

РЕСТРУКТУРИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

*М.Т. СУЛТАНМУРАТОВ, Н.А. МУКАНОВА,
Э.Т. БОКЧУБАЕВ, Э.А. ИСАКОВ*

Структурная перестройка сети медицинских учреждений в соответствии с потребностью населения республики и решение вопросов наиболее рационального использования этой сети с учетом оптимальной реорганизации – одна из важнейших предпосылок обеспечения эффективного функционирования отрасли в условиях дефицитного финансирования [1]. Практическое решение этой задачи представляется особенно актуальным, так как социально-экономические трудности не позволяют откладывать реализацию интенсивной модели функционирования здравоохранения на основе использования экономических стимулов.

Направления структурной реформы системы здравоохранения заложены в программах «Манас» и «Здоровье - 21». В них определено приоритетное развитие сектора первичной медико-санитарной помощи, ориентированное на оказание помощи населению по семейному принципу и естественное сокращение стационарной помощи, весьма дорогостоящей, ресурсоемкой и не всегда эффективной [3].

Реструктуризация предполагает системный подход. Поскольку «система» характеризуется наличием структуры, внутреннего единства и внешней обособленности, несбалансированные изменения какой-либо одной из составляющих могут существенно изменить ее, нарушить устойчивость, что и обуславливает возникновение «перекосов», гипертрофию развития одних видов медицинской помощи в ущерб другим. С этих позиций процесс реструктуризации является одним из возможных приемов изменения (разрушения) устоявшейся (монолитной) формы, наполнением ее новым содержанием [2].

В рамках национальной программы реформирования здравоохранения «Манас» осуществлялась рационализация и интенсификация первичной и амбулаторно-поликлинической помощи путем организации семейной практики. Основными целями данного процесса являлись увеличение

объема и улучшение качества, обеспечение общедоступности и гарантированности, а также снижение стоимости медицинских услуг. Особо важной признана профилактическая направленность деятельности лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ).

Обслуживание населения группами семейных врачей (ГСВ) - новая прогрессивная форма медицинских услуг населению республики.

Структурная перестройка затрагивала, во-первых, рационализацию амбулаторно-поликлинических учреждений путем объединения самостоятельных взрослых, детских поликлиник и женских консультаций в многопрофильные поликлиники, во-вторых, организацию групп семейных врачей на базе объединенных многопрофильных поликлиник, сельских участковых больниц, врачебных амбулаторий, которые призваны оказывать медицинскую помощь по семейному принципу. В дальнейшем осуществлялись клиническая подготовка медицинского персонала, маркетинг и приписка населения, внедрение финансовых и клиничко-информационных систем, новых механизмов оплаты медицинских услуг, создание нормативно-законодательной базы, совершенствование инфраструктуры и системы управления всей деятельностью семейной практики.

Таким образом, в республике провозглашен институт семейной медицины, ячейкой которого является группа семейных врачей - учреждение первичного уровня, оказывающее квалифицированную первичную медико-санитарную помощь приписанному к нему населению независимо от возраста, пола или характера заболевания.

Создание групп семейных врачей в республике является свидетельством улучшения качества и увеличения объема медицинской помощи на амбулаторном этапе и значительного снижения государственных затрат на содержание дорогостоящих больничных учреждений [3].

В республике создано 803 ГСВ. Одновременно осуществлялась комплексная подготовка семейных врачей, а также разработка нормативно-правовых актов и укрепление материально-технической базы. Было реконструировано 75 учреждений под ГСВ, закуплены и поставлены необходимые медицинское оборудование и медикаменты.

Благодаря объединению многих компонентов медицинской помощи в одну дисциплину и обеспечению взаимозаменяемости между сотрудниками семейная медицина приобрела доступный характер и является новой качественной ступенью в системе первичной медико-санитарной помощи населению.

Важнейшим вопросом дальнейшего развития семейной практики в республике является образование центров семейной медицины путем трансформации слабых в материально-техническом и кадровом отношении поликлиник, сельских участковых больниц и врачебных амбулаторий. Центры семейной медицины организованы в пилотных районах Чуйской и Иссык-Кульской областей. В частности, на базе Центральной районной больницы (ЦРБ) Иссык-Атинского района начал свою деятельность подобный центр, а его филиал открылся в СУБе в с. Иваново.

Смещение акцента с оказания больничной помощи, как более затратной, на усиление первичной медико-санитарной помощи и повсеместное внедрение ГСВ определяет структуру и объем больничных услуг населению.

Следует отметить, что главная цель реструктуризации и рационализации стационарного сектора – это приведение сети стационарных учреждений в соответствие с потребностями населения в госпитальной помощи и разработкой стандартных критериев организационной и медицинской технологии. Кроме того, в современных социально-экономических условиях достижение максимальных результатов при минимальных затратах стало приоритетным направлением в проведении реструктуризации стационаров. В связи с этим первостепенное значение имеет рациональное использование ресурсов, в первую очередь коечного фонда.

Рационализация коечного фонда стационарных учреждений в период с 1995 по 1999 г., в основном, заключалась в сокращении его по всей республике. Так, за пять лет были закрыты 6,7 % коечного фонда, в основном за счет регионов. По мнению многих специалистов [4], это сокращение было неравномерным по областям и уровням больниц. Значительное сокращение коечного фонда претерпели

сельские участковые и городские больницы г. Бишкек.

Итоги первого квартала 2000 г. свидетельствуют о низкой койко-занятости – 73,7, вместо плановых – 82,6 при простое каждой койки 2,8 дня.

Средняя длительность пребывания в стационаре по республике - 14,1 дня, что на 0,55 дня короче, чем в 1998 г., и на 0,6 дня, чем в 1995 г. Это свидетельствует об отсутствии какой-либо динамики данного показателя. Показатели занятости койки имеют тенденцию увеличения с 287 дней в 1995 г. до 303,9 дней в 1999 г., но при детальном анализе видно, что занятость койки осуществляется за счет средней длительности пребывания, особенно в таких лечебно-профи-лактических учреждениях, где тяжесть состояния больных не сказывается на больничной деятельности, и основная часть их могла бы лечиться либо амбулаторно, либо в стационарах дневного пребывания.

Проводилось реальное и обоснованное изучение рациональности использования коечного фонда с учетом потребности населения в госпитальной помощи, оптимальности показателей использования ресурсных потенциалов в стационарных учреждениях, а также механизма сооплаты, производимой пациентами за лечебно-диагностический процесс. Показатели полноты использования коечного фонда в лечебно-профи-лактических учреждениях свидетельствуют о резервах дальнейшего сокращения. Реструктуризация и обоснованное сокращение должны проводиться с целью повышения эффективности и интенсификации деятельности учреждений в целом. Сокращение числа больничных коек до обоснованных нормативов потребности должно произойти прежде всего в больницах с крайне неудовлетворительной материально-технической базой.

Ожидаемая динамика коечного фонда в сторону сокращения по республике произойдет в течение 2004 г. в среднем на 29,2 %. В качестве примера можно привести Иссык-Атинский район, где активно осуществлялась структурная реформа лечебно-профилак-тических учреждений. Так, общее число коек по району уменьшилось с 635 до 370. При этом средняя занятость койки увеличилась до 90 % и снизилась средняя длительность пребывания больного на койке.

Следующим направлением структурной реформы является трансформация мелких и маломощных учреждений в другие эффективные формы медицинских структур путем передачи коечного фонда, консервации и закрытия физически и морально устаревших зданий и помещений, а также перепрофилирования и усиления материально-

Реструктуризация системы предоставления медицинской помощи в Кыргызской Республике

технической базы излишних, но функционально пригодных подразделений.

Эта стратегия направлена на повышение эффективности сектора здравоохранения республики в целом. Она начала реализовываться во многих регионах страны. По данным анализа, проведенного в 1999-2001 гг., 58,6 % зданий подлежали структурной реорганизации. При этом наиболее активно структурная реформа проводилась в центральных районных и сельских участковых больницах.

Интенсификация работы районных больниц была основана на вышеуказанных технологиях реструктуризации: консервация, ликвидация, сдача в аренду, перевод на баланс другого учреждения зданий и функциональных помещений, совершенствование материально-технической базы оставшихся структурных подразделений.

Получили развитие стационарозамещающие формы медицинской помощи (дневные стационары, центры амбулаторной хирургии и т. д.). Организуется новое структурное клиническое подразделение – амбулаторно-диагностическое отделение при реорганизуемых территориальных больницах, обеспечивающее полноценную и квалифицированную консультативно-диагностическую помощь населению.

По всей республике из 141 сельской участковой больницы 50 объектов реорганизовываются в

структурные подразделения ЦРБ, что составляет 36 %, 91 (64,5 %) - в ГСВ.

Общий ожидаемый экономический эффект от реструктуризации стационарной службы составляет 30003,7 тыс. сом., а ожидаемое сокращение затрат в системе здравоохранения – 21016,3 тыс. сом.

В рамках реформы здравоохранения совместно с Правительством Кыргызской Республики разрабатывается комплексная программа сдачи в аренду с последующим выкупом объектов здравоохранения. Она распространяется на те здания и помещения, которые высвобождаются в результате реструктуризации.

В таблице представлены намечаемые результаты процесса реструктуризации медицинских учреждений по Иссык-Атинскому району Чуйской области, которые, наряду с оптимизацией их деятельности, должны привести к экономии значительных финансовых ресурсов и высвобождению материальных фондов.

Таким образом, представленные предварительные результаты позволяют сделать вывод о том, что дальнейший оптимальный курс на реструктуризацию системы медицинской помощи населению возможен при осуществлении комплексного подхода ко всем уровням и видам оказания медицинской помощи населению страны.

Реструктуризация ЛПУ Иссык-Атинского района Чуйской области

Подразделение ЛПУ	Количество коек на 01.01.01 г. – до реструктуризации	Прогноз после реструктуризации	Ожидаемая экономическая эффективность, тыс. сом.
ЦРБ	305	190	1027,1
НБ	125	70	857,5
СУБ с. Ново – Покровка	60	10	265
СУБ с. Кировка	25	10	122,3
СУБ с. Милянфан	10	10 дневного пребыв. (ГСВ)	206,5
СУБ с. Алмалуу	10	10 дневного пребыв. (ГСВ)	234,3
СУБ с. Нурманбет	25	-	75,3
СУБ с. Юрьевка	25	5 дневного пребыв.	279,8
ИТОГО	585	280+25 коек дневного пребывания	3067,8

Литература

1. Касиев Н.К., Мейманалиев Т.С. Здравоохранение Кыргызстана (состояние и перспективы развития). – Б., 1998.
2. Тогунов И.А. Взаимоотношение ресурсов и технологий в здравоохранении// Проблемы

социальной гигиены, здравоохранения и история медицины. - 2000. - №4. – С.5.

3. Программа мер по стабилизации социально-экономического положения в учреждениях Министерства здравоохранения Кыргызской Республики на 1999-2001 годы.

4. Аалиев Г.К., Мамбетов К.Б., Мукеева С.Т., Бобровский А.Н. Модель



0,3 печ. л.

Т.М.Султанмуратов и др.

управления коечным фондом в плане
рационализации больничной помощи в
Кыр-

гызской Республике// Здоровоохранение Кыргызстана.
- 1999. - №3. - С.6.

5. Ермаков Б.А., Поздняков В.А.
Экономические механизмы повышения
эффективности использования коечного фонда в
условиях дефицитного финансового обеспечения
медицинского здравоохранения// Проблемы
социальной гигиены, здравоохранения и история
медицины. - 1999. - №2. – С.4.