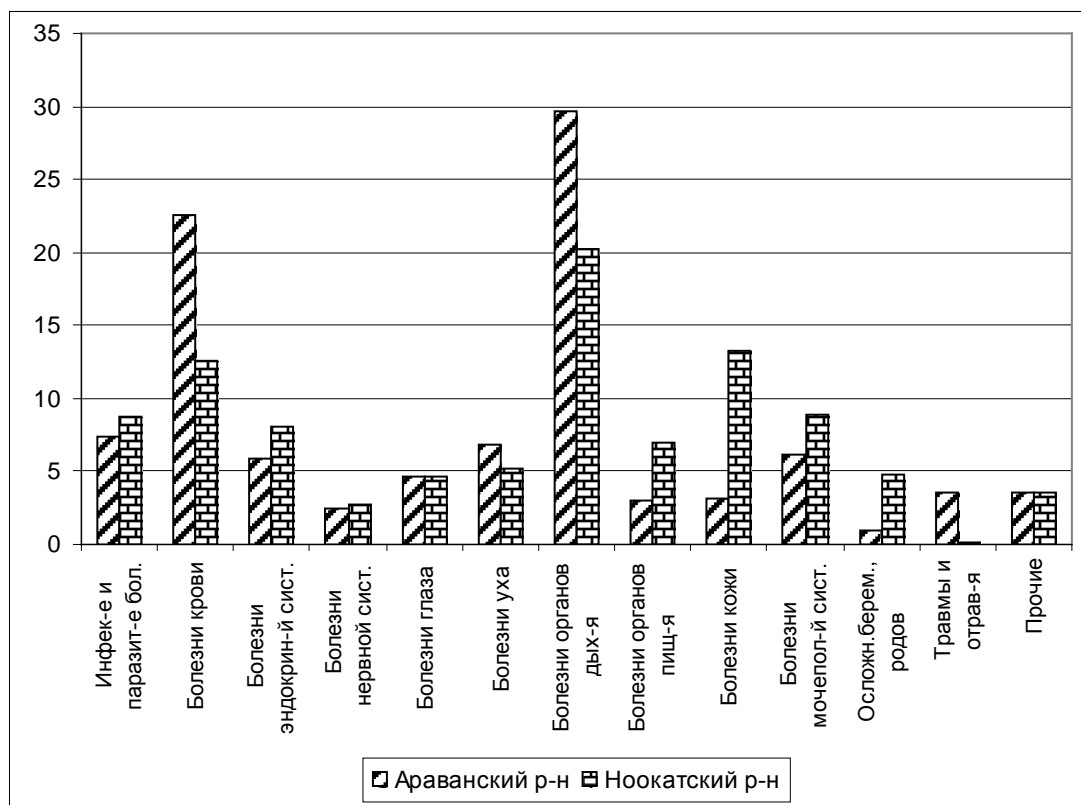
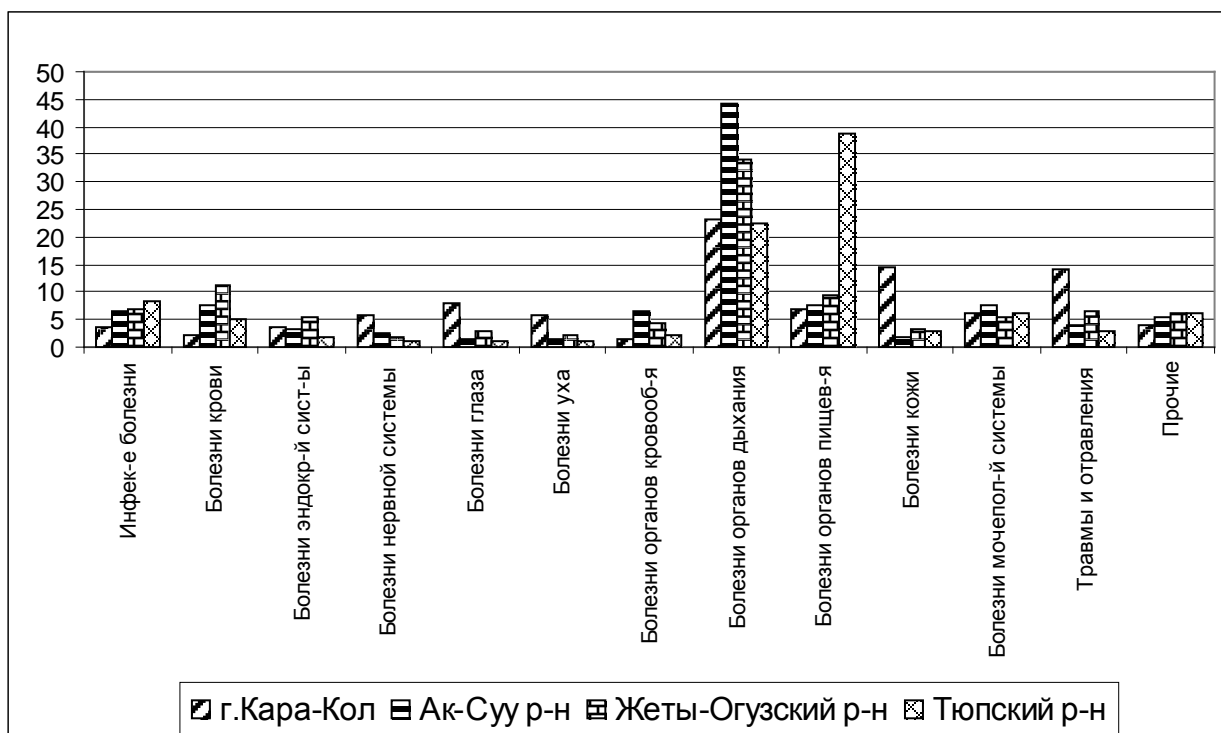


Диаграмма 3

### 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

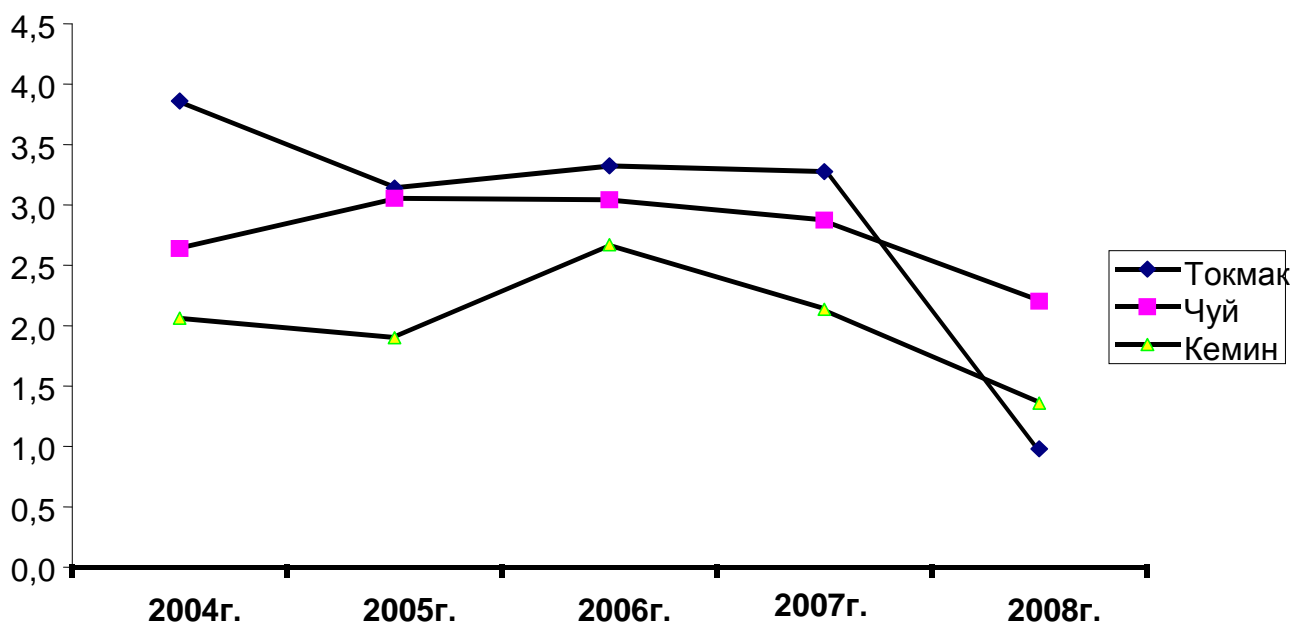


Диаграмма 5

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

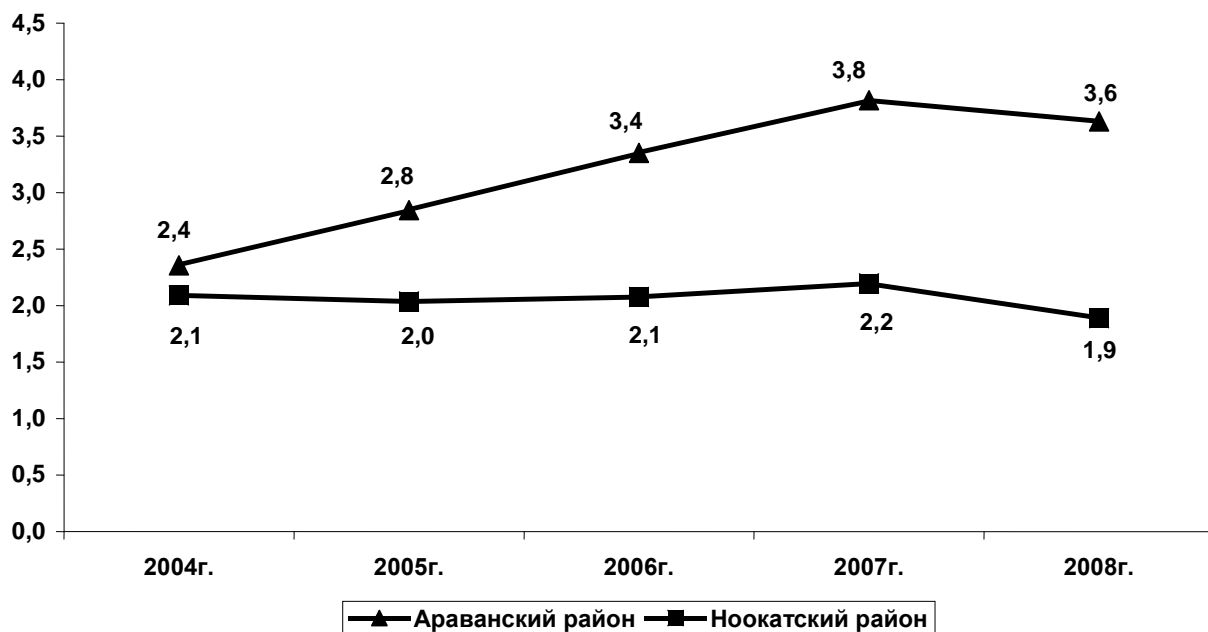
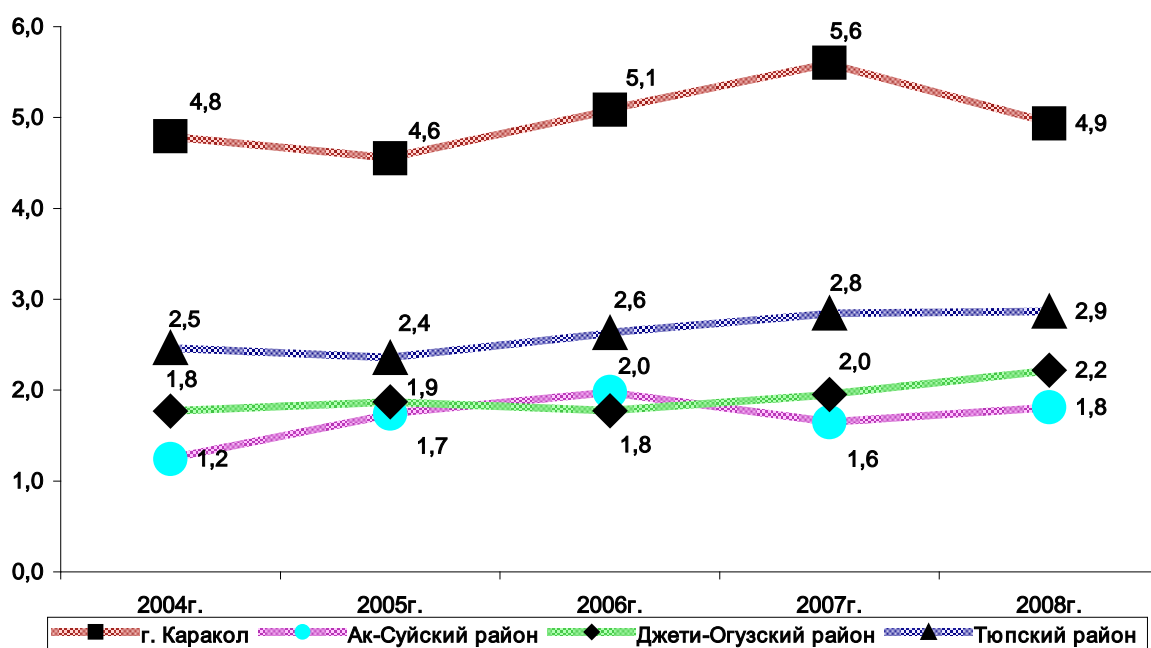


Диаграмма 6

**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-Токмоцкого 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:

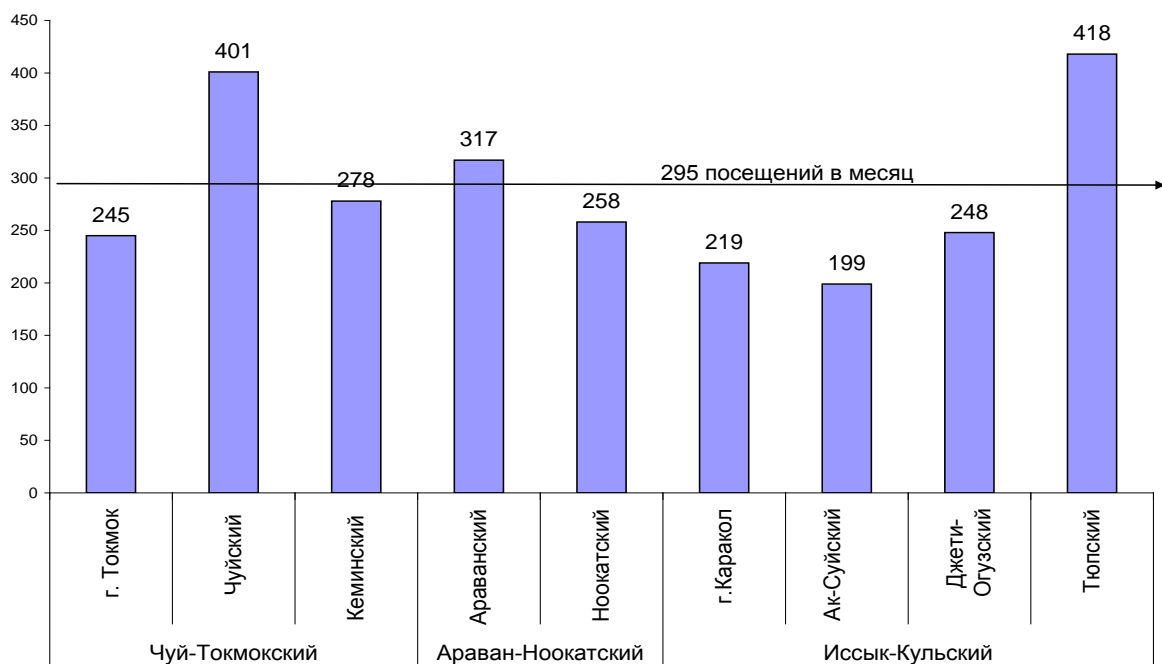
*«Кадров не хватает, как семейных врачей, так и узких специалистов. В 2009 году 5-6 врачей иммигрировало в Россию. Нет мотивации для привлечения молодых специалистов».*

*«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-Токмоковского 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»*

7. **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**

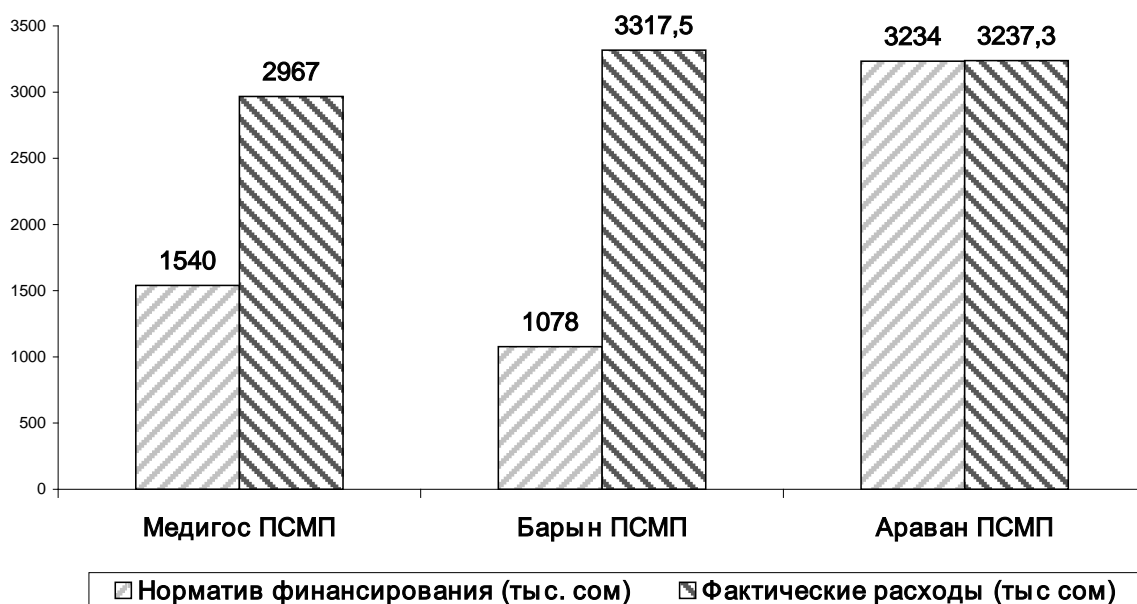
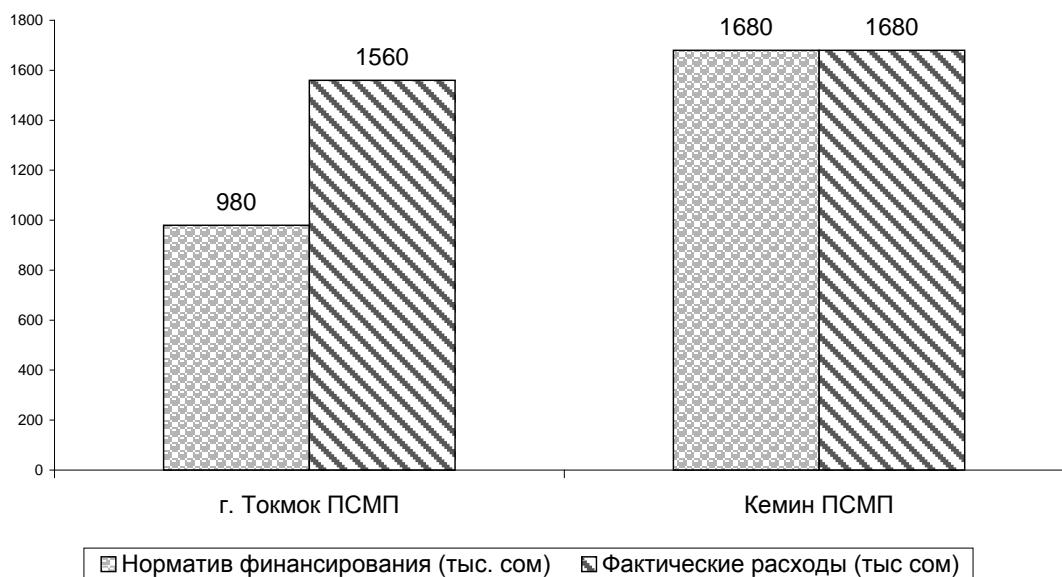


Диаграмма 9

**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

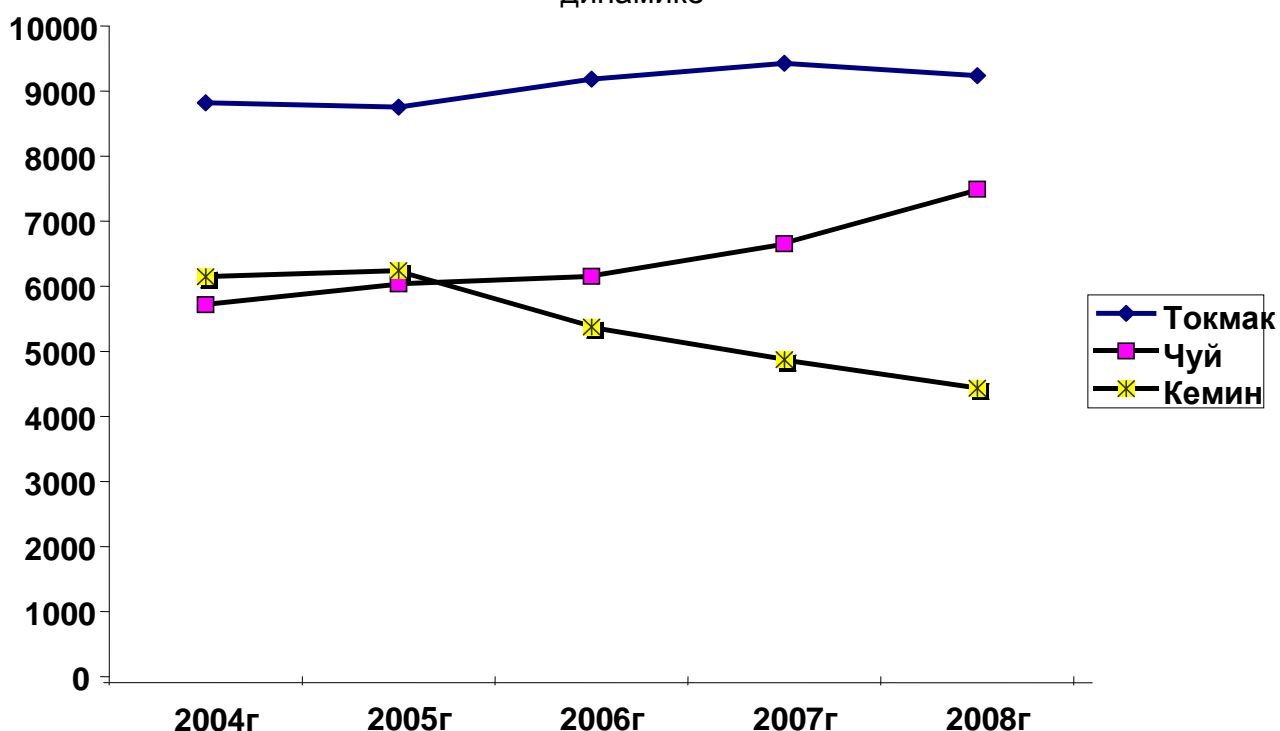


Диаграмма 11  
Количество выписанных больных в ОЗ Араван-Ноокатского экономического округа  
в динамике

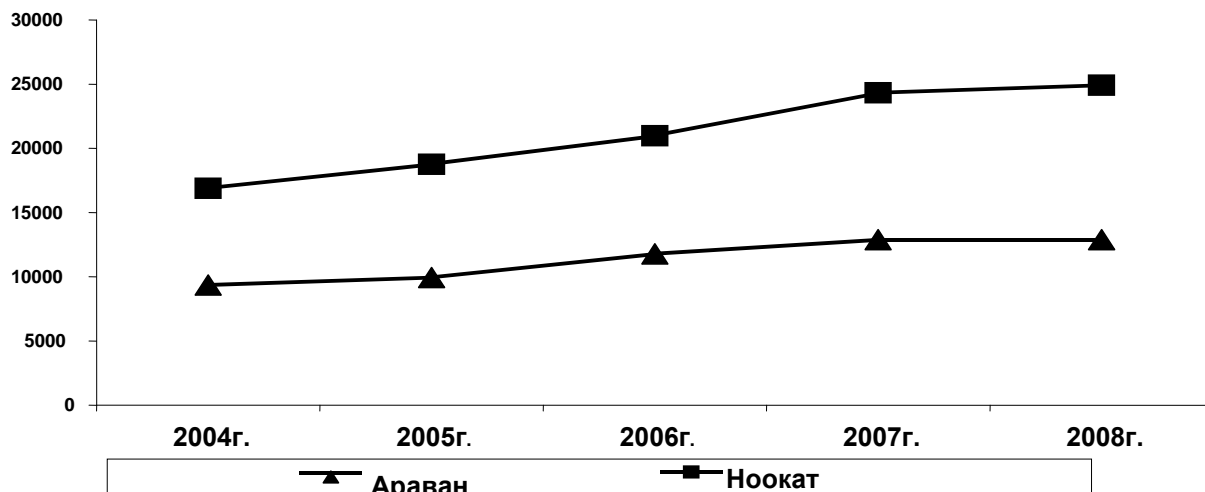
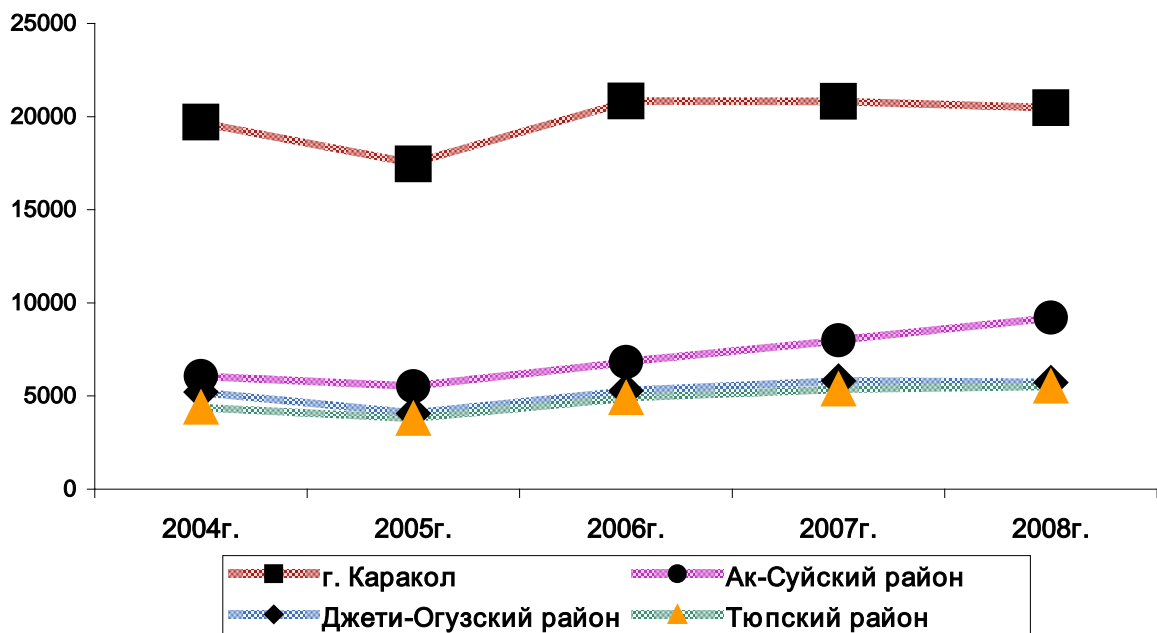


Диаграмма 12  
Количество выписанных больных в ОЗ Иссык-Кульского экономического округа  
в динамике



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:

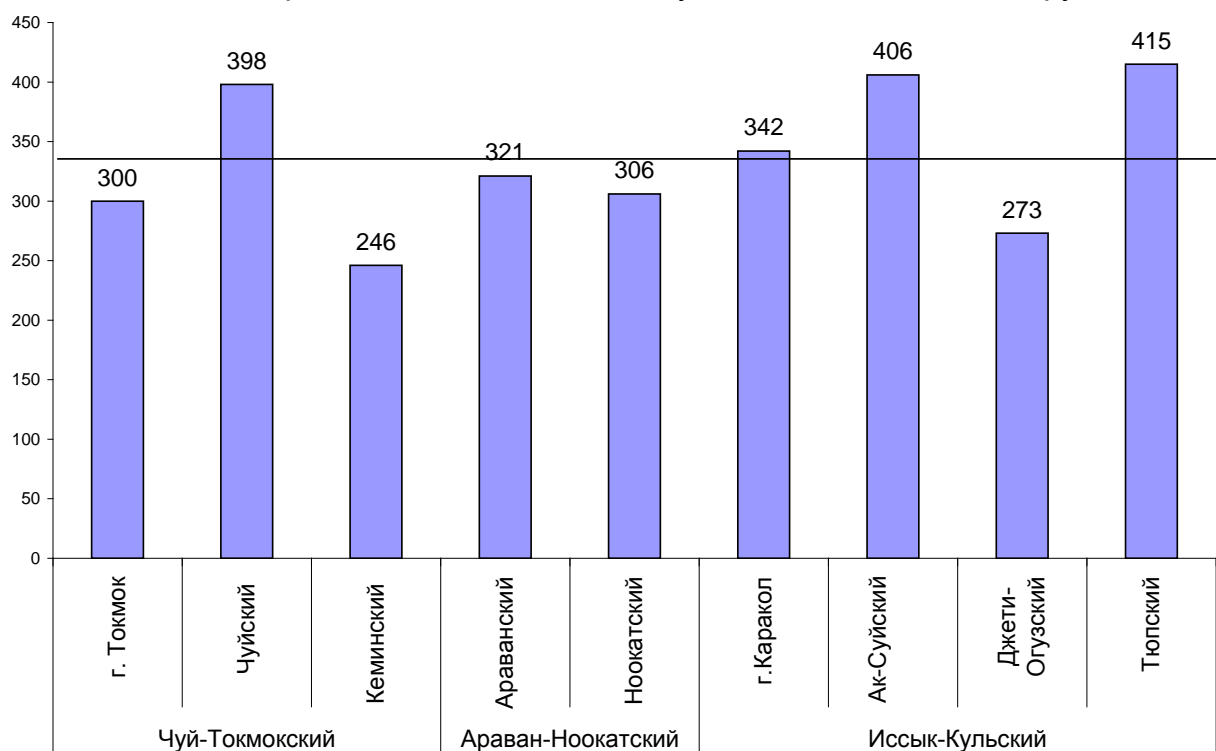
*«Кеминская ТБ расположена на трассовой части Бишкек -Иссык-Куль, поэтому у нас много экстренных больных, поступающих по СМП»*

*«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.