



План оптимизации оказания медицинской помощи в Кыргызской Республике

Программа реформы, направленная на
обеспечение комплексного оказания
помощи, ориентированной на пациента

Финальный отчет

Клиент

Министерство
здравоохранения

Ссылочный номер

kg wb 521115

Версия номер

16

Дата

Ноябрь 28, 2020

management4health GmbH



Avanco Consulting Company



План оптимизации оказания медицинской помощи в Кыргызской Республике

На пути к комплексной помощи, ориентированной на
пациента

Финальный отчет

management4health GmbH



Хебельштрассе, 11
60318 Франкфурт
Германия

Avanco Consulting Company



Бишкек, ул. Московская, 136
Кыргызская Республика

V16

28 ноября, 2020

СОДЕРЖАНИЕ

1.1	Общие сведения	1-1
1.2	Контекст и ключевые вопросы	1-2
2.1	Основная цель процесса Мастер плана	2-1
2.2	Основные осуществленные задачи	2-1
2.3	Сбор и анализ данных	2-2
2.4	Ключевые моменты и предположения	2-4
3.1	Задачи	3-1
3.2	Приоритизация	3-1
3.3	Оптимизация эффективности	3-1
3.4	Модель интегрированной помощи	3-2
3.5	Руководство / Стратегическое управление	3-6
3.6	Финансирование	3-6
3.7	Варианты моделей и дополнительные элементы	3-7
4.1	Стратегия оптимизации и меры на областном уровне	4-1
4.1.1	Краткосрочные меры: корректировка стационарного лечения	4-1
4.1.2	Среднесрочные меры: сосредоточение внимания на повышении качества	4-2
4.1.3	Долгосрочные меры: устойчивое стратегическое развитие	4-4
4.2	Ремонт / Реконструкция существующих зданий	4-4
4.3	Предлагаемые меры по оптимизации по регионам	4-5
4.3.1	Баткенская область	4-5
4.3.2	Чуйская область	4-6
4.3.3	Иссык-Кульская область	4-6
4.3.4	Джалал-Абадская область	4-7
4.3.5	Нарынская область	4-7
4.3.6	Таласская область	4-8
4.3.7	Ошская область	4-8
4.4	Медицинское оборудование	4-9
4.5	Общий объем инвестиций, необходимых на областном уровне	4-10
5.1	План оптимизации для города Бишкек	5-12
5.1.1	Планирование для комплексной системы предоставления помощи	5-12
5.1.2	Ситуационный анализ	5-12
5.1.3	Выводы и рекомендации	5-15
5.1.4	Конкретные рекомендации для организаций здравоохранения республиканского уровня ..	5-16
5.1.5	Конкретные рекомендации для организаций здравоохранения городского уровня	5-17
5.2	План оптимизации города Ош	5-22
5.2.1	Ситуационный анализ	5-22
5.2.2	Межобластные организации здравоохранения г.Ош	5-22
5.2.3	ОЗ городского уровня	5-24
6.1	Туберкулез	6-1
6.1.1	Анализ ситуации	6-1
6.1.2	Рекомендации	6-2
6.2	Психиатрическая помощь	6-2
6.2.1	Анализ ситуации	6-2
6.2.2	Рекомендации	6-4
6.3	Реабилитационные услуги	6-4
6.3.1	Анализ ситуации	6-4

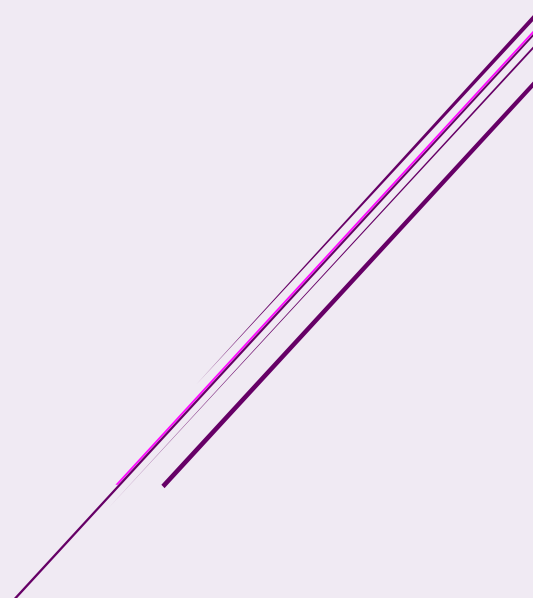
6.3.2	Выводы	6-5
6.3.3	Рекомендации.....	6-5
6.4	Экстренная медицинская помощь.....	6-6
6.4.1	Анализ ситуации	6-6
6.4.2	Рекомендации.....	6-9
7.1	Текущая ситуация	7-1
7.2	Реформирование финансирования здравоохранения – Стратегический подход	7-3
7.2.1	Анализ и расширение существующих источников финансирования	7-3
7.2.2	Улучшение механизмов возмещения затрат для поставщиков медицинских услуг	7-5
7.2.3	Продвижение интегрированной модели оказания медицинской помощи	7-5
7.2.4	Создание Совета по политике здравоохранения.....	7-6
7.3	Реализация реформ финансирования здравоохранения	7-6
7.3.1	Внедрение финансирования стационарных услуг на основе результатов	7-6
7.3.2	Управление фазой перехода.....	7-7
7.3.3	Содействие широкому использованию финансирования на основе результатов.....	7-7
7.3.4	Переход к фокусу болезни	7-7
7.3.5	Переход в перспективе на все население	7-7
7.3.6	Заключение	7-7
8.1	Оптимизация оказания медицинской помощи	8-1
8.1.1	Рационализация организационной структуры служб здравоохранения.....	8-1
8.1.2	Улучшение доступа к качественной медицинской	8-1
8.1.3	Обеспечение оперативности системы здравоохранения	8-2
8.1.4	Интеграция вертикальных программ в систему оказания медицинской помощи	8-3
8.2	Меры по оптимизации оказания медицинской помощи.....	8-3
8.2.1	Краткосрочные меры (2020-23)	8-3
8.2.2	Среднесрочные меры (2024-27)	8-4
8.2.3	Долгосрочные меры (2028 - 35).....	8-4
8.3	Экономические эффекты	8-5
8.4	Обсуждение областных и Национального Мастер-планов	8-5
8.4.1	Финансирование здравоохранения	8-6
8.4.2	Баткенская область	8-6
8.4.3	Чуйская область	8-6
8.4.4	Ош (город и область)	8-7
8.4.5	Иссык-Кульская область	8-7
8.4.6	Жалалабадская область	8-8
8.4.7	Нарынская область	8-8
8.4.8	Город Бишкек	8-9
8.4.9	Таласская область	8-9

АББРЕВИАТУРА

БНИЦТО	Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии
ВВП	Валовый внутренний продукт
ВБ	Всемирный банк
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГГБ	Городская гинекологическая больница
ГДКБСМП	Городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи
ГДПТБ	Городская детская противотуберкулезная больница
ГИС	Географическая информационная система
ГКБ №1	Городская клиническая больница №1
ГКБ №6	Городская клиническая больница №6
ГПД	Группа по диагностике
ГПТБ	Городская противотуберкулезная больница
ГПЦ	Городской перинатальный центр
ГЦБТ	Городской центр борьбы с туберкулезом
ГЧП	Государственно-частное партнерство
ДМИ	Демографические и медицинские исследования
ЖД	Железнодорожная больница
ЗМиР	Здоровье матери и ребенка
ЗМНР	Здоровье матери, новорожденного и ребенка
ИПОЗ	Институт показателей и оценки здоровья
ИТ	Информационные технологии
ИСПУ	Интегрированная сеть предоставления услуг
КГМИПК	Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации им. С.Б. Даниярова
КИМП	Кластерное исследование по множественным показателям
КЗГ	Клинико-затратные группы
КМС	Коэффициент младенческой смертности
КНИИКиВЛ	Кыргызский научно-исследовательский институт курортологии и восстановительного лечения
КНЦРЧ	Кыргызский научный центр репродукции человека
КОВИД	Коронавирус заболевание
КПЭ	Ключевые показатели эффективности
КРЗ	Кадровые ресурсы для здравоохранения
KfW	Немецкий (правительственный) банк развития
КТ	Компьютерная томография
МЗ КР	Министерство здравоохранения Кыргызской Республики
МРТ	Магнитно-резонансная томография
МСД	Мобильный сбор данных
МТСП	Министерство труда и социального развития
МФК	Международная финансовая корпорация (ВБ)
НДС	Налог на добавленную стоимость
m4h	Management4health
НИЗ	Неинфекционные заболевания
НИЗиПО	Национальный институт здравоохранения и передового опыта (Великобритания)
НПЦ	Национальный перинатальный центр
НСК	Национальный статистический комитет
НХЦ	Национальный хирургический центр
НЦКТ	Национальный центр кардиологии и терапии

НЦОиГ	Национальный центр онкологии и гематологии
НЦОМиД	Национальный центр охраны материнства и детства
НЦФ	Национальный центр фтизиатрии
ОГРЗ	Общие государственные расходы здравоохранения
ОЗ	Организации здравоохранения
ОЗМиР	Организации здравоохранения матери и ребенка
ООпУ	Организации, ответственные по уходу/медицинской помощи
ОПР	Официальная помощь развитию
ОРЗ	Общие расходы на здравоохранение
ПГГ	Программа государственных гарантий
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ПОПЗ	Полезная общая площадь застройки
РК	Работа койки
РКИБ	Республиканская клиническая инфекционная больница
РКП	Рекомендации по клинической практике
РЦДВ	Республиканский центр дерматовенерологии
РЦПЗ	Республиканский центр психического здоровья
СМД	Сбор мобильных данных
СМП	Скорая медицинская помощь
СПП	Средняя продолжительность пребывания
ССЗ	Сердечно-сосудистые заболевания
ССТР	Совокупный среднегодовой темп роста
ТБ	Территориальная больница
ТП	Техническая помощь
УК	Правление качеством
ХОБЛ	Хроническая обструктивная болезнь легких
ФОМС	Фонд обязательного медицинского страхования при Правительстве КР
ФОР	Финансирование на основе результатов
ФРИЗ	Фонд развития инфраструктуры здравоохранения
ШАРС	Швейцарское агентство по развитию и сотрудничеству
ЦМКУиСМ	Центр медико-консультативных услуг и спортивной медицины
ЦОВП	Центр общеврачебной практики
ЦПЗ	Центр психического развития
ЦРТ	Цели развития тысячелетия
ЦСМ	Центр Семейной Медицины
ЦСО	Центральное стерилизационное отделение
ЦУК	Центр управления и контроля
ЦУР	Цель устойчивого развития
ЭПЗ	Эквивалент полной занятости (для оценки и планирования персонала)
ЭМП	Экстренная медицинская помощь
SWAp	Широкосекторальный подход
ООН	Организация Объединенных наций
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
ЮНФПА	Фонд народонаселения ООН
ЮСАИД	Агентство США по международному развитию

1 ВВЕДЕНИЕ



1 ВВЕДЕНИЕ

1.1 Общие сведения

Здоровье населения является одним из приоритетных направлений государственной политики Кыргызской Республики и включено в Национальную *Стратегию развития Кыргызской Республики на 2018-2040 годы*, в Программу Правительства КР «Доверие, единство, созидание», утвержденную Постановлением Жогорку Кенеша Кыргызской Республики от 20 апреля 2018 года № 2377-VI и Указом Президента Кыргызской Республики от 31 октября 2018 г. № 221 (далее – Стратегия 2040).

Согласно положениям плана реализации Стратегии 2040, в октябре 2018 года компания management4health (m4h) назначена Консультантом Министерства здравоохранения (МЗ) Кыргызской Республики для оказания технической помощи (ТП) в разработке Национального плана оптимизации предоставления медицинских услуг (далее именуемого *Мастер-планом*).

Целью Мастер плана был анализ и оценка существующей инфраструктуры и эффективности системы здравоохранения, а также разработка мер по оптимизации, которые должны быть реализованы в трех различных временных периодах: краткосрочный (1-3 года), среднесрочный (4-7 лет), и долгосрочный (8-15 лет). Все сценарии должны быть практичными, осуществимыми и устойчивыми с точки зрения финансирования и человеческих ресурсов, необходимых для реализации.

Мастер план был разработан в рамках прозрачного процесса с широким участием заинтересованных лиц для обеспечения приемлемости и согласованности и с тесным участием Министерства Здравоохранения, Фонда обязательного медицинского страхования при Правительстве КР (ФОМС) и международных партнеров по развитию, а также представителей местных властей и руководителей организаций здравоохранения на национальном, областном и районном уровнях.

Мастер-план также был согласован с направлением государственной политики (Постановление Правительства Кыргызской Республики от 20 декабря 2018 г. № 600) и основными направлениями Общесекторального подхода (SWAp), с целью согласования усилий различных партнеров, направленных на укрепление системы здравоохранения.

Дорожная карта для реализации является частью Мастер плана, предоставляя руководство по разработке конкретных планов и реализации конкретных шагов на районном, областном и национальном уровнях.

Данные и информация для анализа и оценки, подтверждающие выводы и рекомендации, содержащиеся в документе Мастер-плана, были собраны путем очного инспектирования на местах, как с руководителями организаций здравоохранения, так и ответственными на всех уровнях оказания помощи, а также путем прямого сбора данных (первичные данные). Для регистрации и загрузки данных на защищенный сервер был разработан специальный инструмент *Мобильный Сбор Данных* (МСД), после чего данные были систематизированы, были созданы таблицы и использованы различные аналитические инструменты для создания обобщающей статистики. Вторичные данные были получены из Центра электронного здравоохранения Кыргызской Республики, ФОМС и других государственных организаций Кыргызской Республики. Для оценки данных и разработки рекомендаций использовались международные контрольные показатели.

1.2 Контекст и ключевые вопросы

Население страны демонстрирует тенденцию к значительному росту, и ожидается, что к концу жизненного цикла этого Мастер плана численность населения достигнет 7,9 миллиона человек,

Рисунок 1: Основные причины и тенденции смертности в Кыргызстане, 2007-2017 гг. (ИММЕ 2019)



при этом 66% населения будет проживать в сельских и горных районах.

Обзор данных за предыдущие годы показывает, что среднегодовой темп роста общей заболеваемости составил 0,86%, однако, с учетом ожидаемых демографических изменений (постепенное старение населения с сегментом населения старше 65 лет, увеличивающимся более чем в два раза в течение последующих 15 лет), потребности и спрос в медицинской помощи, вероятно, будет расти быстрее, чем население, в частности, для определенных условий, таких как заболевания желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и костно-мышечной системы и т.д., как часть сдвига в демографическом переходе. Ожидается, что в рамках демографического перехода прогнозируемое количество родов (с 2019 по 2035 годы) снизится на 7,43%.

Следующие основные программы реформирования здравоохранения, были реализованы после обретения страной независимости: «Манас» (1996–2006 гг.), «Манас таалими» (2006–2010 гг.), «Ден Соолук» (2012-2018 гг.) и «Здоровый человек - процветающая страна» (2019-2030). Эти программы нацелены на структурные изменения в системе здравоохранения за счет развития семейной медицины в области первичной помощи и за счет реорганизации больничного сектора на вторичном и третичном уровнях.

Другие достижения включают внедрение руководств по клинической практике, улучшение снабжения и использования фармацевтических препаратов, улучшение качества приоритетных программ в области охраны здоровья матери и ребенка, сердечно-сосудистых заболеваний, туберкулеза и ВИЧ / СПИДа, укрепление общественного здравоохранения и улучшение медицинского образования.

Годы →	2023	2027	2035
Период времени (годы)	4	4	8
Прирост населения	6.37%	12.03%	22.71%
Годовой прирост (между периодами времени)	1.56%	1.31%	1.14%
Распространенность заболеваемости	3.52%	7.21%	15.12%
Годовой прирост (между периодами времени)	0.87%	0.88%	0.89%
Комбинированный фактор	10.12%	20.11%	41.26%

Таблица 1: Прогнозируемый прирост населения и распространенность заболеваемости, Кыргызстан, 2020 - 2035

В целом, несмотря на высокие уровни политической и технической приверженности к продолжению реформ, система здравоохранения остается все еще фрагментированной, с ограниченным предоставлением услуг и недостаточного качества.

Амбулаторные услуги оказывает 81 организация здравоохранения: Центры семейной медицины (ЦСМ), Центры общеврачебной практики (ЦОВП) и два центра экстренной медицинской помощи в Бишкеке и Оше. Общее количество посещений к ним составило 18,6 млн., в среднем 2,91 посещения на человека в год, при этом большая часть обращений к семейным врачам (40,3%), затем к узкопрофильным специалистам и фельдшерам (25% посещений по каждой категории). Обращения по экстренным показаниям составили 9,7% от общего числа амбулаторных посещений.

Службе Экстренной медицинской помощи (ЭМП) в Кыргызстане не хватает системного подхода, что связано с отсутствием (центрального) координационного механизма или органа, управляющего организацией и предоставлением помощи. Отсутствие финансовых и специально квалифицированных человеческих ресурсов, а также нехватка современного оборудования серьезно снижает эффективность услуг ЭМП. Отсутствие отделений экстренной помощи при ЦОВП, территориальных и районных больницах еще больше снижает качество реагирования на экстренные ситуации.

За исключением города Бишкек, существующая система скорой помощи не функционирует, особенно для населения, проживающего в сельской местности. При этом своевременный доступ к неотложной помощи имеет жизненно важное значение для результатов лечения пациентов.

Несмотря на успехи в проведенных ранее реформах здравоохранения, Кыргызстан по-прежнему сталкивается со значительными проблемами, особенно на уровне больниц, из-за отсутствия «современных» больниц на районном, областном и республиканском уровнях и высокой стоимости содержания существующей инфраструктуры.

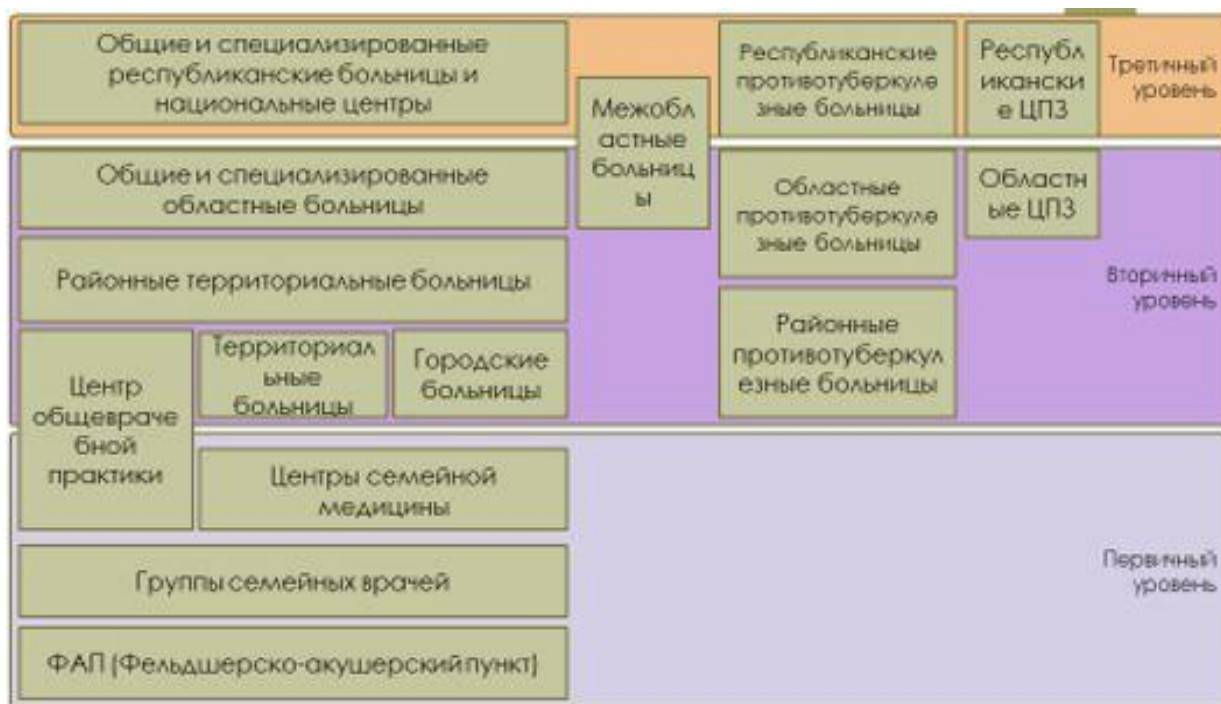


Рисунок 2: Фрагментированная структура системы здравоохранения Кыргызской Республики

В общей сложности 87 больниц общего профиля предоставляют медицинскую помощь на районном и областном уровнях. В городах Бишкек и Ош отмечается высокий уровень показателя работы койки, а в Баткенской, Нарынской и Ошской областях - низкий. В течение 2018 года 895 562 пациента (примерно 15% населения) получили стационарное лечение, и только 5,3% из них были пролечены в специализированных организациях здравоохранения (туберкулез, психические заболевания и реабилитация), которые составляют 20% от всего коечного фонда. В течение 2018 года среднее количество обращений за стационарным лечением в больницы общего профиля составило 13,3 на 100 населения.

Уровни оказания помощи четко не распределены с точки зрения объемов помощи, ресурсов и географической доступности. Организации третичного уровня сосредоточены в городе Бишкек, что приводит к проблемам с доступом к медицинской помощи для отдаленных областей, а отсутствие четкой системы направлений ведет к несоответствию между потребностями пациентов и имеющимися ресурсами.

Плановая стационарная помощь смешана с экстренной помощью, что ставит под угрозу качество как экстренной, так и плановой помощи, в итоге всей социальной помощи, что делает систему недостаточной и неэффективной. Показатели эффективности, такие как работа койки и СПП не оптимальны, а концепция «дневного стационара» практически еще не реализована.

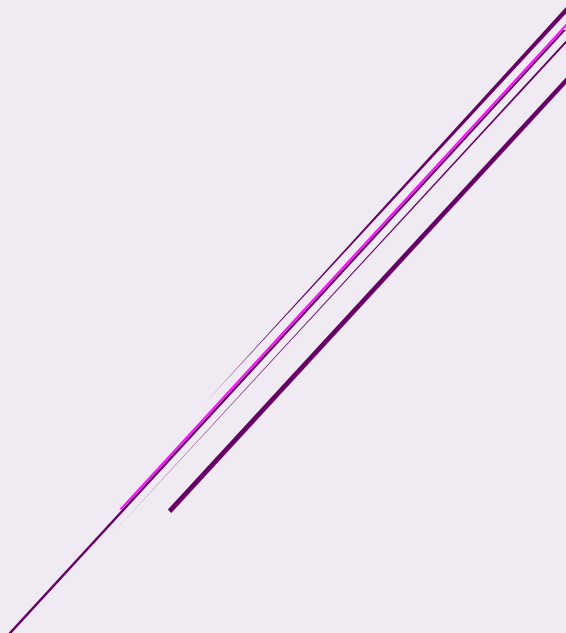
Размещение клинических и вспомогательных подразделений в 10-20 отдельных зданиях, разбросанных на площади в несколько гектаров, и устаревшая инфраструктура многих организаций не способствует современным способам оказания медицинской помощи. Для половины обследованных точек дислокации ОЗ доступ и использование ограничены, что приводит к неэффективному использованию оборудования, человеческих и финансовых ресурсов, а также к проблемам, связанным с качеством помощи, предоставляемой в такой фрагментированной системе. Многие отделения слишком малы, чтобы предоставлять качественную помощь и рабо-

тать с минимальными затратами. Нехватка персонала и оборудования в небольших организациях на районном уровне, особенно в отдаленных районах, с одной стороны, и концентрация лучше укомплектованных и оснащенных центров на областном уровне и в столице, с другой стороны, ставят под угрозу доступность качественной помощи, особенно для сельского бедного населения.

В оптимальном состоянии находится чуть более 16% зданий организаций здравоохранения. Почти 80% требуют инвестиций от небольших до значительных сумм, и около 5% инфраструктуры здравоохранения страны не подлежат ремонту и их снос - наиболее разумный вариант.

Доступность медицинской помощи для граждан сильно различается в зависимости от места проживания. Квалификация врачей и медсестер недостаточна, а имеющиеся данные свидетельствуют о неполной занятости медсестер. Кроме того, у врачей и медсестер недостаточная заработная плата, а квалифицированный персонал эмигрирует в Россию, Казахстан и другие страны в поисках достойной заработной платы.

2 Цель и задачи исследования



2 Цель, Задачи и Методологический подход

2.1 Основная цель процесса Мастер плана

Основная цель Мастер-плана заключалась в разработке долгосрочного видения постоянного и устойчивого улучшения качества медицинской помощи, предлагаемой в системе здравоохранения Кыргызской Республики в соответствии с мировыми признанными нормами и стандартами, посредством инвестиций в инфраструктуру и оборудование, а также посредством организационных реформ.

2.2 Основные осуществленные задачи

Следующие ниже задачи привели к разработке Плана оптимизации оказания медицинской помощи (мастер-плана) для сектора здравоохранения Кыргызстана и, в частности, для улучшения стационарной и экстренной помощи:

- Анализ и оценка потребности в амбулаторной и стационарной медицинской помощи во всех регионах страны на сегодня и на ближайшие 15 лет.
- Анализ существующей инфраструктуры, оборудования и кадров для оценки текущей доступности и эффективности медицинской помощи, а также, определения требований на будущее для улучшения оказания медицинской помощи.
- Разработка стандартов классификации организаций здравоохранения (типы и размеры отделений), требований к персоналу и инвестиционных требований для улучшения медицинского оборудования и инфраструктуры.
- Разработка конкретных предложений (концепция и дорожная карта/план реализации) по реорганизации/модернизации организаций здравоохранения на районном, региональном и национальном уровнях.
- Оценка существующей системы служб неотложной медицинской помощи (ЭМП) и задействованных ресурсов и разработка стратегического подхода к повышению качества и эффективности сетей и служб скорой помощи.

При разработке мастер-плана районного, областного и национального уровней использовался следующий методический подход:

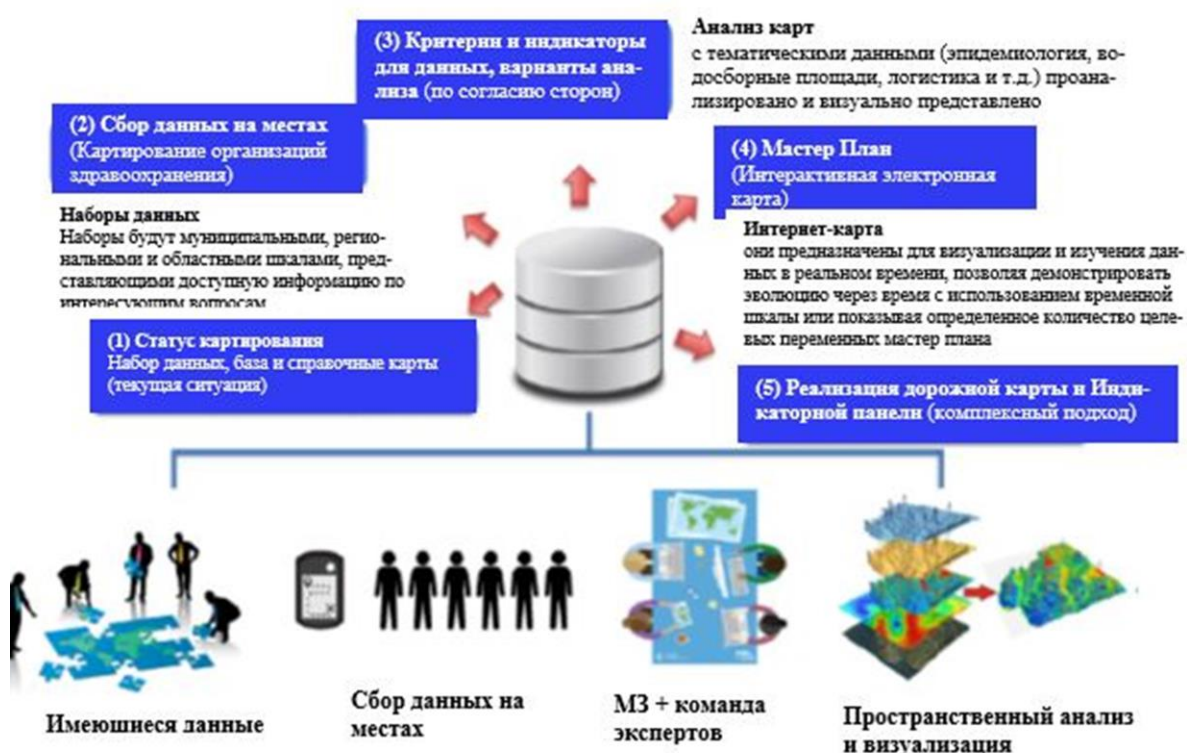
- Анализ существующих и сбор новых данных и информации путем посещения каждой организации здравоохранения.
- Отображение и визуализация результатов оценок в географической информационной системе (ГИС).
- Определение и утверждение исчерпывающего списка ключевых показателей эффективности (КПЭ), которые будут использоваться для мониторинга развития системы здравоохранения на региональном и национальном уровнях.
- Разработка соответствующих национальных стандартов для человеческих ресурсов, медицинского оборудования и инфраструктуры на основе международных стандартов.
- Определение приоритетов для краткосрочных, среднесрочных и долгосрочных мер по развитию служб здравоохранения в стране и в каждом регионе.
- Разработка концепции интегрированных сетей предоставления услуг (ИСПУ).

2.3 Сбор и анализ данных

Были собраны данные о текущем состоянии инфраструктуры здравоохранения (тип, количество коек, палаты, физическое и функциональное состояние зданий и оборудования); по человеческим ресурсам и по деятельности организаций здравоохранения (количество амбулаторных посещений, количество пролеченных стационарных пациентов, занятость койки и средняя продолжительность пребывания) в рамках общенационального сбора данных, проведенного в 2019 году.

Посещено 520 пунктов расположения медицинских учреждений, что составило 193 различных организаций здравоохранения. Большинство посещенных объектов находится в Джалал-Абадской области (116), а в Таласской области наименьшее количество (30).

Рисунок 3: Сбор и анализ данных



Мобильный сбор данных (МСД) был основан на таблицах кодированных данных, оптимизированных для использования на компьютере, планшете или смартфоне. Как только устройство подключалось к Интернету, данные загружались на сервер для хранения и резервного копирования. Данные были проанализированы в MS Excel и распространены в виде электронных карт, показывающих расположение всех организаций здравоохранения, а также соответствующие данные об инфраструктуре, человеческих ресурсах и клинической деятельности. Министерство здравоохранения получило прямой доступ к базе данных и панели индикаторов, чтобы обеспечить непрерывный анализ и последующие действия.

На основе передовой международной практики был разработан список **ключевых показателей эффективности** (КПЭ), чтобы установить базовый уровень и позволить национальным заинтересованным сторонам постоянно отслеживать развитие этих КПЭ.

Существующий уровень оказания помощи задокументирован, а будущие потребности в медицинских услугах были проанализированы для всех уровней организации медицинской помощи. Выявленные пробелы при анализе послужили основой для рекомендаций относительно мер, которые должны быть реализованы в контексте настоящего мастер плана, с упором на реорганизацию существующей системы оказания медицинской помощи и привлечение новых (человеческих, инфраструктурных и финансовых) ресурсов.

Предлагаемый список КПЭ охватывает все аспекты функционирующей системы здравоохранения, в том числе:

- Оценка потребностей в медицинских услугах на основе численности населения с разбивкой по уровням организаций здравоохранения обслуживаемой территории (первичная, вторичная и третичная помощи).
- Человеческие ресурсы, инфраструктура, оборудование и финансовые ресурсы, необходимые для оказания медицинской помощи (по организациям / структурным подразделениям).
- Результаты в отношении здоровья / состояние здоровья населения подлежат мониторингу и связаны с соответствующим статусом и ресурсами, необходимыми для предоставления качественных медицинских услуг.

Составленный перечень ключевых показателей эффективности (КПЭ) был тщательно обсужден с местными заинтересованными сторонами и получил окончательное одобрение до разработки областных мастер-планов.

Следующим шагом был анализ ресурсов, необходимых для предоставления качественных медицинских услуг сегодня и в будущем. Предоставление медицинских услуг является результатом скоординированного использования четырех типов ресурсов: человеческих, инфраструктурных, технологических и финансовых, на основе должной нормативной базы. Анализ полученных данных позволил составить весь перечень ресурсов, используемых в настоящее время в системе здравоохранения Кыргызстана.

Что касается человеческих ресурсов, национальные и международные критерии наличия квалифицированных врачей (врачи общего профиля и узкие специалисты) и среднего медицинского персонала (медсестры, акушерки, специализированный медико-технический персонал) использовались для разработки рекомендаций для перспективного развития (прием на работу, обучение, предоставление медицинских услуг, стимулы для удержания квалифицированного персонала, особенно в удаленных местах) кадровых ресурсов здравоохранения.

Хотя человеческие и финансовые ресурсы относительно легко анализировать (поскольку они представляют собой категориальный тип информации), анализ инфраструктуры и медицинского оборудования столкнулся с серьезными проблемами. Весь набор данных, включая фотографии, видео и аудиофайлы, использовался для анализа инфраструктуры и медицинского оборудования по четырем функциональным категориям, от «хорошего» до «подлежащего замене». Международные и национальные нормы и стандарты использовались для определения потребностей в инвестициях в инфраструктуру.

Решения о ремонте или замене медицинского оборудования, а также оценка соответствующих инвестиционных потребностей в равной степени принимались в соответствии с национальными и международными нормами и стандартами. Например, общепринятой нормой является то, что средний срок службы медицинского оборудования составляет семь (7) лет. Для стран с низким и средним уровнем дохода с таким же уровнем поддержки средний срок службы может быть увеличен до (10) лет.

Предлагаемые сценарии будущего развития системы здравоохранения в Кыргызстане основаны на прогнозах потребностей здравоохранения в предоставлении медицинских услуг.

Для анализа мы использовали данные о населении, опубликованные *Национальным статистическим комитетом Кыргызской Республики*, согласно которым на 1 января 2019 года численность населения составляла 6 389 500 человек.

Данные о распространенности заболеваний за период с 2008 по 2015 гг. (Источник: Центр электронного здравоохранения Кыргызской Республики) и ожидаемом росте населения (источник: www.populationpyramid.net) использовались для анализа тенденций и прогноза спроса на услуги здравоохранения на следующие периоды времени: краткосрочный (2019-2023 гг.), среднесрочный (2023-2027 гг.) и долгосрочный (2027-2035 гг.).

Кроме того, были собраны данные о персонале: штатные должности, занятые должности и физические лица, работающие в каждой организации здравоохранения. Для расчета ставок и загрузки для всех категорий персонала за основу были взяты занятые (полная ставка) должности.

2.4 Ключевые моменты и предположения

Для медицинской организации, оказывающей стационарные услуги, коэффициент работы койки от 80 до 90% (в среднем 85%) считался оптимальным с точки зрения эффективности, исходя из использования человеческих и финансовых ресурсов, а также имеющейся инфраструктуры и технического оборудования. Однако, в зависимости от уровня помощи (первичная / вторичная или третичная / специализированная помощь) и местоположения организации здравоохранения (сельская местность / город / плотность населения), цели могли отличаться, а в отдаленных районах со сложным географическим доступом оптимальная заполняемость койки была установлена на уровне в 75%.

Следуя предложенной концепции, меры по улучшению процессов оказания помощи за счет интеграции услуг позволят многим пациентам, которые в настоящее время находятся в стационарах, получать лечение либо амбулаторно, либо в условиях дневного стационара. В результате сочетания многих факторов: современных технологий, научно обоснованных руководств по клинической практике, организации «дневных стационаров» и внедрения КЗГ, так же используемого в качестве схемы финансирования на основе результатов, где показатель средней продолжительности пребывания может быть сокращен, примерно на 10%.

Чтобы определить требования к площади для инфраструктуры здравоохранения, основываясь на передовой международной практике, мы использовали следующее соотношение общей площади здания (ОПП) на койко-места в больницах различных типов:

- 70 м² общая площадь здания на 1 койку для национальных и областных (специализированных) больниц;
- 60 м² общая площадь здания на 1 койку для территориальных/районных больниц.
- 65 м² общая площадь здания на 1 койку для регионов имеющих как национальные/областные, так и районные ОЗ.

Что касается потребностей в инвестициях для развития инфраструктуры здравоохранения, основываясь на нашем опыте работы с предыдущими и текущими проектами по развитию организаций здравоохранения в Кыргызстане, мы использовали следующие коэффициенты:

- Мелкий ремонт в здании больницы: 195 долларов США / м².

- Капитальный ремонт в здании больницы: 300 долларов США / м².
- Новое строительство здания больницы (районный уровень): 1 250 долларов США / м².
- Новое строительство здания больницы (областной/национальный уровень): 1 500 долларов США / м²
- Новое строительство здания больницы (для регионов имеющих как национальные/областные, так и районные ОЗ): 1 375 долларов США / м²

Новое строительство предлагалось во всех случаях, когда стоимость ремонта (реконструкции / модернизации, по мере необходимости) превышала бы 60% от цены нового строительства (директива используемая в инфраструктурных проектах здравоохранения в Германии).

3 Концепция Оптимизации Оказания Медицинской Помощи



3 КОНЦЕПЦИЯ ОПТИМИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1 Задачи

При существующем уровне организации и отсутствии сценария рационализации или оптимизации, общие инвестиции в размере более 501 миллионов долларов США потребуются для модернизации инфраструктуры и медицинского оборудования организаций здравоохранения в Кыргызской Республике (244 млн. долларов США на модернизацию инфраструктуры и 257,2 млн. долларов на модернизацию медицинского оборудования).

Большая часть инвестиций (более 60%) необходима для ремонта стационарных общепрофильных организаций (ТБ, ООБ), затем стационарные организации здравоохранения вертикальных программ (15,2%), ЦСМ (12,3%) и ЦОВП (11,6%), 1,3 миллиона долларов США необходимы для ремонта организаций, предоставляющих услуги экстренной медицинской помощи.

В ходе оценки осмотрено 24 808 единиц медицинского оборудования и обнаружено, что 18 290 единиц оборудования (73,7%) находятся в рабочем состоянии и используются, 9,9% оборудования находится в рабочем состоянии, но нуждается в ремонте, 5,2% рабочее, но не используется (по разным причинам), 7,3% нуждаются в ремонте и не используются, а 3,9% не работают и не подлежат ремонту. Для модернизации медицинского оборудования всех организаций здравоохранения и приведения его к оптимальному стандарту необходимы общие инвестиции в размере 181,5 млн. долларов США (потребности на 2020 год). Из них 70,1% от общей потребности в инвестициях или 127 млн. долл. США необходимо для модернизации общепрофильных организаций, 12,2% для модернизации ЦОВП, 10,5% для модернизации ЦСМ и 7,2% для модернизации организаций, где предоставляется помощь больным туберкулезом, психическими заболеваниями и реабилитацией.

3.2 Приоритизация

Благодаря стратегическому расположению, актуальности в предоставлении медицинских услуг, меньшего их количества и, как следствие, относительно более низкой потребности в инвестициях, областные организации могут быть приоритетными в краткосрочных инвестиционных планах в приобретении медицинского оборудования.

3.3 Оптимизация эффективности

В целях оптимизации стационарной помощи, мы рассмотрели два основных фактора: текущее использование и оценка будущих потребностей.

Мы использовали международно-признанный эталон показателя работы койки (РК) от 80% до 90% в качестве целевого значения, как оптимального использования ресурсов больницы. Для всех больниц, в которых данный показатель составляет менее чем 80%, мы скорректировали количество необходимых коек по следующей формуле:

Необходимые койки = текущие койки x показатель РК / 80%.

Необходимые койки = текущие койки x показатель РК / 90%

Для больниц с РК от 80% до 90%, текущее количество коек должно быть сохранено.

Второй уровень оптимизации связан с продолжением внедрения «дневных стационаров». Смещение стационарных случаев в сторону дневного пребывания на 15% является той минимальной целью, которая должна быть достигнута в краткосрочной перспективе (2020-2023 гг.).

Третий уровень оптимизации относится к показателю средней продолжительности пребывания (СПП) и цель оптимизации, сокращение показателя СПП на 10% в краткосрочной перспективе (2020-23 гг.)

3.4 Модель интегрированной помощи

Другие цели краткосрочного периода будут сосредоточены на реализации реформ, необходимых для развития интегрированных сетей предоставления услуг (ИСПУ).

Интегрированные сети предоставления услуг (ИСПУ) – это сети здравоохранения, организованные на районном или областном/межрайонном уровнях, в которых будут интегрированы профилактическая первичная, экстренная, общая госпитальная и специализированная помощь, а также выстроена система перенаправления. Наиболее близким к ИСПУ в данной организации сектора здравоохранения Кыргызстана являются крупные Центры общеврачебной практики (ЦОВП).

При оценке и анализе результатов исследования выявлено, что почти все территориальные больницы и центры семейной медицины расположены рядом друг с другом и имеются следующие проблемы:

- Работа обоих типов организаций здравоохранения является неоптимальной, поскольку большинство больниц имеют показатель РК менее 85%, а среднее число ежедневных посещений в ЦСМ составляет менее 20 в день.
- Соотношение числа врачей и коек в больницах ниже рекомендуемого уровня 0,3-0,5 врача на койку, в то время как в ЦСМ имеется много недостаточно используемых узко-специализированных врачей.
- Соотношение медсестер на койку в больницах ниже рекомендуемого, а в ЦСМ /ГСВ отмечается их избыточное количество.
- Потребность в инвестициях в медицинское оборудование особенно велика как в больницах, так и в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения, и если в оба учреждения будут поставляться одни и те же пакеты оборудования, то возникнет дублирование и неэффективное использование как диагностического, так и дорогостоящего лабораторного оборудования.
- Больницы недоукомплектованы немедицинским персоналом.

Обеспечение надлежащего сочетания профилактических и клинических услуг является сложной задачей, которая требует хорошей координации между различными уровнями и разными сторонами. В идеале все пациенты должны иметь доступ к полному спектру услуг через «единое окно». Это не означает, что все услуги предоставляются «в одном месте» или «одним поставщиком услуг».

В качестве одной из первых мер, обеспечивающих более рациональное (эффективное и действенное) оказание медицинской помощи, рекомендуется реализация концепции на основе Интегрированной сети предоставления услуг (ИСПУ).

Основными характеристиками ИСПУ будут являться: координация оптимальной организации и предоставления диагностических и клинических услуг, нацеленных на реальные потребности пациентов и финансовые стимулы, способствующие скоординированному и основанному на результатах подходу, вместо фрагментированного предоставления услуг.

Концепция интеграции, лежащая в основе ИСПУ, усилит предоставление услуг первичной медицинской помощи, т.к. основной характеристикой новой модели медицинской помощи на амбулаторном уровне является ее междисциплинарный аспект. Посредством обеспечения адекватного уровня укомплектования персоналом (врачи общей практики, узкие специалисты, средний медицинский персонал и другой медицинский персонал), пациенты будут обеспечены непрерывной помощью в рамках одной организации здравоохранения. В рамках концепции общих ресурсов, понятия сначала «амбулаторно»/«дневное пребывание», позволят значительно повысить эффективность распределения ресурсов за счет снижения потребности в услугах стационара и смены режима медицинской помощи на дому у пациента. Модель медицинского обслуживания будет содействовать личностному, семейному и общественному подходу к медицинскому обслуживанию, ориентированному на потребности населения в области здравоохранения.

На основе анализа и оценки системы предоставления медицинской помощи в каждом регионе, предложены пилотные объекты, которые будут флагманами в реализации ИСПУ. В общем, в семи областях страны должно быть создано 50 ИСПУ (44 районных и 6 областных).

Это может быть сделано последовательным образом, начиная с выбранных пилотных объектов, а затем переходя к развертыванию на национальном уровне с учетом уроков, извлеченных из пилотных районов. Пилотные проекты ИСПУ могут осуществляться параллельно с другими мероприятиями, направленными на подготовку системы здравоохранения к предлагаемой структурной реформе:

- Ремонт/реконструкция/модернизация тех организаций здравоохранения, которые были отобраны с учетом приоритетов и критериев.
- Замена и модернизация медицинского оборудования в соответствии со стандартными перечнями оборудования, предлагаемыми для всех категорий организаций.
- Пересмотр и обновление Руководства по клинической практике (РКП) и Протоколы лечения для содействия стандартизации, повышению качества и рациональному использованию ресурсов.
- Укрепление амбулаторного и стационарного ОКП и перевод психиатрической помощи и лечения туберкулеза на амбулаторное лечение и лечение на дому (деинституционализация).
- Рационализация структуры и организации экстренной медицинской помощи (ЭМП).
- Пересмотр модели финансирования и механизмов медицинского обслуживания для продвижения схем оплаты по результатам.



рисунок 4: Шаги к оптимизации оказания медицинской помощи

Принимая во внимание фактическое распределение населения в некоторых сельских районах, не всегда удастся достичь цели устранения неэффективно работающих организаций здравоохранения и переноса оказания услуг на ИСПУ. Необходимо поддерживать географическую доступность к основной и неотложной медицинской помощи.

Создание ИСПУ потребует значительных усилий для устранения недостатков системы здравоохранения Кыргызстана, связанных с:

- Традиционная модель лечения;
- Иерархическая организация и управление услугами здравоохранения;
- Отсутствие финансовых ресурсов и способов их распределения;
- Отсутствие четкой политики системы здравоохранения и стратегии внедрения ИСПУ.

С другой стороны, устранение фрагментации, существующей в системе здравоохранения Кыргызстана, и эти предполагаемые изменения помогут:

- мобилизации повышения эффективности и обеспечение непрерывности оказания медицинской помощи;
- избежание дублирования в предоставлении услуг, а также в закупке оборудования и развитии инфраструктуры;
- повышение эффективности использования имеющихся человеческих ресурсов, инфраструктуры, технологий и финансов;
- улучшение качества и доступа к медицинской помощи, повышение удовлетворенности пациентов.

Успешная реализация модели ИСПУ требует тщательного планирования, подготовки и управления необходимыми процессами изменений. Поставщикам медицинских услуг необходимо предоставить свою информацию, чтобы определить соответствие критериям и тип предостав-

ляемых услуг. Финансовые и программные данные необходимы для определения платежей, мониторинга производительности и соблюдения требований к отчетности.

Кроме того, необходимо ввести концепцию кадрового обеспечения, основанного на потребностях, и усилить непрерывное медицинское образование (НМО) и непрерывное профессиональное развитие (НПР) всего медицинского персонала. Кадры как в ЦСМ, так и в Территориальных больницах недоукомплектованы, и используются в недостаточном объеме. Необходимо переосмыслить роль врачей узких специальностей в ЦСМ, позволяя им оказывать как стационарную, так и амбулаторную помощь (в больнице и в ЦСМ, поскольку обе службы должны быть интегрированы).

Также рекомендуется перераспределение среднего медицинского персонала. Например, средний медицинский персонал, работающий в ЦСМ, может быть перераспределен в больницы, для улучшения соотношения «медсестры на койку» и соотношения «фельдшера к врачу». Немедицинский персонал нуждается в сильной поддержке при осуществлении вспомогательных функций, таких как финансы и администрация, обслуживание и инженерные сети (цифровизация, обслуживание медицинского оборудования, отопление и вентиляция, инфраструктура, питание, прачечная, охрана и т. д.), для оказания современной стационарной помощи.

Эти меры приведут к улучшению доступности врачей для амбулаторной и стационарной помощи и повышению качества медицинской помощи. Кроме того, медицинский и немедицинский персонал будет более равномерно распределен, а вспомогательные функции будут должным образом разработаны и укомплектованы.

Другая мера связана с необходимостью создания оптимальных условий лечения. Во многих больницах страны имеется «Полезная общая площадь застройки» (ПОПЗ), которая является неоптимальной для оказания медицинской помощи в рамках рекомендованных критериев (не менее 60 м² на 1 койку для ТБ и 70 м² на койку в областных больницах).

С целью достижения рекомендуемых показателей качества, многим больницам понадобятся дополнительные (новые) помещения в существующих зданиях. В настоящее время больницы построены на огромных территориях и состоят из нескольких отдельных друг от друга зданий. В контексте серьезной реструктуризации, рекомендуется планирование постепенной замены фрагментированной инфраструктуры больничных зданий (множество зданий, расположенных слишком отдаленно друг от друга) и перехода от фрагментированной инфраструктуры к единым блокам, которые более совместимы с современными лучшими практиками проектирования больниц. Необходима больничная инфраструктура с современным дизайном медицинского здания, в котором расположены все диагностические и клинические (основные) функции больницы в одном (отдельном) здании. Реализация этих мер первоначально потребует дополнительных инвестиций, которые будут компенсированы за счет повышения эффективности работы медицинской организации и службы.

Лаборатории и другие диагностические подразделения представляют собой важные службы клинической поддержки. Каждой медицинской организации необходимы инвестиции для приобретения недостающего медицинского оборудования или для замены существующего, но нефункционального оборудования.

Анализ выявил недостаточность медицинского оборудования (с рекомендуемым стандартным списком оборудования), а также наличие медицинского оборудования, которое либо не работало, либо уже исчерпало срок эксплуатации. Рекомендуется, чтобы инвестиции в закупку и установку ключевого медицинского оборудования рассматривались как краткосрочный прио-

ритет, который должен быть завершен в течение первых трех лет реализации Мастер плана (2020-2023).

Все больницы в областях представляют организации, которые относятся к небольшим (менее 250 коек) и средним (от 250 до 500 коек) организациям. Кроме того, некоторые из них находятся в очень тесной географической близости друг от друга и могут извлечь выгоду из объединения некоторых услуг. Услуги клинической и неклинической поддержки, которые могут совместно использоваться различными организациями, включают:

- Централизованные лаборатории
- Центральные стерилизационные отделения
- Централизованная прачечная и питание
- Централизованные центры обработки электронных носителей

Создание таких централизованных структур поставщиков услуг создаст экономический эффект за счет повышения рабочей эффективности, особенно для небольших организаций здравоохранения. Это также может улучшить качество услуг (например, для лабораторных и стерилизационных услуг).

3.5 Руководство / Стратегическое управление

Территориальная больница и ЦСМ, которые вместе образуют ИСПУ, должны управляться одним Общественным Советом. Следует поощрять участие гражданского общества, включая местные органы власти, ассоциации, гражданских лиц и представителей бизнеса. Административная система будет состоять из одного Генерального директора, которому помогают два заместителя директора по клиническим/техническим вопросам (один для амбулаторного лечения и второй для стационарного лечения). Заместитель директора по сестринскому делу и заместитель директора объединенных служб здравоохранения (отделение диагностики, лаборатория, аптека и, по желанию, отдел ЦСО) завершат работу в составе клинического менеджмента.

Заместитель директора по операционной деятельности будет курировать такие функции, как финансовое управление (руководитель отдела финансов), цепочка поставок и логистика, а также управление объектами (здания и оборудование). Все вспомогательные немедицинские функции должны быть укомплектованы достаточным персоналом на основе четко определенных организационных схем и должностных инструкций. Все функции управления должны иметь достаточную ИТ-поддержку, поскольку электронные медицинские записи и планирование ресурсов являются двумя основными системами для поддержки медицинских и управленческих функций организаций здравоохранения.

Медицинский Совет может быть исходно образован и введен в действие на областном уровне. Такой областной совет может функционировать в течение 2-3 лет и управлять всеми организациями ИСПУ в области. В течение этого периода будут созданы районные советы и их возможности будут усилены для управления районными ИСПУ.

3.6 Финансирование

Для создания, содержания и развития ИСПУ необходим адекватный уровень финансирования. Это должно включать в себя требования к развитию инфраструктуры, закупке оборудования и перераспределению кадров. Финансирование должно быть ориентировано на результат, и финансирование, ориентированное на результат, должно составлять часть общего финанси-

ния ИСПУ. Существующие методы, такие как финансирование амбулаторного лечения туберкулеза, необходимо расширить, включив в него подходы «сначала амбулаторно» и «сначала лечение на койках дневного пребывания».

При поощрении предоставления услуг дневного пребывания в отличие от стационарных услуг следует придерживаться схемы оплаты услуг или иным образом стимулирующей схемы возмещения расходов услуг дневного пребывания. Например, больница может получать возмещение по бонусной или мультипликаторной системе КЗГ, в случае если какой либо диагноз вылечен на амбулаторном уровне или койках дневного пребывания. Абу-Даби - один из недавних примеров, когда эта схема была успешно реализована и привела к обновлению мероприятий в услугах дневного пребывания.

Стратегический подход и четкое управление являются очень важными предпосылками для реализации подхода ИСПУ. В долгосрочной перспективе организации здравоохранения, оказывающие медицинские услуги могут превратиться в Организации, ответственные по уходу/медицинской помощи (ООПУ), предлагающие «в единой руке» комплексный пакет первичной и вторичной, профилактической и клинической помощи за счет бюджета, для эффективного и результативного предоставления услуг.

3.7 Варианты моделей и дополнительные элементы

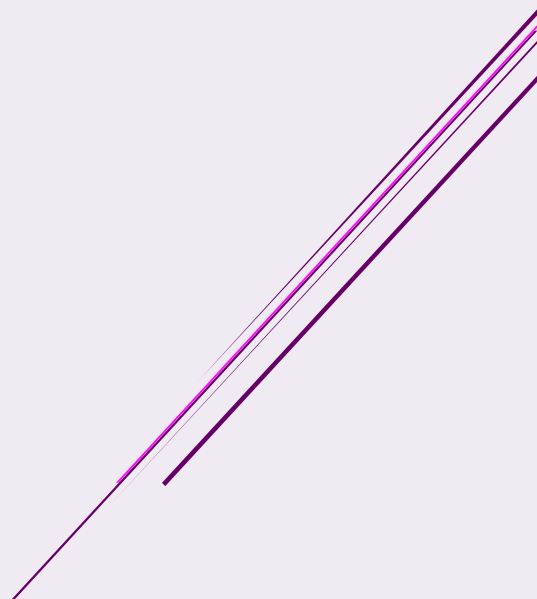
Организационная структура службы экстренной медицинской помощи (скорой помощи) будет объединена с областными и территориальными больницами (кроме городов Бишкек и Ош).

ИСПУ, которые будут созданы в результате объединения Областного ЦСМ с областной больницей, сохраняют областной статус и будут выполнять роль структуры для принятия перенаправлений (для районов области). При полной интеграции система здравоохранения Кыргызстана будет характеризоваться наличием организаций здравоохранения республиканского и межобластного уровней, а также общенациональной системы ИСПУ. Полностью разработанные ИСПУ будут объединять услуги, которые в настоящее время предоставляются отдельно больницами, ЦСМ, ЦОВП, организациями ЭМП и специализированными учреждениями по охране психического здоровья, лечения туберкулеза и реабилитации.

Министерство здравоохранения будет содействовать многосекторальным действиям по укреплению здоровья и благополучия населения. Примеры межотраслевой деятельности включают сотрудничество с социальными службами, сектором образования, местными властями (для служб СМП) и т. д.

Учитывая политическую сложность предполагаемого процесса реформ, предлагается создать Национальный совет по политике в области здравоохранения, состоящий из представителей Министерства здравоохранения, ФОМС, поставщиков медицинских услуг и других заинтересованных сторон, таких как Министерство финансов и др. Совет может сыграть решающую роль в определении пакета льгот, аккредитации поставщиков медицинских услуг, внедрении систем и инструментов управления качеством, оценке медицинских технологий и непрерывного медицинского образования.

4 ОБЛАСТНЫЕ ПЛАНЫ ОПТИМИЗАЦИИ



4 ОБЛАСТНЫЕ ПЛАНЫ ОПТИМИЗАЦИИ

4.1 Стратегия оптимизации и меры на областном уровне

4.1.1 Краткосрочные меры: корректировка стационарного лечения

Краткосрочные меры должны быть сосредоточены на корректировке количества коек с учетом текущих и будущих (ожидаемых) коэффициентов использования (с использованием РК в качестве эталона) и их определяющих факторов, таких как:

- демографический переход (в сторону более пожилого населения),
- эпидемиологический сдвиг с увеличением заболеваемости и распространенности хронических неинфекционных заболеваний и мультиморбидности, и
- меры, направленные на рациональное использование возможностей стационарной помощи, т.е. более широкое использование дневных и амбулаторных услуг.

В период 2020-2023 гг. Меры по оптимизации будут включать:

- Корректировка количества коек в организациях здравоохранения областного и районного уровней для достижения показателя РК от 80% до 90% (Примечание: только в ОЗ города Бишкек и Ош, РК от 80 до 90%. Соответственно, количество коек будет сокращено в целом по области).
- В качестве еще одной краткосрочной цели СПП должно быть сокращено на 10%, а количество коек дневного пребывания увеличено на 15%. Это приведет к дальнейшему сокращению количества коек.
- Учитывая компенсирующие эффекты, такие как рост населения и рост заболеваемости, количество коек необходимо увеличить на 10,12%.

С учетом этих соображений в краткосрочной перспективе количество коек в областных и территориальных больницах может быть сокращено почти на три тысячи единиц. Из этого числа 1690 единиц (57,1%) считаются не существенными т.е не оказывающими влияния на качество предоставление стационарной помощи, поскольку относятся к следующим категориям:

- ЦОВП в районах, где есть территориальная больница и планируемое количество коек менее 50 единиц.
- Филиалы и отделения больниц или ЦОВП с расчетным количеством коек менее 50 единиц

Таблица 2: Корректировка количества коек в стационарных организациях здравоохранения

Область	Фактическое количество коек		Планируемое количество коек		Количество коек после интеграции за счет корректировки	Из них койки не оказывающие влияние
	Кол-во	на 1,000 нас.	Кол-во	на 1,000 нас.		
Баткен	1 775	3.38	1 379	2.63	-396	222
Бишкек	1 884	1.83	1 604	1.56	-280	0

Чуй	1 914	2.03	1 523	1.62	-391	155
Иссык-Куль	1 307	2.67	1 101	2.25	-206	154
Жалалабад	3 162	2.60	2 594	2.14	-568	561
Нарын	873	3.04	656	2.28	-217	54
Ош обл.	2 825	2.11	2 143	1.60	-682	518
г.Ош	846	2.82	720	2.40	-126	0
Талас	608	2.31	513	1.95	-95	26
Всего	15 194	2.38	12 233	1.91	-2 961	1 690

Организации, размещающие неосновные койки (в основном в структурных подразделениях), обычно не в состоянии предложить достаточное качество помощи из-за комбинации факторов, которые включают размер, местоположение, способность привлекать квалифицированный персонал и доступность (работающего) медицинского оборудования. Любые инвестиции в объектах с «несущественными» койками является необоснованной и поэтому не рекомендуются.

Следовательно, краткосрочные меры по оптимизации услуг будут сосредоточены на:

- Организациях здравоохранения с койками для оказания стационарной помощи, которые должны быть преобразованы в центры амбулаторной помощи (ФАП, ГСВ, ЦСМ) с или без службы круглосуточной экстренной помощи (как часть службы ЭМП).
- Дальнейшее оптимизация количества коек с учетом индивидуальных характеристик организаций здравоохранения.

4.1.2 Среднесрочные меры: сосредоточение внимания на повышении качества

Целью среднесрочных мер является повышение качества медицинской помощи, включая внутрибольничную гигиену, путем введения стандартного соотношения площади на койку по всей стране. В настоящее время соотношение полезной общей площади застройки (ПОПЗ) на койку для всех стационарных учреждений в среднем составляет 46,2 м², что далеко от рекомендуемых (минимальных) целевых показателей, которые составляют 70 м² для областных и 60 м² на койку для районных больниц. Этот эталон был определен в координации с Министерством здравоохранения с учетом международных рекомендаций (включая, например, районные и областные больницы в Германии) и аспектов осуществимости/рационального использования ограниченных ресурсов). Так, например, в Соединенных Штатах Америки потребовались бы гораздо более высокие коэффициенты, но они недостижимы и не так нужны (с медицинской точки зрения).

Таблица 3: Прогнозируемый рост населения и распространенность заболеваний, 2020-2035 гг.

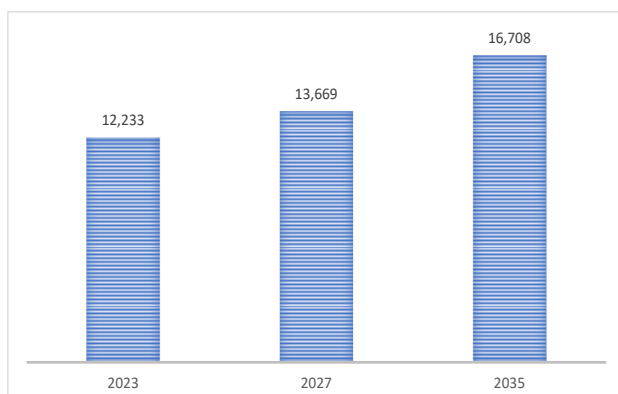
	2023	2027	2035
Период времени в годах	4	4	8
Прирост населения	6.37%	12.03%	22.71%
Годовой прирост (между периодами времени)	1.56%	1.31%	1.14%
Распространенность заболеваний	3.52%	7.21%	15.12%
Годовой прирост (между периодами времени)	0.87%	0.88%	0.89%
Комбинированный фактор	10.12%	20.11%	41.26%

Таблица 4: Инвестиции в развитие инфраструктуры - прогнозы на 2027 год

Область	Общая площадь (кв.м): ИСПУ	Планируемое количество коек	ПОПЗ / койка (в т.ч. ЦСМ)	Требуется дополнительная площадь (кв.м)	Инвестиционные потребности (долл. США)
Баткен	102 435	1,540	66	0	0
Бишкек	132 253	1,792	74	0	0
Чуй	109 516	1,702	64	1,119	1 538 293
Иссык-Куль	82 565	1,231	67	0	0
Жалалабад	182 807	2,898	63	5,586	7 681 050
Нарын	33 320	733	45	14,309	19 674 469
Ош обл.*	132 713	2,395	55	10,967	13 708 ,419
г.Ош	47 466	805	59	4,835	6 647 587
Талас	46 354	573	81	0	0
Total	869 430	13 669	64	36 815	49 249 817

* Ошская область включает только районные организации.

Рисунок 6: Расчетное (скорректированное) количество стационарных коек в 2023, 2027 и 2035 годах



С созданием ИСПУ, размер (ПОПЗ) объектов и, следовательно, отношение площадь / койка будет увеличиваться (за счет интеграции ЦСМ). Потребности в здравоохранении также увеличатся из-за роста населения и увеличения распространенности болезней (см. выше). В 2027 году комбинированный коэффициент приведет к увеличению на 20,11% по сравнению с 2019 годом (с использованием показателя РК на планируемое количество коек РК в качестве основы).

Учитывая средние затраты на строительство в размере 1375 долларов США / м² (за исключением Ошской области, где есть только районные ОЗ и затраты на развитие инфраструктуры были рассчитаны на уровне 1200 долларов США / м²), в среднесрочной перспективе (до 2027 года) инвестиции составят 49,2 миллиона долларов США необходимых для обновления, модернизации и расширения инфраструктуры здравоохранения в четырех областях и в городе Ош, с целью улучшения условий труда и повышения качества медицинской помощи (повышение соотношения ПОПЗ / койку является одним из ключевых показателей), чтобы приблизиться к международным нормам и стандартам.

4.1.3 Долгосрочные меры: устойчивое стратегическое развитие

Учитывая как прирост населения, так и рост распространенности болезней, до 2035 года спрос на услуги здравоохранения увеличится более чем на 40% (см. Таблицу 3 выше). Очевидно, что прогнозы относительно возможностей стационаров должны учитывать это развитие, а также компенсирующие эффекты, обусловленные достижениями в области медицинских технологий и увеличением использования дневных и амбулаторных услуг. С учетом всех этих факторов количество коек для оказания помощи в регионах и районах к 2035 году составит около 17000. Для сохранения предложенного соотношения ПОПЗ / койко-место потребуются общие инвестиции в размере 273,5 млн долларов США для обеспечения рекомендованного объема стационарной помощи к 2035 году (включая 50 млн. долларов США, которые должны быть потрачены до 2027 года).

4.2 Ремонт / Реконструкция существующих зданий

Около 15% существующих построек находятся в хорошем состоянии и не требуют ремонта. Однако почти 80% требуют либо текущего, либо капитального ремонта и реконструкции. Около 5% существующих построек не подлежат ремонту, и их снос - наиболее разумный вариант. Применяя вышеупомянутые 195 долларов США за м² в качестве ориентировочной стоимости для текущего ремонта и 300 долларов США / м² на капитальный ремонт / ремонтные работы, общие инвестиции в размере 244 млн. долларов США потребуются для ремонта и реконструкции всех существующих зданий во всех районах и областных организациях здравоохранения. Однако при рассмотрении предлагаемых мер по реформе и реорганизации (см. ниже) затраты на ремонт и реконструкцию инфраструктуры могут быть значительно сокращены (в целом на 20%), а минимальные условия труда для оказания качественной помощи могут быть обеспечены во всех организациях здравоохранения, в которых будут обслуживаться пациенты.

Таблица 5: Инвестиции в ремонт и реконструкцию зданий по регионам и фазам проекта

Область	Ориентировочная стоимость в долларах США (без реформы)	Расчетные затраты (долл. США) с учетом мер по реформированию / реорганизации				Снижение затрат (%)
		2020-23	2024-27	2028-35	Всего	
Баткен	18 417 125	3 595 754	3 329 730	5 809 760	12 735 245	30.9
Бишкек	68 032 616	10 903 335	15 489 045	31 157 544	57 549 924	15.4
Чуй	26 652 765	4 964 098	4 752 561	8 428 042	18 144 701	31.9
Иссык-Куль	19 399 835	4 600 440	3 987 380	7 399 707	15 987 528	17.6
Жалалабад	44 748 068	9 940 297	8 590 883	17 176 204	35 707 383	20.2
Нарын	8 503 013	1 729 683	1 618 812	2 899 663	6 248 158	26.5
Ош обл.	20 411 440	4 655 333	4 539 781	8 704 176	17 899 289	12.3
г.Ош	25 967 980	3 575 748	6 063 591	11 477 602	21 116 940	18.7
Талас	11 741 159	2 601 132	2 502 126	4 715 475	9 818 733	16.4
Всего	243 874 000	46 565 819	50 873 908	97 768 174	195 207 900	20.0

4.3 Предлагаемые меры по оптимизации по регионам

4.3.1 Баткенская область

В результате работы по оптимизации все организации здравоохранения в Баткенской области должны быть реорганизованы в три межрайонные ИСПУ. Баткенская ИСПУ также должна служить для области как реферальная (областная) ИСПУ.

Таблица 6: Предлагаемая конфигурация ИСПУ Баткенской области

№	Наименование	Зона охвата	Обслуживаемый район	Численность	Организации
1	Баткенская Областная ИСПУ	Областной Межрайонный	г. Баткен Баткенский район	525 100 (область) 114 300 (город и район)	БООБ ЦСМ г.Баткен ЦОВП Самаркандек
2	Лейлек + Сулюкта ИСПУ	Межрайонный	Лейлекский г.Сулюкта	163 900	ТБ Лейлек ЦСМ Лейлек ЦОВП Сулюкта ЦОВП Кулунда
3	Кызыл-Кия + Кадамжай ИСПУ	Межрайонный	г.Кызыл-Кия Кадамжайский	246 900	ТБ г.Кызыл-Кия ЦСМ г.Кызыл-Кия ТБ Кадамжай ЦСМ Кадамжай ЦОВП Уч-Коргон ЦОВП Айдаркен ЦОВП Жаны-Жер

4.3.2 Чуйская область

В результате работы по оптимизации в Чуйской области будут созданы одна ИСПУ областного уровня, две межрайонные и четыре районные интегрированные сети предоставления услуг (ИСПУ).

Таблица 7: Предлагаемая конфигурация ИСПУ Чуйской области

№	Наименование	Зона охвата	Обслуживаемый район	Численность	Организации
1	Чуйская Областная ИСПУ	Областной Межрайонный	Аламединский	941 100 (область) 181 800 (район)	ЧООБ Чуйский ОЦСМ ЦОВП Арашан
2	Жайыл + Панфиловка ИСПУ	Межрайонный	Жаиыльский Панфиловский	155 300	Жайыл ТБ ЦОВП Панфиловка ЦОВП Суусамыр
3	г.Токмок + Чуйский район ИСПУ	Межрайонный	г.Токмок Чуйский	119 800	ГТБ Токмок ЦСМ г.Токмок Чуй ТБ Чуй ЦСМ
4	Московский ИСПУ	Районный	Московский	98 900	Московская ТБ Московский ЦСМ
5	Сокулукский ИСПУ	Районный	Сокулукский	187 500	Сокулукская ТБ Сокулукский ЦСМ ЦОВП Джаны-Джер
6	Иссык-Ата ИСПУ	Районный	Иссык-Атинский	150 500	Иссык-Тинская ТБ Иссык-Атинская ЦСМ
7	Кеминский ИСПУ	Районный	Кеминский	47 300	Кеминская ТБ Кеминский ЦСМ ЦОВП Орловка

4.3.3 Иссык-Кульская область

В результате плана оптимизации в Иссык-Кульской области будут созданы одна ИСПУ областного уровня, три межрайонные и одна городская интегрированная сеть предоставления услуг (ИСПУ). Областная ИСПУ будет служить центром для перенаправленных пациентов в области, а также поставщиком услуг медицинской помощи вторичного уровня для города Каракол, а также двух районов: Ак-Суу и Тюп.

Таблица 8: Предлагаемая конфигурация ИСПУ Иссык-Кульской области

№	Наименование	Зона охвата	Обслуживаемый район	Численность	Организации
1	Иссык-Кульская Областная ИСПУ	Областной Межрайонный	г.Каракол Суйский Тюпский	Ак-489 800 (область) 212 900 (район)	ИООБ Иссык-Кульский ОЦСМ Ак-Суу ТБ Ак-Суу ЦСМ Тюп ТБ
2	Жети-Огуз ИСПУ	Районный	Жети-Огузский	91 700	ЦОВП Жети-Огуз
3	Тон ИСПУ	Районный	Тонский	52 900	Тон ТБ Тон ЦСМ
4	Балыкчы ИСПУ	Городской	г.Балыкчы	49 100	ТБ г.Балыкчы ЦСМ г.Балыкчы
5	Иссык-Кульская районная ИСПУ	Районный	Иссык-Кульский	83 200	Иссык-Кульский ТБ Иссык-Кульский ЦСМ ЦОВП Ананьево

4.3.4 Джалал-Абадская область

Джалал-Абадская область – область с наиболее специфической конфигурацией. Мы предлагаем создать один областной, три межрайонных и пять районных ИСПУ.

Таблица 9: Предполагаемая конфигурация ИСПУ Джалал-Абадской области

№	Наименование	Зона охвата	Обслуживаемый район	Численность	Организации
1	Жалал-Абадская Областная ИСПУ	Областной Межрайонный	г.Жалал-Абад	1 214 400 (область) 119 100 (район)	Ж-АООБ Ж-А ОЦСМ
2	Ноокен + Майлуу-Суу + Таш-Кумыр ИСПУ	Межрайонный (многоцентровой)	Ноокен г.Майлуу-Суу г.Таш-Кумыр	207 700	Ноокен ТБ Ноокен ЦСМ Кочкор-Ата ТБ Кочкор-Ата ЦСМ Таш-Кумыр ЦОВП Шамалды-Сай ЦОВП Майлуу-Суу ЦОВП
3	Токтогул + Кара-Куль ИСПУ	Межрайонный (многоцентровой)	Токтогул г.Кара-Куль	126 400	Токтогул ТБ Токтогул ЦСМ ЦОВП г.Кара-Куль ЦОВП Уч-Терек ЦОВП Озгоруш
4	Ала-Бука + Сумсар ИСПУ	Межрайонный	Ала-Бука Сумсар (Аймак)	110 600	Ала-Бука ТБ Ала-Бука ЦСМ ЦОВП Сумсар
5	Чаткал ИСПУ	Районный	Чаткал	21 500	ЦОВП Чаткал
6	Тогуз-Торо ИСПУ	Районный	Тогуз-Торо	24 800	ЦОВП Тогуз-Торо
7	Аксы ИСПУ	Районный	Аксы	133 500	Аксы ТБ Аксы ЦСМ
8	Базар-Коргон ИСПУ	Районный	Базар-Коргон	175 800	Базар-Коргон ТБ Базар-Коргон ЦСМ
9	Сузак ИСПУ	Районный	Сузак	295 000	Сузак ТБ Сузак ЦСМ Октябрьское ТБ Октябрьское ЦСМ ЦОВП Кок-Жангак

Из-за распределения населения и существующей конфигурации две межрайонные сети ИСПУ будут представлены как многопрофильные центры. В то время как один объект будет по-прежнему сохранять статус «центрального», будут и другие объекты, которые также будут иметь сложную систему отделений и клинических служб, но нужно отличать их от филиалов, которые имеют гораздо меньший размер и менее сложные службы с ограниченным количеством коек (обычно от 5 до 10).

Для ИСПУ Токтогул – Каракуль, в Токтогул ТБ и Каракуль ЦОВП должно быть предусмотрено значительное количество коек (приблизительно 70-100 каждая), включая диагностические и хирургические услуги. ЦОВП Уч-Терек и ЦОВ Озгоруш должны быть преобразованы в филиалы по 10 коек в каждом.

Для ИСПУ Ноокен + Майлуу-Суу + Таш-Кумыр, существующие территориальные больницы Ноокен и Кочкор-Ата должны иметь значительное количество коек (120-130 каждая). Учитывая небольшое расстояние между двумя организациями, одна может специализироваться на хирургических, а другая на терапевтических специальностях. ЦОВП Майлуу-Суу, ЦОВП Шамалды-Сай и ТБ Таш-Кумыр должны быть преобразованы в филиалы на 30-50 коек. Тем не менее, ни для одного из филиалов не рекомендуется поддерживать полный спектр (общих) больничных услуг, но необходимо предоставлять базовую стационарную помощь по приоритетным заболеваниям населению, проживающему на данной территории.

4.3.5 Нарынская область

В результате оптимизации в Нарынской области будут созданы одна ИСПУ областного уровня и три межрайонные интегрированные сети предоставления услуг (ИСПУ). ИСПУ областного уровня будет служить регионам в качестве реферального центра для принятия перенаправлен-

ных пациентов, но также будет обслуживать население города Нарын, Нарынский и Ат-Башинский районы, в качестве больницы вторичного уровня.

Таблица 10: Предлагаемая конфигурация ИСПУ Нарынской области

Наименование	Зона охвата	Обслуживаемый район	Численность	Организации
Нарынская Областная ИСПУ	Областной Межрайонный	г. Нарын Нарынский район Ат-Башы	287 000 (область) 144 000 (город и район)	НООБ ОЦСМ г.Нарын Нарынский ЦСМ Ат-Башы ТБ Ат-Башы ЦСМ
Кочкор ИСПУ	Районный	Кочкор	66 200	Кочкор ТБ Кочкор ЦСМ
Жумгал ИСПУ	Районный	Жумгал	44 300	Жумгал ТБ Жумгал ЦСМ ЦОВП Мин-Куш
Ак-Талаа ИСПУ	Районный	Ак-Талаа	32 500	Ак-Талаа ТБ Ак-Талаа ЦСМ

4.3.6 Таласская область

План оптимизации для Таласской области предусматривает, что все организации здравоохранения региона будут сгруппированы с образованием двух межрайонных ИСПУ. Таласская / Бакай-Атинская ИСПУ должна, также служить областной реферальной сетью для принятия перенаправленных пациентов (реферальный центр).

Таблица 11: Предлагаемая конфигурация ИСПУ Таласской области

№	Наименование	Зона охвата	Обслуживаемый район	Численность	Организации
1	Таласская Областная ИСПУ	Областной Межрайонный	г. Талас Таласский район Бакай-Ата	263 500 (область) 159 600 (город и район)	ТООБ Больница для ВОВ и Труда Талас ТБ Талас ОЦСМ ЦСМ Таласского района ЦОВП Бакай-Ата
2	Манас + Кара-Буура ИСПУ	Межрайонный	Манас Кара-Буура	103 900	ТБ Кара-Буура ЦСМ Кара-Буура ЦОВП Манас

4.3.7 Ошская область

В связи с высокой численностью населения каждого района и исходя из соображений о доступности в Ошской области будут созданы только районные ИСПУ, и каждый район будет обслуживается своим собственным ИСПУ.

Таблица 12: Предлагаемая конфигурация ИСПУ Ошской области

№	Наименование	Зона охвата	Обслуживаемый район	Численность	Организации
1	Чон-Алай ИСПУ	Районный	Чон-Алай	31 100	ЦОВП Чон-Алай
2	Алай ИСПУ	Районный	Алай	86 000	Алай ТБ Алай ЦСМ
3	Кара-Кулжа ИСПУ	Районный	Кара-Кулжа	99 000	Кара-Кулжа ТБ Кара-Кулжа ЦСМ
4	Узген ИСПУ	Районный	Узген	273 100	Узген ТБ Узген ЦСМ ЦОВП Куршаб ЦОВП Мырза-Аки
5	Кара-Суу ИСПУ	Районный	Кара-Суу	430 800	Кара-Суу ТБ Нариман ТБ Кара-Суу ЦСМ ЦОВП Папан
6	Араван ИСПУ	Районный	Араван	131 900	Араван ТБ Араван ЦСМ
7	Ноокат ИСПУ	Районный	Ноокат	290 000	Ноокат ТБ Ноокат "Медигос" ЦСМ Ноокат "Барын" ЦСМ

4.4 Медицинское оборудование

На основе стандартного перечня Министерства здравоохранения, а также международных критериев и опыта, была определена потребность в закупке медицинского оборудования (замена устаревшего оборудования, внедрение новых технологий) и оценены соответствующие затраты. Общая сумма в 257,2 млн. долларов США потребуется для выполнения стандартных требований к качеству медицинской помощи (включая недавние изменения в лечении пациентов, страдающих тяжелой инфекцией COVID-19). Тем не менее, с учетом вышеупомянутых реформ и реорганизационных мер можно получить экономию около 20 миллионов долларов США (10% от общего объема).

Примерно 70% прогнозируемых общих инвестиций пойдет на модернизацию стационаров, 12% - ЦОВП, 10% - ЦСМ и 8% - учреждений, специализирующихся на специальных программах (лечение туберкулеза, психиатрическая помощь и реабилитация).

Таблица 13: Инвестиции в закупку оборудования по регионам и фазам проекта

Область	Ориентировочная стоимость в долларах США (без реформ)	Расчетные затраты (долл. США) с учетом мер по реформированию / реорганизации				Снижение затрат (%)
		2020-23	2024-27	2028-35	Всего	
Баткен	15 798 300	6 093 800	2 931 840	2 931 840	11 957 480	24.3%
Бишкек	84 559 450	21 973 005	22 146 525	37 269 345	81 388 875	3.7%
Чуй	24 302 350	9 947 415	4 616 795	4 616 795	19 181 005	19.1%
Иссык-Куль	17 187 150	8 252 505	3 663 960	3 663 960	15 580 425	9.3%
Жалалабад	39 032 950	15 042 325	8 176 780	9 538 570	32 757 675	16.1%
Нарын	11 903 250	5 848 665	2 540 205	2 540 205	10 929 075	8.2%
Ош обл.	19 820 700	8 750 170	3 946 530	3 946 530	16 643 230	16.0%

г.Ош	33 819 150	8 277 105	8 660 025	15 020 145	31 957 275	5.5%
Талас	10 737 350	5 374 635	2 467 250	2 467 250	10 309 135	4.0%
Всего	257 160 650	89 559 625	59 149 910	81 994 640	230 704 175	10.1%

Для определения приоритета инвестиций в оборудование мы предлагаем сосредоточить внимание в первую очередь на областных больницах (для усиления помощи на уровне направлений) и на территориальных больницах, сливающихся с ЦСМ для создания ИСПУ, чтобы гарантировать доступ и функционирование всех основных диагностических и терапевтических услуг, которые являются частью пакета гарантированных государственных услуг (ПГТ). В среднесрочной и долгосрочной перспективе республиканские и межобластные организации должны быть модернизированы.

4.5 Общий объем инвестиций, необходимых на областном уровне

Подводя итог вышесказанному, следующие инвестиции потребуются для развития и оптимизации оказания медицинской помощи (повышение доступности качественной помощи, повышение эффективности оказания услуг) в государственных организациях здравоохранения Кыргызстана (все области).

Таблица 14: Инвестиции в оптимизацию оказания медицинской помощи - прогнозы на 2035 г.

Область	Скорректир. кол-во коек (2035)	Инвестиции (USD) на			
		Новое строительство	Ремонт / Реконструкция	Закупка оборудования	Общие итог (2035)
Баткен	1,883	27 449 874	12 735 245	11 957 480	52 142 599
Бишкек	2,190	13 913 207	57 549 924	81 388 875	152 852 006
Чүй	2,081	35 366 577	18 144 701	19 181 005	72 692 283
Иссык-Куль	1,504	20 922 256	15 987 528	15 580 425	52 490 209
Жалалабад	3,543	65 285 055	35 707 383	32 757 675	133 750 113
Нарын	896	34 237 621	6 248 158	10 929 075	51 414 854
Ош обл.*	2,927	53 646 724	17 899 289	16 643 230	88 189 243
г.Ош	984	22 639 367	21 116 940	31 957 275	75 713 582
Талас	701	0	9 818 733	10 309 135	20 127 868
Total	16,708	273 460 680	195 207 900	230 704 175	699 372 755

5 План оптимизации для городов Бишкек и Ош



5 ПЛАН ОПТИМИЗАЦИИ ДЛЯ ГОРОДОВ БИШКЕК И ОШ

5.1 План оптимизации для города Бишкек

5.1.1 Планирование для комплексной системы предоставления помощи

В предыдущей главе мы проанализировали систему здравоохранения на районном и областном уровнях и представили стратегический подход к повышению эффективности и результативности оказания медицинской помощи и к улучшению доступа к качественной помощи для населения. Сделать то же самое на центральном уровне намного сложнее, и не существует стандартного подхода или стратегии, которые подсказывали бы нам, что именно нужно делать для улучшения ситуации с объектами национального и городского уровней, особенно для тех, которые уже имеют высокие коэффициенты функционирования и предлагать специализированные услуги, которым нет альтернативы в стране. Система, которая развивалась за последние десятилетия, довольно сложна, и нет простого ответа или рекомендации.

В следующих статьях представлены и обсуждаются различные варианты. Роль и ответственность ключевых заинтересованных сторон, МЗ, ФОМС и клинических и административных руководителей как республиканских, так и городских организаций здравоохранения заключается в рассмотрении этих вариантов и разработке конкретных генеральных планов для каждой отдельной организации здравоохранения, или группы организаций здравоохранения с целью мобилизации повышения эффективности и улучшения доступа к качественной медицинской помощи с управляемыми затратами и без какого-либо негативного влияния на предоставление лечебно-диагностических и терапевтических услуг высшего уровня.

Постепенное улучшение может привести к значительному увеличению эффективности и результативности. Совместное использование общих услуг может быть одним из этих вариантов. Объединение того, что связано с клинической точки зрения (кардиология / кардиохирургия), действительно имеет смысл. Но мы также должны обращать внимание на то, чтобы избежать создания мега-объектов, которыми сложно управлять эффективно и действенно. 1000 коек следует рассматривать как максимум, который нельзя превышать.

Поэтому мы предлагаем организовать серию семинаров с участием многих заинтересованных сторон для обсуждения нижеперечисленных вопросов и предложений на индивидуальной основе. К сожалению, ограниченное время и ресурсы, а также ограничения на поездки из-за пандемии COVID-19 не позволили Группе генерального планирования провести это мероприятие очно в рамках настоящего исследования, но были проведены он-лайн встречи со всеми заинтересованными сторонами.

5.1.2 Ситуационный анализ

Бишкек является столицей и крупнейшим городом Кыргызской Республики. По состоянию на 1 января 2019 года население Бишкека составляло 1 027 200 человек. За последние 10 лет население в Бишкеке росло не менее чем на 2% в год (от 2,05% до 2,14%). Из-за внутренней миграции прирост населения в городе Бишкек будет выше, чем в других регионах страны (от 1,14 до 1,56%). По оценкам ООН, население Бишкека в 2035 году достигнет 1 429 000 человек.

Услуги ПМСП в столице предоставляются сетью из четырех Центров семейной медицины (ЦСМ) и одной Студенческой поликлиникой. В период 2018 года, ЦСМы города Бишкек приняли более 3,9 миллиона посещений пациентов (две трети посещений к врачам общей практики, и одна треть к узкоспециализированным врачам). Это означает 3,8 посещений на человека в год, что является одним из самых высоких показателей в стране.

В четырех (4) объединенных ЦСМ и студенческой поликлинике 641 врач общей практики и 407 врачей-специалистов оказывают помощь. Среднее количество посещений врача общей практики в день составляет 18,7, для врача-специалиста в день составляет 14,3. Учитывая среднюю продолжительность приема пациента (20 минут) специалистом, ожидаемое количество посещений к специалистам в день будет 24 (консультация врача общей практики > 36). Экстренная медицинская помощь (ЭМП) предоставляется отдельной организацией, имеющей центральный головной офис и подстанции скорой помощи, разбросанные по всему городу.

Table 15: Свод ключевых индикаторов – ОЗ республиканского уровня

Наименование	Койки	СПП	РК	Количество пролеченных	Число госпитализаций из Бишкека		Число госпитализаций из регионов		Амбул. посещения
					№	%	№	%	
Национальный Госпиталь	1,070	8.8	84.3	37,244	8,738	23.5	28,504	76.5	118,658
НЦОМид	580	7.0	85.0	25,585	5,759	22.5	19,826	77.5	95,780
НЦОиГ	456	15.7	80.0	8,464	6,086	71.9	2,378	28.1	68,777
РКИБ	400	3.3	69.0	31,264	23,175	74.1	8,089	25.9	83,592
НЦКТ	349	9.7	88.0	11,480	3,301	28.8	8,179	71.2	98,651
НХЦ	255	8.7	79.0	8,489	5,246	61.8	3,243	38.2	21,647
РНЦ	180	10.9	86.0	5,173	2,734	52.9	2,439	47.1	0
ЖД больница	100	7.8	78.0	3,653	1585	43.4	2068	56.6	98 037
КНЦРЧ	70	3.5	63.0	4,608					21,647
РЦДВ	70	8.8	35.0	1,015	277	27.3	738	72.7	55,224
Промежуточный итог (госпитальная помощь)	3,530	7.6	80.6	136,975	56901	41.5	75 464	58.5	662 013
НИИХСиТО	64	60.0	79.0	308	63	20.5	245	79.5	4,881
РЦПЗ	460	39.7	96.0	4,074	3,004	73.7	1,070	26.3	86 464
НЦФ	390	54.5	74.0	1,943	465	23.9	1,478	76.1	11,505
Промежуточный итог (длительная и средняя продолжительность помощи)	914	45.2	85.8	6,325	3,532	55.8	2,793	44.2	102 850

Организации здравоохранения, оказывающие стационарные услуги, были отнесены к категории объектов республиканского или городского уровней и проанализированы отдельно. Существует 14 республиканских организаций здравоохранения, две из которых оказывают общепрофильную медицинскую помощь, два психиатрических, один ОЗМиР, и еще одна противотуберкулезная и восемь больниц оказывают различные виды специализированной помощи. Респу-

ликанские больницы имеют хорошие показатели РК со средним показателем в 80,6%. Однако некоторые из них показывают неоптимальные показатели, такие как: РКИБ, РЦДВ и КНЦРЧ.

В 2018 году во всех республиканских больницах вместе взятых было госпитализировано около 137 000 пациентов, а в их амбулаторных отделениях было проконсультировано 662 000 пациентов. Рассматривая проживание пациентов, мы обнаружили, что почти в каждой республиканской больнице более 20% пациентов являются жителями Бишкека (доля населения Бишкека: 16,1%), а в некоторых больницах эта доля достигает 72-74%.

Из 6 331 общей численности персонала в стационарных организациях здравоохранения, 60 % составляют медицинские работники. Это соотношение немного ниже в организациях здравоохранения длительного и среднесрочного пребывания, в которых процент медицинского персонала составляет 56,3%. Соотношение количества врачей на койку для организаций третичного уровня ниже, чем ожидалось, в РКИБ их число составляет всего 0,2 врача на койку, а в Национальном центре кардиологии и терапии (НЦКТ) - 0,27 врача на койку.

Еще ниже соотношение медсестер на койку, который в среднем составляет 0,69 (по сравнению со стандартом 1 медсестры на койку, который использован в качестве национального эталона и приемлемого стандарта).

Из 12 городских больниц 2 предоставляют общепрофильную стационарную помощь, 4 предоставляют родовспомогательную медицинскую помощь, 1 обеспечивает педиатрическую помощь и 5 предоставляют противотуберкулезную и другую специализированную помощь.

При показателе 1,9 коек на душу населения в стране (рассчитывается как сумма городских больниц, травматологического центра, педиатрической больницы и родовспомогательных организаций), город Бишкек имеет самый низкий показатель количества коек на душу населения среди всех областей страны (1,8 коек) на 1000 жителей).

В определенной степени это отражается в высоком показателе работы койки (> 93% для стационарных организаций и > 82% для организаций охраны материнства и детства). Тем не менее, следует подчеркнуть, что относительно высокий показатель работы койки можно отнести к высокому показателю среднего пребывания пациента. Общая численность персонала составила 4029 человек (из которых 2422 являются медицинским и немедицинским персоналом, включая врачей и средний медицинский персонал), которые предоставляют услуги в стационарных ОЗ горда Бишкек.

В стационарных ОЗ имеется 750 врачебных должностей (с высоким соотношением показателя врача на койку который составил 0,4), и 1 567 сестринских должностей (0,83 медсестер на койку). В большинстве больниц показатель врачей на койку является адекватным, в то время, как соотношение медсестер на койку ниже оптимального.

Оценка финансового положения национальных центров демонстрируют довольно низкие уровни расходов на персонал, обусловленные: а) малой численностью персонала, особенно (квалифицированного) сестринского персонала и сравнительно низкой заработной платой, выплачиваемой медицинскому и немедицинскому медперсоналу. Это также демонстрирует довольно низкие общие бюджеты и расходы, за исключением специализированных центров онкологии и гематологии и Республиканского научно-исследовательского института хирургии сердца и трансплантации органов, которые получают дополнительное финансирование из внешних субсидий (в виде ЛС и ИМН). Без этой дополнительной суммы средств, средние расходы на койку будут составлять около 500 000 сомов в год, что соответствует 1370 сомам (16,6 евро) в день. Очевидно, что с таким годовым бюджетом субъекты третичного уровня /являющейся центром

реферальной системы не могут оказать надлежащее качество и использовать все возможности для доступности услуг. Например, для показателя границы уровня: в Германии средние расходы в день на больничную койку составляют около 600 Евро, из которых 62% (372 Евро) связаны с расходами на персонал, а 2/3 из этой суммы (248 Евро) тратятся на заработную плату врачей и медсестер.

5.1.3 Выводы и рекомендации

Из приведенного выше анализа становится очевидным, что требуются крупные инвестиции для модернизации существующей инфраструктуры и оборудования и увеличения бюджета операционных расходов, чтобы позволить стационарным организациям здравоохранения третичного уровня/специализированным больницам предоставлять услуги соответствующего уровня качества.

Инвестиции, необходимые для соответствующего развития всех больниц, расположенных в городе Бишкек, составят около 89,9 млн. долларов США – без учета синергии и экономии затрат за счет предлагаемых мер рационализации. В глобальном масштабе эти меры позволят сократить инвестиционные потребности до 25%. Из общей суммы, указанной выше, на модернизацию инфраструктуры требуется 36,8 млн. долларов США (8 292 доллара США за койку) и 53,1 млн. долларов США на модернизацию медицинского оборудования (11 936 долл. США за койку).

Более четверти от общего объема инвестиций требуется на Национальный Госпиталь (22,72 млн. долларов США) или 25,3% от общей суммы. В части медицинского оборудования в тройку организаций здравоохранения с самыми высокими инвестиционными потребностями входят Национальный центр онкологии и гематологии с 29,1% (более трети от общего объема инвестиционных потребностей), Национальный Госпиталь МЗ КР 21,3% и Национальный Центр Охраны Материнства и Детства с 11,3%.

Годовой бюджет организаций здравоохранения городского уровня превышает 1,8 млрд. сомов. В отличие от объектов республиканского уровня, доля расходов на укомплектование персоналом составляет 67,9% от общей суммы. Этот процент, конечно, выше в тех организациях здравоохранения, которые предлагают амбулаторные услуги кроме стационарных. В свою очередь, расходы на персонал и, в частности, на одного врача выше в организациях здравоохранения, предлагающих только стационарную помощь. Однако, как средние, так и индивидуальные затраты на медицинский персонал и на врача значительно ниже в организациях городского уровня по сравнению с организациями республиканского уровня (723 тысячи против 2 250 тысяч сомов в год в 2018 году).

Как отмечалось выше, без учета возможного синергетического эффекта и экономии затрат за счет оптимизационных мер для модернизации существующей инфраструктуры и оборудования всех объектов городского уровня в городе Бишкеке потребуется 62,8 млн. долларов инвестиций. Из этой суммы 31,3 миллиона долларов будет выделено на модернизацию инфраструктуры (8 556 долларов США на стационарную койку). На медицинское оборудование потребуется 31,5 миллиона долларов США, что соответствует 10 317 долларам США за койку (для стационарных организаций здравоохранения). БНИЦТО, ГДКБ СМП, ГКБ № 1, ЦСМ по Свердловскому р-ну г.Бишкек, и ГПЦ требуют инвестиций выше среднего. В области медицинского оборудования только три объекта использовали более 50% предлагаемого бюджета. Хотя инвестиционные потребности организаций городского уровня более сбалансированы по сравнению с организациями республиканского уровня, тем не менее шесть из двенадцати организаций здравоохранения использовали бы более 70% общих инвестиционных потребностей.

5.1.4 Конкретные рекомендации для организаций здравоохранения республиканского уровня

Организации республиканского уровня являются высокоспециализированными организациями, которые развивались с течением времени на основе ряда различных факторов, таких как потребности населения в здравоохранении, меняющиеся приоритеты в предоставлении медицинских услуг, знания, навыки и возможности медицинского персонала, развитие системы здравоохранения Кыргызстана. Поэтому рекомендации по развитию организаций республиканского уровня заключаются в следующем:

1. Интегрировать в одну организацию Национальный госпиталь, Национальный Центр кардиологии и терапии и Научно-исследовательский институт хирургии сердца и трансплантации органов.
2. Интегрировать в одну организацию Республиканскую инфекционную больницу и Республиканский центр дерматовенерологии, учитывая, что дерматовенерологические услуги в основном могут оказываться амбулаторно.
3. Пересмотреть модель оказания медицинской помощи Республиканской инфекционной больницей, с учетом того, что ~75% поступивших пациентов являются жителями города Бишкек в центр принятия перенаправленных пациентов (реферальный центр).
4. Преобразовать Национальный хирургический центр (Национальный) в Учебно-исследовательский центр по малоинвазивной хирургии (предпочтительный вариант) или в организацию городского уровня, обслуживающую население города Бишкек (более 60% принятых пациентов являются жителями Бишкека). Усиление компетенции в малоинвазивной хирургии на областном уровне поможет улучшить доступ к медицинской помощи и будет способствовать более рациональному использованию существующих ресурсов.
5. Право собственности и правовой статус железнодорожной больницы должны быть тщательно изучены. Объект может быть либо передан Министерству здравоохранения, либо должно быть договорное соглашение между Министерством здравоохранения и железнодорожной компанией (принадлежащей государству), обеспечивает интеграцию объекта в систему здравоохранения на республиканском уровне.
6. Национальный госпиталь и Национальный центр онкологии и гематологии являются двумя организациями с самыми высокими инвестиционными потребностями. Вместе они поглотят 34,8 млн. долларов США или 45,7% инвестиций, необходимых для всех республиканских объектов. Потенциальная синергия, особенно в области диагностических и других услуг, которые могут быть совместно использованы (ЦСО, лаборатория, диагностика и т. д.), должна быть дополнительно проанализирована и оценена в рамках индивидуальных генеральных планов на основе данных этих организаций здравоохранения.

Национальный центр охраны материнства и детства должен использовать выгоды от взаимодействия с Национальным перинатальным центром и с другими четырьмя организациями ОЗ-МиР в г.Бишкек. Эффект от синергизма должен быть изучен с точки зрения общих диагностических возможностей и сокращения количества коек вследствие прогнозируемого сокращения показателя среднего пребывания и количества родов.

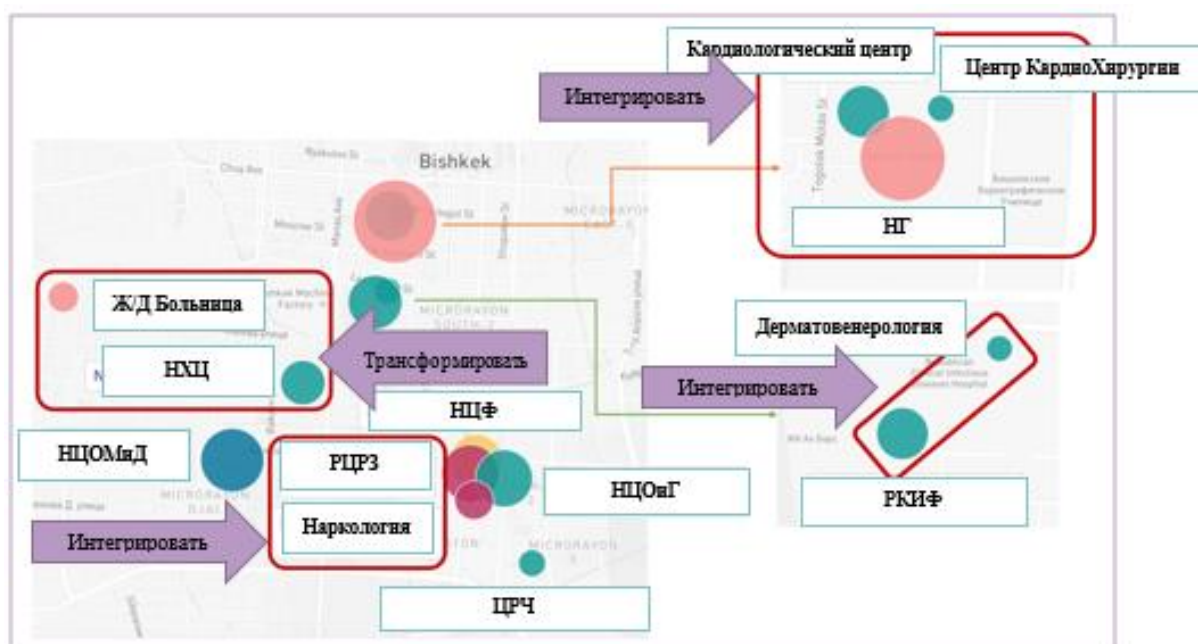


Рисунок 8: Рекомендации для республиканских больниц

5.1.5 Конкретные рекомендации для организаций здравоохранения городского уровня

Организации здравоохранения городского уровня соответствуют объектам областного и районного уровней в других регионах, где наш подход к оптимизации сосредоточен на создании интегрированных сетей предоставления услуг (ИСПУ). Из-за особенностей города Бишкек, особенно из-за большого размера ЦСМ, реализация модели ИСПУ (которую еще нужно опробовать) не представляется целесообразной. Мы рекомендуем дождаться результатов внедрения ИСПУ в других областях страны, прежде чем пытаться внедрить это в Бишкеке. Тем не менее, необходимо продвигать концепцию сотрудничества и обмена между стационарными и амбулаторными службами.

Следовательно, мы предлагаем реализовать три вида мероприятий по оптимизации системы здравоохранения города Бишкека:

1. Интеграция стационарных организаций здравоохранения с поддерживающими и/или аналогичными объемами услуг.
2. Сотрудничество и объединение ресурсов между стационарными и амбулаторными организациями (то есть больницами и расположенными рядом ЦСМ).
3. Внедрение общих услуг для функций клинической и неклинической поддержки.

Интегрированная городская клиническая больница

Предлагается объединение городских клинических больниц № 1 и 6, с Бишкекским научно-исследовательским центром травматологии и ортопедии. Будет построена структура с тремя зонами дислокации и общим количеством 934 койко-мест, чтобы обеспечить взаимодействие, как для повышения качества, так и для повышения эффективности стационарной помощи. Благодаря слиянию новый объект сможет выполнять процесс стратегического планирования, кото-

рый в результате приведет к пересмотру концепции распределения услуг отделений в трех зонах, а также пересмотру (на более рациональные) программ развития/модернизации инфраструктуры и оборудования. Вместо программы обновления и модернизации, которая потребует более 15 миллионов долларов США, комплексный подход может значительно сократить расходы за счет избежания дублирования и продвижения общих услуг и других элементов, способствующих экономии средств.

Во время обсуждения с Министерством здравоохранения и директорами медицинских учреждений города Бишкек была подчеркнута необходимость создания центральной больницы скорой помощи. Городские клинические больницы №1 и №6 могут быть кандидатами для этой цели.

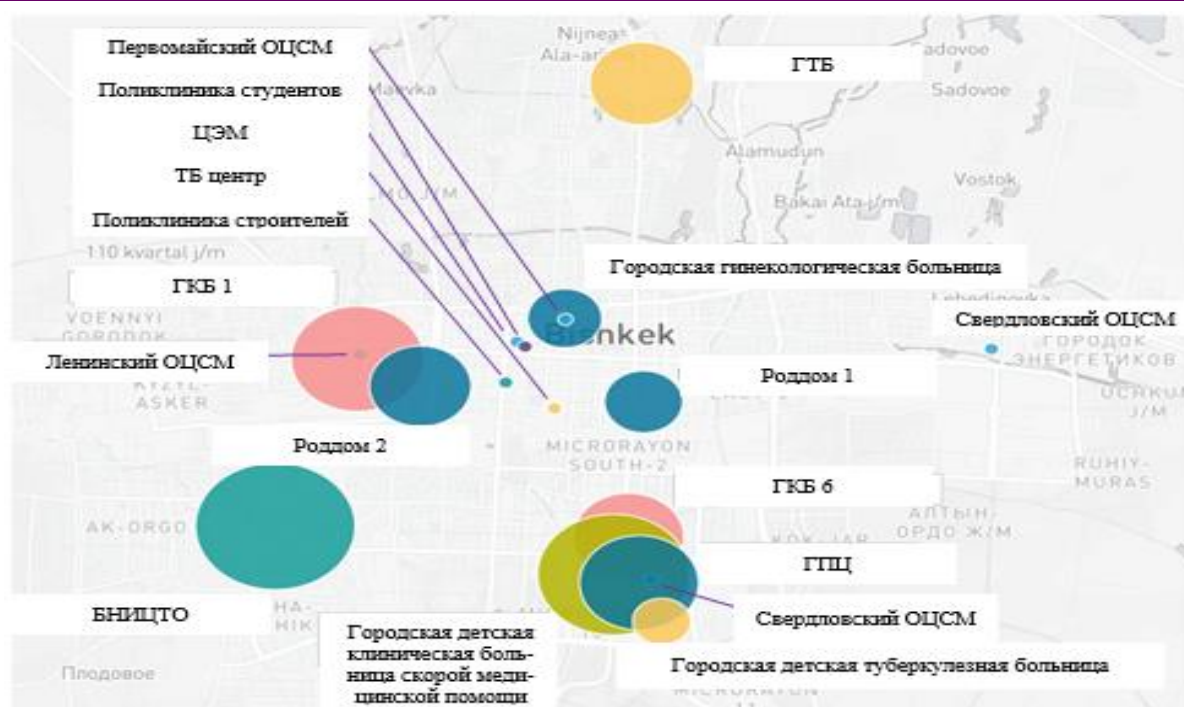


Таблица 16: Свод ключевые индикаторы – организации здравоохранения городского уровня

Название	Койки	СПП	Работа койки	Госпита- лизации	Амб. посещ.
ГКБ 1	294	8.6	101.0%	12 634	4 798
ГКБ 6	195	10.4	103.0%	7 076	2 883
ГДКБСМП	400	4.6	87.0%	27 775	137 711
БНИЦТО	445	11.6	89.0%	12 511	13 994
Промежуточный итог (экстренная помощь)	1,334	7.6	93.1%	59 996	159 386
Роддом 1	85	4.5	75.0%	6 143	0
Роддом 2	160	4.8	85.0%	10 264	0
ГПЦ	230	5.2	83.0%	13 486	3 927
ГГБ	75	3.4	83.0%	6 596	0

Промежуточный итог (матери и ребенка)	550	4.6	82.3%	36 489	3 927
Городская туберкулезная больница (Бишкек)	170	50.1	60.0%	748	0
Городская детская туберкулезная больница	40	149.0	45.0%	44	0
Промежуточный итог (ТБ)	210	-	-	792	0

Таблица 17: Свод показателей по амбулаторной деятельности организации здравоохранения городского уровня

	Посещения сем. врачи	Посещения узк. специалистов.	Обращения в СМП
ОЦСМ Ленинского района	1 015,451	320 092	0
ОЦСМ Свердловского района	884 808	180 684	0
ОЦСМ Октябрьского района	383 781	235 992	0
ОЦСМ Первомайского района	355 357	203 536	0
Поликлиника студентов	0	339 604	0
Промежуточный итог (ПМСП)	2 639 397	1 279 908	0
Городской туберкулезный центр	0	116 392	0
Поликлиника строителей	0	216 066	0
ЦЭМ (Бишкек)	0	0	211 733

Рисунок 9: Рекомендации для организаций здравоохранения г.Бишкек городского уровня

Городские больницы по охране здоровья матери и ребенка

В настоящее время функционируют четыре организации, самым крупным, из которых является Городской Перинатальный Центр (230 коек), а самой маленькой Городская Гинекологическая больница (75 коек). Все четыре организации могут быть объединены в одну Городскую больницу Матери и ребенка. Только Городской перинатальный центр на 230 коек требует почти две трети инвестиций в инфраструктуру и почти 40% потребностей в медицинском оборудовании.

Благодаря интеграционному подходу эти инвестиции могут быть приоритетными и распределяться по краткосрочным, среднесрочным и долгосрочным инвестициям и этапам реализации. За счет оптимизации текущих мощностей можно добиться общего сокращения инвестиционных потребностей. Снижение числа рождаемости в сочетании с ожидаемым показателем СПП на койке приведет к снижению потребностей в акушерских койках.

ЦСМ

Для города Бишкек не рекомендуется применять подход ИСПУ в краткосрочной или среднесрочной перспективе, две основные причины которого заключаются в следующем:

1. Службы ЦСМ недавно прошли процесс реформирования, результаты которого еще должны быть проанализированы и оценены после нескольких лет работы;

2. Все четыре объединенных ЦСМ в городе Бишкек представляют собой относительно крупные организации с общей численностью персонала 5277 человек.

Краткий анализ Объединения ЦСМ в Бишкеке показал следующее:

- Более эффективное использование человеческих ресурсов - сокращение количества административного и технического вспомогательного персонала
- Единые закупки усиливают синергию в логистике и помогают достичь лучших рыночных цен (и, как следствие, снижения затрат)
- Высвобождения дополнительных площадей для улучшения предложения клинических услуг.
- Центральные лабораторные службы с новым и хорошо обслуживаемым оборудованием и достаточным персоналом увеличили количество и улучшили качество лабораторных диагностических тестов.

В дополнение к двум новым объединенным больницам (Городская клиническая больница и Городская больница по родовспоможению) и наличию Детской клинической больницы скорой медицинской помощи, четыре ЦСМ продолжают работу по охвату территории города Бишкек.

Студенческая поликлиника меньшего размера может быть объединена с Первомайским ЦСМ, чтобы создать организацию, насчитывающую чуть более 1000 сотрудников, которая будет иметь размер, аналогичный размеру трех других, объединенных ЦСМ города Бишкек.

Три из четырех ЦСМ находятся в близости от стационарных организаций здравоохранения, соответственно:

- Объединенный ЦСМ Ленинского района находится недалеко от Городской клинической больницы № 1.
- Объединенный ЦСМ Первомайского района находится недалеко от Городской гинекологической больницы.
- Объединенный ЦСМ Октябрьского района находится недалеко от Городской клинической больницы № 6.

Все эти три центра требуют инвестиций в медицинское оборудование в размере почти 3,2 миллиона долларов США. Предлагается сократить до минимума необходимые инвестиции в диагностическое оборудование (рентгеновское, лабораторное, рентгеноскопическое, ультразвуковое и т. д.), а также инвестиции в оборудование ЦСО. Три центра могут заключить соглашение о совместном использовании ресурсов с соседними больницами и использовать их технологические возможности.

Таблица 18: Инвестиции в инфраструктуру и оборудование – организации здравоохранения республиканского уровня

Название	Койки	Инфраструктура		Инвестиции /койку	Единиц оборудования всего	Единиц рабочего оборудования		Инвестиции в оборудование		Инвестиции/койку
Национальный Госпиталь	1 070	11 408 901	31.0%	10 663	564	470	83.3%	11 304 600	21,3%	10 565
НЦОМид	580	6 037 134	16.4%	10 409	727	596	82.0%	5 984 000	11.3%	10 317

РЦПЗ	460	2 843 888	7.7%	6 182	49	49	100%	184 500	0,3%	401
НЦОиГ	456	603 819	1.6%	1 324	144	139	96.5%	15 412 600	29,1%	33 800
РКИрБ	400	3 331 445	9.0%	8 329	327	316	96.6%	1 369 100	2,6%	3 423
НЦФ	390	2 134 026	5.8%	5 472	183	156	85.2%	2 165 700	4,1%	5 553
НЦКТ	349	1 459 230	4.0%	4 181	604	463	76.7%	5 088 300	9,6%	14 580
НХЦ	255	4 405 127	12.0%	17 275	222	183	82.4%	3 892 300	7,3%	15 264
РЦН	180	1 177 001	3.2%	6 539	21	20	95.2%	283 800	0,5%	1 577
ЖД больницы	100	963 591	2.6%	9 636	94	90	95.7%	931 600	1,8%	9 316
КНЦРЧ	70	1 106 645	3.0%	15 809	100	99	99.0%	1 037 100	2,0%	14 816
ЦДВ	70	419 309	1.1%	5 990	26	25	96.2%	150 300	0,3%	2 147
НИИХСиТО	64	836 550	2.3%	13 071	175	158	90.3%	5 068 100	9,6%	79 189
Эндокрино- логический центр		123 201	0.3%	--	30	23	76.7%	171 400	0,3%	
Итого	4,444	36 849 865	100.0 %	8 292	3 266	2787	85.3%	53 043 400	100.0 %	11 897

Таблица 19: Инвестиции в инфраструктуру и оборудование – организации здравоохранения городского уровня

Название	Кой-ки	Инфраструктура		Инвести-ции/ко йку	Единиц оборудо-вания всего	Единиц рабочего оборудования		Инвестиции в обору-дование		Инвести-ции/койку
ГКБ 1	294	3 828 678	12.2%	13 023	223	222	99.6%	4 164 300	13,2 %	14 164
ГКБ 6	195	860 321	2.7%	4 412	95	90	94.7%	745 800	2,4%	3 825
ГДКБСМП	400	2 039 679	6.5%	5 099	343	336	98.0%	5 437 900	17,3 %	13 595
БНИЦТО	445	2 970 711	9.5%	6 676	379	368	97.1%	5 151 100	16,3 %	11 576
Роддом 1	85	661 067	2.1%	7 777	119	113	95.0%	1 010 800	3,2%	11 892
Роддом 2	160	1 190 210	3.8%	7 439	170	161	94.7%	1 368 800	4,3%	8 555
ГПЦ	230	4 696 410	15.0%	20 419	279	261	93.5%	2 123 100	6,7%	9 231
ГГБ	75	625 775	2.0%	8 344	80	76	95.0%	618 300	2,0%	8 244
ГПТБ	170	739 290	2.4%	4 349	53	49	92.5%	659 050	2,1%	3 877
ГДПТБ	40	304 328	1.0%	7 608	15	6	40.0%	323 900	1,0%	8 098
ОЦСМ Ленинско-го района		3 422 607	10.9%		309	291	94.2%	1 843 900	5,9%	
ОЦСМ Свердлов-ского рай-она		4 806 903	15.4%		248	232	93.5%	1 558 000	4,9%	
ОЦСМ Октябрь-ского рай-она		2 025 709	6.5%		413	388	93.9%	1 282 600	4,1%	

ОЦСМ Первомайского района		1 170 254	3.7%		135	131	97.0%		4,1%	
								1 284 100		
Поликлиника студентов		229 320	0.7%		25	24	96.0%		0,9%	
								282 900		
ГЦБТ		463 800	1.5%		23	21	91.3%	223 600	0,7%	
ЦМКУиСМ		244 530	0.8%		49	49	100.0%	487 900	1,5%	
ЦЭМ (Бишкек)		1 007 232	3.2%		259	153	59.1%		9,4%	
								2 950 000		
Итого	2094	31 286 824	100.0%	8 556	3217	2971	92.4%	31 516 050	100.0 %	10 317

5.2 План оптимизации города Ош

5.2.1 Ситуационный анализ

Ош является вторым по величине городом Кыргызской Республики. По состоянию на 1 января 2019 года население города Ош составляло 299 500 человек. Географически город Ош является центром Ошской области, находящийся в Ферганской долине. Из-за своего географического положения город Ош часто называют «южной столицей», площадь города составляет 182,5 км², то есть плотность населения 1641 человек на км². Проанализированы и оценены 12 организаций здравоохранения, расположенных в 33 разных местах расположения.

В общей сложности 1819 человек (из которых 1081 врач и средний медицинский персонал) являются медицинскими работниками, которые оказывают услуги в трех стационарных организациях города Ош. В Ошской городской клинической больнице на 846 коек имеется 276 врачей для приемлемого соотношения врача и койки 0,33 и несколько более низкого отношения медсестры к койке 0,73.

Услуги ПМСП предоставляются одним ЦСМ («Мир семьи»), который предоставляет медицинскую помощь в самом ОЦСМ и 11 филиалах, распределенных по городу. В течение 2018 года в городе Ош было 937 053 амбулаторных посещений ЦСМ почти половина к врачам общей практики, а остальные к узким специалистам и фельдшерам. Это означает 3,1 посещения на человека в год, что является одним из самых высоких показателей в стране. Медицинский персонал ЦСМ «Мир семьи» состоит из 172 врачей общей практики и 125 врачей узких специалистов. Среднее количество посещений семейного врача в день составляет 12,1, тогда как среднее количество посещений врача-специалиста в день составляет 14,3. Оба числа представляют субоптимальное использование человеческих ресурсов, особенно Семейных врачей. Как и в городе Бишкек, экстренная помощь предоставляется отдельной структурой (ЭМП).

5.2.2 Межобластные организации здравоохранения г.Ош

Функционируют 7 межобластных организаций, 4 из которых предоставляют общепрофильную стационарную помощь, 1 психиатрическую и 1 наркологическую и 1 по лечению туберкулеза.

Таблица 20: Сводные показатели эффективности межобластных организаций

Наименование	Койки	СПП	Работа койки	Госпит.	Амб пос.
ОМОКБ	952	9.3	98.0%	36,307	3,567
ОДКБ	540	7.5	79.0%	20,729	75,850

ОМОЦ	100	10.7	83.0%	2,844	8,908
ОМЦД	80	14.9	88.0%	1,719	52,548
<i>Промежуточный итог (госпитальная помощь)</i>	1,672	8.9	90.5%	61,599	140,873
ООЦПЗ	170	31.8	92.0%	1,791	0
ОМДППБ	110	197.0	59.0%	120	0
ОМНЦ	50	10.7	86.9%	1,481	30,294
<i>Промежуточный итог (длительная и промежуточная помощь)</i>	330	NA	NA	3,392	30,294

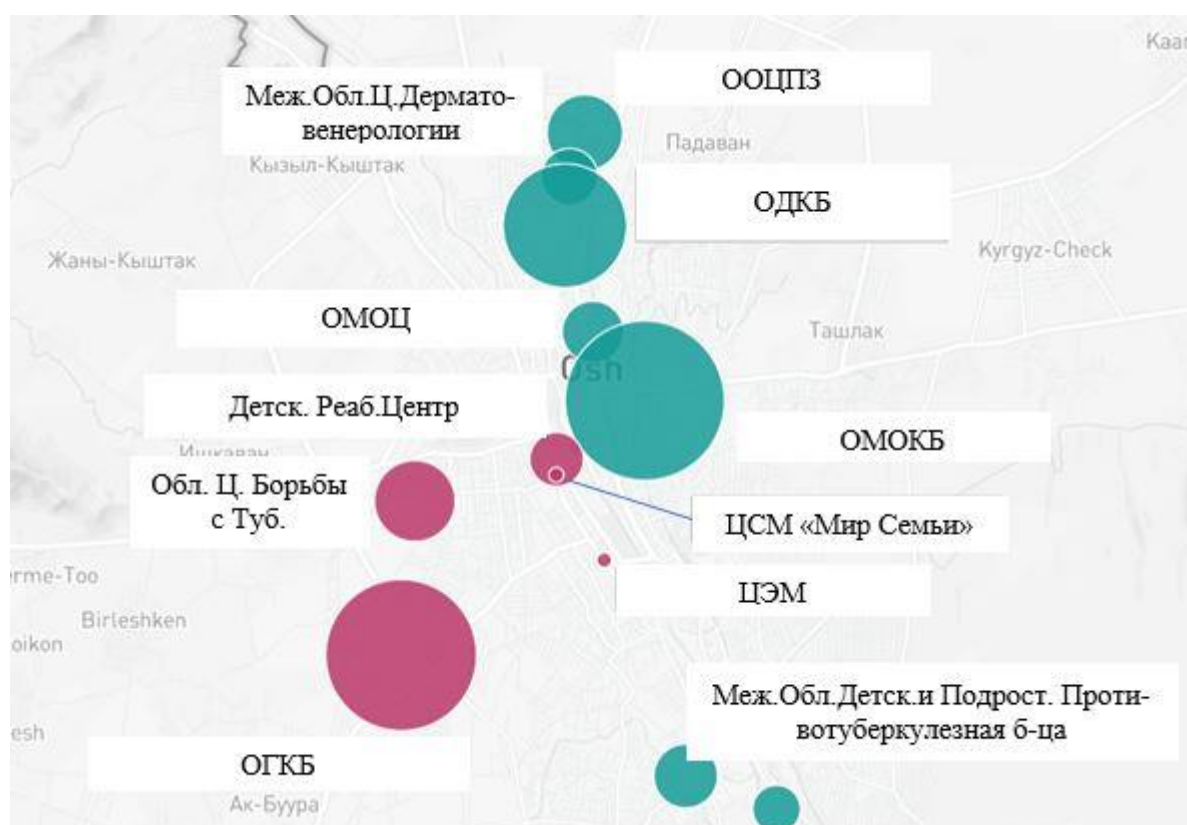


Рисунок 10: Организации здравоохранения в г. Ош – коечный фонд и местоположение.

Размер пузыря пропорционален количеству коек: зеленый – межобластные объекты, красный – организации здравоохранения городского уровня

Как и ожидалось, межобластные организации здравоохранения показывают хорошие показатели использования со средним значением РК 90,5% для организаций стационарной помощи. Тем не менее, относительно высокий показатель СПП (8,9) придает показателю РК искусственно высокий уровень. В 2018 году в отделения стационарной помощи поступило 61 599 пациентов, и 140 873 посещений были в амбулаторные отделения.

Среди организаций, предоставляющих долгосрочную и промежуточную помощь, только Ошская Межобластная детская и подростковая противотуберкулезная больница демонстрируют неоптимальное использование, другие организации показывают высокий показатель РК.

Из общего числа 2644 человек в стационарных организациях здравоохранения 58,8% составляют медицинские работники. Это соотношение ниже в организациях длительного и среднесрочного пребывания, где 44,0% персонала являются врачами.

Годовой бюджет межобластных организаций здравоохранения составляет почти 623 млн. сом. Почти ровно половина из них идет на расходы по персоналу.

На онкологический центр приходится самая низкая доля расходов на персонал, за счет гуманитарной помощи (на дорогостоящие лекарства и изделия медицинского назначения), которая в несколько раз превышает бюджет самой ОЗ.

Как и ожидалось, расходы на одну койку являются самыми высокими в онкологическом центре, равно как и расходы на персонал и расходы на одного врача. В целом, организации длительного и промежуточного пребывания имеют более низкие расходы на койку и на одного сотрудника.

В соответствии с нашими расчетами, для проведения ремонта и модернизации медицинского оборудования в городе Ош требуются общие инвестиции в размере 38,1 млн. долларов США. 42% от этой суммы приходится на вложения в инфраструктуру и 58% на модернизацию оборудования. Бюджет на ремонт инфраструктуры составляет 7 967 долларов США на койку, а бюджет на модернизацию оборудования – 11 063 долларов США на одну койку.

Только Межобластная клиническая больница требует более половины бюджета на ремонт инфраструктуры (51,9%), за ней следуют Межобластная детская клиническая больница (22,0%) и Межобластной онкологический центр (11,8%).

В области модернизации медицинского оборудования можно выделить две наиболее «затратные» организации – Межобластная клиническая больница (45,6%) и Межобластной онкологический центр (28,4%), за которыми следует Межобластная детская клиническая больница (21,1%).

Таблица 21: Инвестиции в ремонт инфраструктуры и модернизацию медицинского оборудования - г. Ош

Наименование	Койки	Инфраструктура		Инвестиция/койка	Оборудование		Инвестиция/койка
ОМОКБ	952	8 278 160	51.9%	8 696	10 097 100	45,6%	10 606
ОДКБ	540	3 506 265	22.0%	6 493	4 668 500	21,1%	8 645
ООЦПЗ	170	0	0.0%	0	151 000	0,7%	888
ОМДППБ	110	1 182 255	7.4%	10 748	515 900	2,3%	4 690
ОМОЦ	100	1 883 595	11.8%	18 836	6 287 500	28,4%	62 875
ОМЦД	80	981 006	6.2%	12 263	147 300	0,7%	1 841
ОМНЦ	50	119 520	0.7%	2 390	280 800	1,3%	5 616
Всего	2 002	15 950 801	100.0%	7 967	22 148 100	100.0%	11 063

5.2.3 ОЗ городского уровня

Из 5 городских организаций, три (3) предоставляют стационарную медицинскую помощь, одна амбулаторную медицинскую помощь и одна (1) экстренную медицинскую помощь. Из трех стационарных организаций она предоставляет общепрофильную помощь, одна противотуберкулезную и одна реабилитационную помощь детскому населению. В городе Ош на 1 000 жителей приходится 2,8 койки для оказания неотложной помощи. Показатель СПП 6,6 дней и показатель РК 87,0% указывают на хорошее использование ресурсов и эффективную помощь. Годов

вой бюджет организаций городского уровня составляет более 555 миллионов сомов. Доля расходов на персонал составляет 59,1% от общей суммы. Он ниже в клинической городской больнице, но выше в остальных организациях. Расходы на персонал и на одного врача значительно выше среди больниц по сравнению с организациями, которые предлагают амбулаторную помощь. На ремонт и модернизацию инфраструктуры в городе Ош необходимо 22,3 млн. долларов США (соответственно 47,7 и 52,3%). Большая часть инвестиций необходима для двух организаций - ЦСМ «Мир семьи» (34,5%) и Ошской городской клинической больницы (43,2%).

Мы предлагаем следующие рекомендации по оптимизации для организаций здравоохранения Ошской области:

1. Преобразовать Ошский межобластной центр дерматологии в отделение Ошской межобластной клинической больницы.
2. Преобразовать Ошский межобластной онкологический центр в отделение Ошской межобластной клинической больницы.
3. Рассмотреть вопрос о переводе администрации Ошской специальной больницы из Ошской области в город Ош и преобразовать ее в отделение Ошской межобластной клинической больницы.

В результате этих мер будет создана интегрированная организация здравоохранения на 1192 койко-места с общим бюджетом, персоналом и структурой управления.

Таблица 22: Инвестиции в инфраструктуру и оборудование для организаций городского уровня Оша

Наименование	Койки	Инфраструктура	Инвест/койка	Оборудование	Инвест/койка
ОГКБ	846	3 579 917	33.6%	4 232	6 060 200
ООЦБТ	200	908 036	8.5%	4 540	1 042 850
ДЦВЛ	70	1 582 416	14.9%	22 606	250 000
ССМП г. Ош		322 818	3.0%		860 000
ЦСМ "Мир семьи"		4 247 367	39.9%		3 458 000
Всего	1,116	10 640 554	100.0%	5,439	11 671 050

6 Планы Оптимизации Вертикальных Программ



6 ПЛАНЫ ОПТИМИЗАЦИИ ВЕРТИКАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ЗДОРОВЬЯ

6.1 Туберкулез

6.1.1 Анализ ситуации

Туберкулез (ТБ) - это болезнь бедности и неравенства, непропорционально поражающая страны с низким и средним уровнем дохода и наиболее маргинализированные и уязвимые слои населения в общинах. Туберкулез в значительной степени является результатом состояния здоровья и условий жизни, в том числе отсутствия доступа к соответствующим медицинским услугам, диагностическим инструментам и эффективным лекарственным средствам, недостаточному питанию, санитарии, а также безопасной и здоровой жизни и работе.

На основании дорожной карты в январе 2017 года издано *Постановление ПКР 9-р, которым утвержден «План мероприятий по оптимизации системы оказания противотуберкулезной помощи населению Кыргызской Республики на 2017–2026 годы»*. В феврале 2017 года МЗ КР издало приказ №123 о реализации Плана на период 2017-2019 гг. «ТБ-РЕР» который поддерживает реализацию вышеупомянутых реформ, претворяя в жизнь политику страны и соответствующие технические документы.

Сокращение больничных коек является основным компонентом дорожной карты: цель на 2020 год предусматривает закрытие 1040 коек, а к 2026 году - еще 320 коек, то есть сокращение с 2605 до 1245 коек. Кроме того, Европейское региональное бюро ВОЗ разработало модель расчета коек для модели стран. Применение модели в Кыргызстане с 5570 вновь диагностированными случаями и 2065 ранее пролеченными случаями при условии, что распределение категорий дел аналогично предложенной модели, приведет к оценке потребностей в 720 коек.

Система контроля над туберкулезом в КР организована в основном через сеть стационарных организаций (отделений) по борьбе с туберкулезом с 2 095 койко-мест в 2019 году (по сравнению с 2605 койками в 2017 году - 19,5%). При этом, интеграция с учреждениями ПМСП очень слаба, а лечение практически выполняется специалистами туберкулезных больниц. В КР распространена практика приема подозрительных пациентов в ТБ-больницы даже на этапе первоначального проявления симптомов.

В настоящее время ни одно из существующих стационарных организаций не соответствует требуемым стандартам инфекционного контроля (NICE 2016). Комнаты для пациентов в основном перенаселены (от 3 до 6 пациентов в комнате), с длительным пребыванием (СПП). Не существует подходящей системы инфекционного контроля на местах, а также о более высоком риске внутрибольничной инфекции ТБ много написано в различных документах.

Финансирование туберкулеза включает в себя лекарства, лабораторное оборудование и материалы для диагностического тестирования и организовано через международные и донорские организации, в то время как государственный бюджет (через систему ФОМС) покрывает главным образом заработную плату персонала и содержание туберкулезных больниц.

Всемирная организация здравоохранения выступает за переход к амбулаторному лечению, поскольку оно дешевле и ориентировано на пациента. Более того, также наблюдается движение от чисто медицинского к многоаспектному, комплексному подходу, поддерживаемому Фондом

социальной и психологической поддержки больных туберкулезом, что особенно важно для пациентов, находящихся в сложных ситуациях и мало соблюдающих лечение, что ставит под угрозу их здоровье.

6.1.2 Рекомендации

- ПМСП (врачи, фельдшера, медсестры) должны играть все более важную роль в национальном контроле над туберкулезом посредством точного, своевременного выявления и направления на лечение в соответствии со стандартизированными схемами лечения, что снизит заболеваемость и передачу болезней и предотвратит развитие лекарственно устойчивого туберкулеза. Для этого они должны быть стимулированы за счет смешанных подушевых и дополнительных платежей, основанных на результатах.
- Следует сократить количество противотуберкулезных лабораторий; в то же время остальные объекты необходимо модернизировать технически. Учитывая, что обычно применяемое прямое исследование мазка с окрашиванием для диагностики туберкулеза является дешевым и простым в использовании, но имеет низкую чувствительность, ПЦР-тестирование является альтернативой. Однако его экономическую эффективность следует оценить до внедрения.
- Связь между ПМСП и специализированными противотуберкулезными службами на районном и региональном уровнях должна быть усилена для поддержки выявления и лечения больных ТБ. Предполагается достижение уровня 70% выявления туберкулеза и 85% лечения на уровне ПМСП, эти показатели должны регулярно (т.е. ежегодно) контролироваться.
- Внедрить изменения в платежные механизмы: на амбулаторном уровне от фиксированного финансирования на душу населения, до сочетания фиксированных и основанных на результатах механизмов возмещения расходов; на стационарном уровне до реального финансирования по конкретным случаям на основе КЗГ.

Стационарную противотуберкулезную помощь предлагается сконцентрировать в 3 или 4 (в зависимости от решения о межрайонной больнице в г. Кызыл-Кия) организациях комплексной помощи при респираторных заболеваниях, модель, внедренная в Таджикистане (бывшая туберкулезная больница в Мачетоне, ставшая передовым центром диагностики и лечения респираторных заболеваний). Эти организации будут лечить не только туберкулез, но и другие заболевания легких, такие как астма, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) или рак легких. Кроме того, предлагается сохранить ряд небольших областных организаций среднего уровня и два специализированных лечебно-реабилитационных центра для детей и подростков.

Будущая роль Национального центра фтизиатрии будет заключаться в преобразовании в Национальный центр респираторных заболеваний (включая неинфекционные заболевания, такие как астма, ХОБЛ и рак легких), чтобы избежать ограниченного внимания к ТБ с учетом ожидаемого эпидемиологического сдвига и действующих руководств по лечению, которые облегчают амбулаторное лечение туберкулеза. (более подробная информация изложена в приложении к отчету: Реорганизация противотуберкулезной помощи в КР)

6.2 Психиатрическая помощь

6.2.1 Анализ ситуации

Психиатрические больницы и центры почти полностью поглощают бюджет страны на психическое здоровье, но удовлетворяют относительно небольшую часть потребностей населения. По сравнению с другими странами число психиатрических коек невелико: 0,24 на 1000 человек

населения, тогда как в среднем по Евросоюзу - 0,72 / 1000. Кипр является единственной страной в Европе, где коэффициент ниже (0,2 на 1000). Данные о средней продолжительности пребывания (СПП) варьируются от 9,4 дня в Бельгии до 45,7 дня в Монтенегро, что указывает на различные подходы к лечению.

ВОЗ работает над переводом медицинской помощи с институциональной модели на базе больницы на уровне сообщества, благодаря которой психиатрическая помощь становится более доступной и менее стигматизирующей. Многие страны Центральной Азии, включая Казахстан, Кыргызстан, Туркменистан и Узбекистан, уже участвуют в реформах в области охраны психического здоровья. В Кыргызской Республике существуют политика и план в области психического здоровья, а также соответствующее законодательство и страна вступает на путь деинституционализации, перевода пациентов из государственных "психиатрических больниц" в общественные психиатрические центры.

Психические расстройства являются одной из самых больших и быстро растущих категорий бремени болезней во всем мире. Психиатрическая помощь в Кыргызской Республике по-прежнему преимущественно основана на стационарном уровне. Восемь психиатрических больниц/центров, большинство из которых находятся в довольно плохом состоянии с точки зрения инфраструктуры, которая не была реабилитирована или модернизирована в течение десятилетий, обеспечивают почти исключительно всю стационарную и амбулаторную помощь.

В сети больниц общего профиля в стране нет специализированных психиатрических отделений, а также нет признанных специалистов в амбулаторных условиях. Современные методы оказания помощи, такие как амбулаторные отделения, дневные стационары, приюты, находятся в стадии разработки.

Содействие деинституционализации требует значимого участия трех типов участников: правительственных чиновников, специалистов здравоохранения и местных экспертов. Прогресс в направлении деинституционализации зависит от партнерских отношений, сформированных между этими участниками и с различными заинтересованными сторонами, которые могут предоставить ресурсы и расширить экспериментальные проекты с учетом местных условий и потребностей населения. Больше внимания следует уделять стратегиям управления и реализации, которые используются для расширения лечебных и профилактических услуг.

Рекомендуется предоставлять стимулы и ресурсы, необходимые для реструктуризации служб первичной медико-санитарной помощи. В течение нескольких лет это, скорее всего, будет включать эксперименты с измененной нагрузкой, привлечение нового персонала в группы первичной медико-санитарной помощи, укрепление знаний и навыков существующих команд ПМСП, а также развитие совместных и консультативных взаимоотношений с экспертами в области психического здоровья. Кроме того, обучение должно быть основной задачей и соответствующим бюджетом.

Основная проблема заключается в увеличении финансирования психического здоровья, т.к. расходы чрезвычайно низки и предлагается добавить существенное финансирование для охраны психического здоровья на уровне сообщества, сохраняя при этом уровень финансирования для лечения на базе учреждения. Финансирование больниц психиатрической помощи в идеале должно быть пересмотрено, когда структуры, процессы и пациенты рассматриваются подробно.

6.2.2 Рекомендации

- Укрепление потенциала лечения на уровне ПМСП и признать психическое здоровье компонентом первичной медико-санитарной помощи.
- Сделать психотропные препараты доступными и обеспечить наличие 5 основных лекарств во всех профильных медицинских отделениях (хлорпромазин, флуфеназин, галоперидол, амитриптилин и диазепам).
- Включить диагностику и лечение распространенных психических расстройств в учебные программы всего медицинского персонала и обеспечить обучение врачей первичной медицинской помощи (не менее 50% охвата за 5 лет).
- Постепенно сокращать количество психиатрических больниц и разрабатывать программы частичной госпитализации (не на ночь, только в дневное пребывание), ориентированные на хронические психические заболевания и / или токсикоманию в амбулаторных условиях.
- Инициировать пилотные проекты по интеграции психиатрической помощи с общей медицинской помощью и закрыть тюремные психиатрические больницы.
- Объединить Республиканский центр психического здоровья с Республиканским наркологическим центром. Эта рекомендация требует тщательного изучения моделей оказания помощи и кадровых профилей обеих организаций, но обеспечит значительный потенциал для синергизма в клинических областях, которые связаны друг с другом.

6.3 Реабилитационные услуги

6.3.1 Анализ ситуации

Анализ организации и оказания реабилитационных медицинских услуг в Кыргызской Республике проведен на основе интегрированной клинической модели.

КНИИКиВЛ в с.Таш-Добо, находящееся близ Бишкека, в которой находится большая часть койко-мест (561 койка или 51,6%), в то время как другие организации оказывают помощь на койках от 30 до 105 койко-мест в каждом. 140 коек предназначены для реабилитации детей в двух организациях в Ошской и Чуйской областях.

Общая численность персонала в ОЗ реабилитационного профиля, составила 1 074 человек, из них КНИИКВЛ насчитывает 515 сотрудников на двух территориях в с. Таш-Добо и Бишкеке, т.е. приходится почти половина персонала, оказывающего помощь в области реабилитационного лечения. Персонал почти поровну разделен между медицинскими (52,1%) и немедицинскими (47,9%). Соотношение медсестры на врача составляет 2:1.

Согласно исследования, проведенного по заказу Международной финансовой корпорации (IFC) для оценки осуществимости создания государственно-частного партнерства (ГЧП) для оказания реабилитационных услуг в Кыргызской Республике, ни одно из реабилитационных организаций в республике не предоставляет комплексных реабилитационных услуг.

Доказательные протоколы в реабилитационном лечении в стране в основном отсутствуют, а стационары ограничиваются предоставлением «санаторно-курортных услуг», которые в основном сосредоточены на лечении различных болей в рамках общих лечебных мероприятий. Кыргызстан также испытывает нехватку квалифицированных реабилитационных кадров (специалистов, терапевтов и т.д.), способных предоставлять современные реабилитационные услуги при различных формах лечения. Это ухудшает качество медицинской помощи и результаты лечения пациентов.

КНИИКВЛ - основной реабилитационный центр в стране, является относительно устаревшей структурой, предоставляющей комплекс довольно базовых реабилитационных услуг, некоторых медицинских/хирургических и немедицинских услуг. Согласно результатам работы исследователей, из 572 групп заболеваний, которые находятся в ведении КНИИКВЛ, только 89 нуждались в стационарной помощи (15,6% от общего числа). Оставшиеся 22,7% не нуждались в реабилитационной помощи, а 61,7% можно было пролечить в амбулаторных условиях. Почти каждый четвертый пациент в КНИИКВЛ получает услуги, в которых он не нуждается, а также исходя из диагноза при поступлении, почти две трети из них можно было пролечить в амбулаторных условиях.

Согласно данному анализу, в Кыргызстане около 15 000 пациентов будут нуждаться в стационарных реабилитационных услугах, а еще 345 000 - в амбулаторной реабилитационной помощи. Для оказания услуг по реабилитации в стационарах потребуется 792 койко-места, что покрывается уже существующим потенциалом. С другой стороны, амбулаторные службы в настоящее время способны обслуживать только около 70 000 пациентов, для чего требуется значительное количество дополнительных помещений для удовлетворения предполагаемых потребностей в обслуживании.

6.3.2 Выводы

Подводя итог, можно сделать следующие выводы:

- недостаточный потенциал для предоставления реабилитационных амбулаторных услуг и ненужный перебор пациентов в стационарном реабилитационном лечении.
- кроме того, имеющийся персонал недостаточно хорошо подготовлен для оказания доказательной стационарной реабилитационной помощи, предлагается только несколько видов лечения, устаревшие протоколы лечения, не всегда основанные на доказательствах.
- доступно только базовое оборудование, очень мало новой аппаратуры в сравнении с современными видами оборудования, используемых в современных реабилитационных центрах.
- устаревшая инфраструктура, требующая 11,5 млн. долларов США на ремонт и реконструкцию.

6.3.3 Рекомендации

- Разработать полностью интегрированную модель реабилитационных услуг для детей. Нынешняя модель основана на длительном пребывании в стационаре (до 4 месяцев в году), с чередующимся периодами, когда в амбулаторных условиях или на дому оказывается малое количество услуг, или совсем не оказывается. Эти организации должны быть преобразованы в отделения соседних территориальных или региональных больниц по образцу реабилитационного отделения с. Ак-Суу Иссык-Кульской объединенной областной больницы.
- В сотрудничестве с Кыргызским государственным медицинским институтом переподготовки и повышения квалификации (КГМИПиПК) пересмотреть учебные планы, теоретическую и практическую подготовку специалистов по реабилитации в рамках их переподготовки и непрерывного профессионального развития. Внедрить программу переподготовки и обучения по современным программам в реабилитации.
- Будущая роль Кыргызского научно-исследовательского института курортологии и восстановительного лечения будет основываться на технико-экономическом обосновании ГЧП. Если будут выбраны механизмы ГЧП, он они должны учитывать не только

КНИИКВЛ, но и все те предполагаемые 792 койки, которые необходимы для оказания стационарных реабилитационных услуг в стране. Партнер по ГЧП должен помочь МЗ разработать интегрированную модель предоставления реабилитационных услуг, учитывающую непрерывность услуг в стационарах, отделениях дневной и/или амбулаторной помощи, связанной со стационарными организациями, и на базе сообществ, амбулаторных реабилитационных услуг на дому. Если подход ГЧП не будет выбран, рекомендуется нанять международного консультанта для консультации по новой модели лечения, протоколам и руководствам, трансформации инфраструктуры, развитию персонала и сопутствующим мерам.

6.4 Экстренная медицинская помощь

6.4.1 Анализ ситуации

Обзор

Службы экстренной медицинской помощи (ЭМП) широко варьируются от страны к стране из-за различий в организации их соответствующих систем здравоохранения, в механизмах финансирования и имеющихся средствах, а также в географической доступности как населенных пунктов, так и самих больниц.

Анализ ситуации в Кыргызской Республике показал следующее:

- Службам экстренной медицинской помощи в Кыргызстане не хватает системного подхода и центрального координационного механизма, что влияет на организацию и предоставление (качественной) медицинской помощи.
- Отсутствие ресурсов (финансовых, квалифицированных сотрудников, функционального и современного оборудования) снижает эффективность служб ЭМП, а расположение пунктов скорой помощи и количество бригад в этих точках не позволяют обеспечить всеобщий доступ к экстренной медицинской помощи.
- Отсутствие отделений экстренной медицинской помощи в ЦОВП, территориальных и областных больницах, а также отсутствие специализированных служб экстренной помощи, таких как экстренные вмешательства при сердечно-сосудистых заболеваниях, представляют собой значительный пробел в реагировании на экстренные ситуации.
- Принцип оказания медицинской помощи на дому бригадой скорой помощи не был заменен моделью, в которой цель состоит в том, чтобы выбрать случаи, требующие срочной транспортировки в больницу для оказания экстренной помощи.

Отсутствие центральной организации, координирующей предоставление ЭМП, привело к фрагментации службы ЭМП (например: часто отсутствует координация между диспетчерской 103, бригадами скорой помощи, больничными и травматологическими пунктами). Кроме того, отсутствует единая нормативно-правовая база, недостаточное финансирование, устаревшие машины скорой помощи и оборудование, а также отсутствует непрерывное медицинское образование для всего персонала скорой помощи.

Дублирование сбора и анализа данных ФОМС и Центром электронного здравоохранения приводит к разногласиям и расхождениям в анализе и оценке работы службы ЭМП. Есть неопределенность в понятиях и названиях служб экстренной помощи, например: догоспитальный и госпитальный этапы экстренной медицинской помощи имеют одно и то же название: экстренная медицинская помощь.

Кадры

Согласно действующему законодательству, для обеспечения круглосуточного обслуживания каждую машину скорой помощи должны обслуживать четыре бригады; однако в 60 точках размещения (39%) бригады не работают круглосуточно из-за недостаточной численности персонала, особенно в отдаленных районах с низкой плотностью населения.

В настоящее время в системе неотложной медицинской помощи на национальном уровне задействовано в общей сложности 2760,5 штатных единиц. Почти половина из них (> 46%) - фельдшеры. Их используют как в качестве выездного персонала, так и диспетчеров. Текущее положение требует, чтобы в фельдшерскую бригаду входило как минимум два фельдшера (или 1 фельдшер и 1 медсестра), во врачебную общепрофильную бригаду должен входить 1 врач и 1 средний медицинский работник, а в специализированных бригадах число среднего медперсонала увеличивается до двух. Врачи составляют менее 10% от общей численности персонала. Врачебные бригады специализированной медицинской помощи есть только в Бишкеке и Оше.

Местоположение

На районном уровне бригады скорой помощи размещаются в пунктах скорой помощи, расположенных в ЦСМ, или в отдельных местах, в зависимости от необходимости, для обеспечения географического охвата.

Финансирование

Эксплуатационные расходы службы СМП покрываются из различных источников: ФОМС, местный (муниципальный) бюджет и другие. ФОМС использует схему финансирования на основе затрат, которая состоит из фиксированной годовой суммы, выплачиваемой каждой бригаде. В настоящее время на 1 бригаду скорой помощи, независимо от ее вида и количества специалистов, работающих в этой бригаде, предусмотрено 569 300 сома или 2 277 200 сом на один круглосуточно работающий пост, всего около 357 500 000 сомов для 682 (из 745) бригад. Однако этой суммы недостаточно для финансирования службы ЭМП, и она не покрывает всех возникших затрат.

Теоретически местные органы власти могут дополнять этот бюджет при условии наличия средств и одобрения со стороны советов местного самоуправления. В настоящее время только мэрия Бишкека выделяет средства на ЭМП. В 2018 году субсидии Бишкекского городского Кенеша составили 13% операционного бюджета Бишкекского городского центра ЭМП.

Зона обслуживания

Соотношение численности населения на бригаду скорой помощи колеблется от 12 500 человек в Таласе до 32 700 человек в Ошской области. В среднем по стране 21 807 человек на машину и команду. Однако некоторые машины скорой помощи сломаны, а некоторые не могут работать круглосуточно из-за недостаточного количества членов экипажа. Следовательно, существующие бригады могут эксплуатировать только 185 автомобилей (738/4), что дает одну (функциональную) машину скорой помощи на 34 608 человек, что близко к официально рекомендованному соотношению 36 000 на автомобиль и команду.

Связь, диспетчер и направление

Каждый ЦСМ / ЦОВП отвечает за работу диспетчерского центра, управляющего входящими вызовами службы экстренной помощи из соответствующего района по бесплатным телефонным номерам 103 и 112. У каждого пункта скорой помощи есть свой номер, и диспетчерский центр может с ними связываться только индивидуально. Часто бывает, что команды ЭМП, при-

бывающие на место происшествия, часто не знают, чего ожидать в плане, например, количество пострадавших и их состояния. Они также не знают, в какие больницы следует направлять пациентов. Эта ситуация приводит к задержкам, которые ставят под угрозу своевременную помощь.

В связи с вышеизложенным, люди часто добираются до пункта скорой помощи или больницы на собственном транспорте, минуя районную службу скорой помощи. Это приводит к большому количеству прямых визитов в пункты скорой помощи (станции скорой помощи) и низкому уровню выездов бригад скорой помощи (на места происшествия). В Баткенской области 50% всех контактов приходилось на пациентов, посещавших пункты скорой помощи для консультации (амбулаторные визиты); в Джалал-Абаде - 35%, и только в Бишкеке доля амбулаторных посещений была <10%. Кроме того, недостаточно консультируются пациенты, обращающиеся в скорую помощь по телефону; из 63 176 зарегистрированных телефонных консультаций ЭМП в 2018 году 89% (56 038) были проведены в Бишкеке.

Низкая доля госпитализаций (всего 12,8% от всех случаев с участием бригад скорой помощи) свидетельствует о низком качестве сортировки вызовов (в Бишкеке доля госпитализаций составляет 35,8%, в Чуйской области и Оше - от 15 до 16%, а в других регионах - менее 10%). Кроме того, очень много людей, имеющих острые состояния, которые обращаются в больницы самостоятельно.

В Таласе из всех неотложных состояний, оказываемых в больницах, только каждый пятый пациент был доставлен на машине скорой помощи. В среднем по стране только треть всех случаев неотложной помощи была доставлена бригадами скорой помощи, в то время как международные контрольные показатели предполагают долю в 70%.

По примеру Бишкека следует создать центры управления и контроля ЭМП, оснащенные современными коммуникационными технологиями и компетентным персоналом, по крайней мере, на областном уровне для улучшения управления вызовами службы экстренной помощи и обеспечения адекватного медицинского реагирования.

Отделения экстренной помощи в стационарах

Одной из наиболее важных проблем в обеспечении ЭМП является отсутствие отделений экстренной медицинской помощи в большинстве больниц и ЦОВП. Лишь в нескольких больницах созданы такие отделения, такие как Жайылская Объединенная Территориальная Больница, Иссык-Кульская Областная Объединенная Больница, а также больницы Ошской области и г. Ош. Тем не менее, такие ОЭМП необходимы во всех общепрофильных (территориальных и областных) больницах для обеспечения адекватной диагностики и лечения экстренных состояний в соматике и хирургии (междисциплинарная оценка пациента, который может поступить в коматозном состоянии, немедленное лечение опасных для жизни травм или заболеваний, подготовка больного к дальнейшему лечению или транспортировке).

В городах Бишкек и Ош ситуация иная, так как в обоих городах есть сети специализированных организаций, которые могут оказывать специализированную ЭМП. Решение о направлении пациента в больницу принимается бригадой ЭМП. В Бишкеке насчитывается более 20 больниц, куда могут быть доставлены пациенты в зависимости от заболевания / патологии конкретного случая.

Обучение

Обучение персонала службы ЭМП имеет решающее значение для оказания высококачественной помощи. Врачи ЭМП проходят обучение по программе резидентуры в области экстренной

медицинской помощи (ординатура) и непрерывного профессионального развития (НПР). Аналогичные программы также предлагаются для фельдшеров, медсестер и водителей ЭМП.

Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации (КГМИПКиК) имеет программы переподготовки и НПР для различных категорий сотрудников экстренной медицинской помощи. Двухнедельные курсы также включают симуляцию и практические занятия. КГМИПКиК имеет отдельный учебный центр экстренной медицинской помощи, который хорошо оснащен манекенами, расходными материалами, дефибрилляторами, мониторами, ЭКГ, ларингоскопами и т. д.

Помимо КГМИПКиК, Бишкекский ЦЭМ также проводит свои учебные программы. Он в основном служит потребностям Центра, как учебного заведения для студентов-медиков, а также постоянному профессиональному развитию своего персонала. Центр предлагает многоуровневую программу по экстренной медицинской помощи, предназначенную для врачей, студентов-медиков, медсестер и немедицинского персонала.

Информационные системы экстренной медицинской помощи

Информационные системы экстренной медицинской помощи (ИСЭМП) важны для эффективной и действенной организации ЭМП. Бишкекский ЦЭМ тестирует разработку. При финансовой поддержке, предоставленной мэрией, и в сотрудничестве с местным разработчиком программного обеспечения, Бишкекский ЦЭМ создал комплексную и интегрированную систему ИСЭМП. Система ИСЭМП может быть дополнительно улучшена за счет интеграции интерфейса, который позволит передавать данные в информационные системы принимающих больниц (связь с больничными информационными системами), и лучшей интеграции различных инструментов связи, используемых центром, таких как радиостанции, планшетные ПК и мобильные телефоны. ИСЭМП Бишкека представляет собой современное решение, которое должно быть распространено на другие регионы Кыргызской Республики для улучшения координации и документирования вызовов и ответов ЭМП.

6.4.2 Рекомендации

Организационная структура

Система ЭМП должна быть основана на интегрированной модели, которая широко включает:

- управление и организация (менеджмент и администрация, а также учреждения, участвующие в оказании помощи)
- коммуникации, догоспитальная помощь и транспорт (система приема звонков, сортировка и первое реагирование, направление)
- оказание помощи в организациях здравоохранения (стационарное лечение в ОЭМП, травматологических и др. специализированных центрах - инсульт, ОИМ и др.)
- персонал, необходимый для предоставления ЭМП (врачи, медсестры, фельдшера и другой медицинский персонал, водители и администраторы)
- системы информации и поддержки (управление данными и информацией, мониторинг и оценка - эффективность предоставления ЭМП)
- финансирование (финансовые требования, бюджетный подход или плата за услуги)
- информированное и обученное население (общественные кампании по экстренной медицинской помощи и мерам первой помощи, определение и обучение «лиц, оказывающих первую помощь»)

Все вышеперечисленное следует учитывать при реформировании системы ЭМП для улучшения ее клинических характеристик (своевременное и соответствующее реагирование) и экономической эффективности.

В Кыргызской Республике действуют 52 больницы общего профиля (включая республиканские, областные и территориальные больницы). Чтобы обеспечить удовлетворительное покрытие услугами ЭМП, мы рекомендуем создать и оборудовать междисциплинарные ОЭМП в каждой из этих больниц (если они еще не функционируют).

Конечно, нельзя полностью избежать региональных различий в доступе к экстренной медицинской помощи на уровне перенаправления, но существующий разрыв между уровнем помощи ЭМП, оказываемой в городских центрах Бишкек и Ош, с одной стороны, и в остальных областях страны, можно уменьшить.

Автомобили ЭМП

На момент проведения оценки (декабрь 2019 г.) в эксплуатации находилось 315 машин скорой помощи, но только 119 из них имели менее 10 лет эксплуатации. С учетом рекомендуемого количества 24-часовых постов (229) требуется парк из 229 автомобилей, что подразумевает замену 118 автомобилей, 9 из которых предназначены для специализированных бригад.

Учитывая цену в 50 000 долларов США на машину скорой помощи для общепрофильных бригад и 90 000 долларов США на машины скорой помощи для специализированных бригад, общие инвестиции, необходимые для создания подходящего автопарка, составят 6,2 миллиона долларов США.

- $[109 \text{ машин}] * [\$ 50\,000] = \$ 5\,450\,000$
- $[9 \text{ машин}] * [\$ 90\,000] = \$ 810\,000$

Кроме того, необходимо предусмотреть резервные машины скорой помощи, по крайней мере, по одной на район (46 на всю страну), а также санитарные машины для отдаленных населенных пунктов (47 машин на страну). Предполагая, что численность населения увеличится на 1,21%, для поддержания исправного парка потребуется регулярная закупка около 2 машин скорой помощи каждый год.

Кадры

Перераспределение персонала может помочь в достижении цели охвата без увеличения затрат: два фельдшера (парамедики и / или квалифицированные медсестры) могут работать в одной машине скорой помощи. Водителей можно обучить оказанию экстренной медицинской помощи и работе санитаров. ЭМП следует сосредоточить на реальных экстренных ситуациях и избегать оказания первичной медицинской помощи на дому. Врачи присоединятся к команде только по мере необходимости (система рандеву), когда бригада скорой помощи, оказавшись на месте, вызовет врача, если они не могут справиться с ситуацией самостоятельно.

Центр координации и управления

Создание Центра управления и контроля (ЦУК) ЭМП для города Бишкек было частью более крупного проекта. Подобные проекты разрабатываются для городов Ош и Каракол. Затраты на компонент ЦУК должны использоваться в качестве ориентира для расчета инвестиционных потребностей в других регионах. Создание национального координационного центра с региональными отделениями может быть долгосрочной целью.

Финансирование

Проблема с финансированием, основанным на затратах, заключается в том, что оно не дает никаких стимулов для повышения эффективности и результативности ЭМП.

Поэтому мы предлагаем обсудить и оценить политическую осуществимость альтернативных моделей финансирования. Примерные расчеты показали, что для нормального функционирования мобильных бригад сегодня необходимо:

- Для фельдшерских бригад: 4 308 320 сомов в год на 1 круглосуточный пост
- Для общепрофильных бригад: 4 386 080 сомов в год на 1 круглосуточный пост
- Для специализированных бригад: 5 206 420 сом в год на 1 круглосуточный пост
- За пост приема и сортировки звонков для обслуживания до 150 тысяч человек - 528 640 сомов в год.

Альтернативные методы финансирования могут основываться на следующих принципах:

В целях гарантии *доступности и достигаемости* ЭМП по всей стране, ФОМС уплачивает базовую (годовую) плату с учетом количества обслуживаемых людей (≈ 1 доллар США на душу населения) плюс бонус в размере 10-20% на основе достижения КПЭ, например быстрое реагирование, уменьшение количества ненужных визитов на дом, смертность в течение первых двух часов после вызова службы экстренной помощи и т. д.

Для того, чтобы гарантировать наличие ресурсов для качественной неотложной помощи, за фактическую услугу, оказываемую пациенту, может взиматься плата по следующей схеме:

50 сомов за простую телефонную консультацию (обученный фельдшер / медсестра)
150 сомов за расширенную телефонную консультацию (у врача) - это также может быть плата за амбулаторную консультацию в пункте ЭМП
500 сомов за домашний визит / ложный вызов
1500 сомов для транспортировки пациента в больницу

Финансирование станет ориентированным на конечный результат, то есть ЭМП будет выдавать счета ФОМС на основе вышеупомянутых категорий обслуживания. Это позволило бы постепенно направлять предоставление услуг посредством политики и стратегий ценообразования и возмещения расходов и соответствующего распределения ресурсов. Следует отметить, что частные автомашины ЭМП предлагают свои услуги в последней категории по приемлемой цене, поэтому можно предположить, что с помощью этой системы можно достичь покрытия расходов.

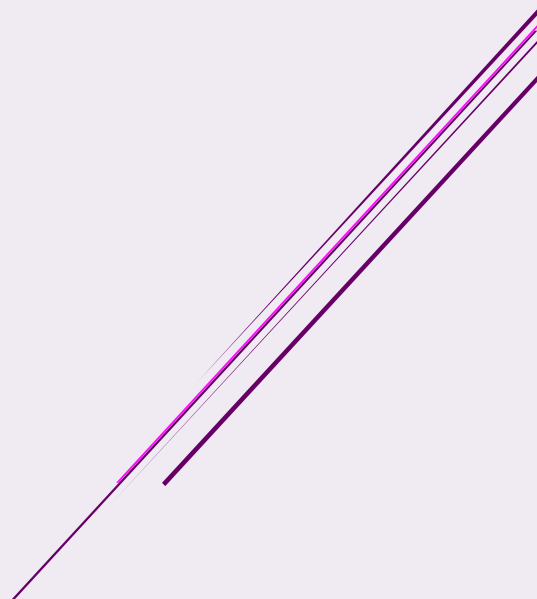
Плата за систему обслуживания также может быть дополнена бонусной выплатой, основанной на достижении показателей эффективности, для контроля за предоставлением услуг в системе и предотвращения перехода к более высокому (и ненужному) количеству госпитализаций. Другой фактор смягчения может быть связан с расстояниями, то есть более низкие ставки будут выплачиваться в Бишкеке, а более высокие ставки будут выплачиваться в сельских районах, где большие расстояния приводят так же к более высоким затратам. Мониторинг ЭМП и электронные карты могут помочь определить дистанции стандартным способом и избежать ценовых манипуляций.

Идея состоит в том, чтобы создать схему финансирования, которая привела бы систему ЭМП к повышению эффективности (сокращение времени реагирования, снижение смертности от случаев ЭМП) и эффективности (избежание ложных вызовов и ненужных госпитализаций). Одна-

ко оба предложенных подхода требуют реорганизации ЭМП в качестве независимой (публичной и негосударственной или частной) организации, которая будет управлять своим бюджетом и предоставлять услуги на основе контрактной (трехсторонней) договоренности с МЗ и соответствующим муниципалитетом.

Следует отметить, что организационная независимость объекта, предоставляющего ЭМП, не противоречит их интеграции в ИСПУ на районном и областном уровнях для обеспечения бесперебойной координации и эффективного сотрудничества в управлении экстренными ситуациями.

7 ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



7 ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

7.1 Текущая ситуация

Система здравоохранения в Кыргызстане финансируется из государственных, частных и внешних источников. Государственное финансирование поступает из республиканского и местных бюджетов, а также отчислений из фонда заработной платы в Фонд обязательного медицинского страхования при Правительстве КР (ФОМС). Внешнее финансирование предоставляется через механизм Широкосекторального подхода (SWAp) двусторонними и многосторонними партнерами по развитию (ВБ, KfW, Швейцарское бюро по развитию и др.) или через финансирование отдельных проектов на основе двусторонних соглашений.

ПГГ определяет доступ к (льготной) медицинской помощи населению, в котором содержится обширный список категорий людей, имеющих право на различные формы льгот (72), включая беременных женщин и детей в возрасте до пяти лет, но правительственные обязательства не всегда покрываются адекватными финансовыми ресурсами.

Неотложные медицинские услуги (ЭМП) предоставляются всем гражданам бесплатно, включая предоставление лекарств и ИМН, но наличные платежи поддерживают предоставление дорогостоящих услуг, таких как компьютерная томография и МРТ, хирургическое вмешательство и т.д. Вторая по величине доля наличных выплат от населения приходится на диагностические услуги. Существенные различия (200-500%) наблюдаются между стоимостью возмещения, утвержденной ФОМС, и стоимостью, запрашиваемой частными лабораториями. Вовлечение частных лабораторий в закупку диагностических услуг требует от государства выполнения регулирующих функций и контроля стандартов и цен. При наличии соответствующих механизмов заключения договоров, нужно пересматривать прайс-листы, чтобы гарантировать населению более справедливые цены.

Неравномерное распределение финансового бремени, связанного с медико-санитарной помощью, можно продемонстрировать с помощью социально-экономического градиента, показывающего, что 31% бюджета домохозяйства на душу населения расходуют средства на здоровье из кармана, и приблизительно 40% расходов из кармана частных домохозяйств приходится на приобретение лекарств. Несмотря на то, что НДС на лекарства был снижен, удешевление лекарств не произошло.

Объем средств, которые государство выделяет на здравоохранение, во многом зависит от экономической ситуации. В 2017 году государственные расходы на здравоохранение в Кыргызстане составили 3,1% ВВП или 25 долларов США на душу населения (должно быть не менее 5% в соответствии с требованиями ВОЗ).

Сооплата была введена для пациентов, застрахованных по ОМС, с целью сокращения неофициальных платежей медицинскому персоналу, особенно за хирургические вмешательства и ограничение запросов пациентов на ненужные услуги, а также для развития рациональной, доказательной медицины.

Тем не менее, все формальные и официальные источники финансирования, пусть даже вместе взятые, не смогут полностью покрыть расходы на медицинское обслуживание, по этой причине все расходы ЧРНЗ (включая как наличные платежи и неформальные платежи) продолжают оставаться значительными.

Формальное введение ориентированных на результат платежей для больниц за стационарные услуги и переход от постатейного бюджета к общему бюджету для организаций здравоохранения, а также ограниченные возможности по предоставлению автономии управления и финансирования, не позволяют организациям здравоохранения улучшить условия предоставления медицинских услуг (инфраструктура и оснащение оборудованием).

Большинство больниц продолжают получать бюджет только для покрытия фактических расходов и оплату услуг за пролеченный случай с использованием КЗГ. Более 60% средств, расходованных на здравоохранение, направляются на поддержание работы больниц, из них более 70% идет на заработную плату. Учитывая, что больницы являются самой дорогой формой медицинской помощи, такое распределение средств неэффективно. По-прежнему расходы на капитальные вложения составляют низкую долю в структуре Общих государственных расходов на здравоохранение (ОГРЗ).

Перечень и коэффициенты по доступным типам КЗГ разработаны, но используются только для мониторинга работы Поставщиков медицинских услуг. В настоящее время ФОМС управляет государственным бюджетом, но не выполняет роль в качестве стратегического Покупателя, преследующего роль повышения эффективности. Механизмы укрепления стратегических закупок медицинских услуг, как у государственных, так и у частных поставщиков находятся на ранней стадии разработки и требуют дальнейшего совершенствования.

Механизмы финансового планирования и распределения средств не ориентированы на потребности/результаты и определяются на основе предыдущих бюджетов, которые использовались для финансирования существующей сети организаций здравоохранения. Также, поступления от сооплаты и наличных платежей включены в бюджет больницы, что ограничивает возможность получения большего размера дохода, поскольку при превышении сумм, установленных в бюджетном плане, требуется внесение изменений и в финансовые документы, дополнительные переутверждения планов и т.д.

Несмотря на то, что в 2010/11 годах заработная плата работников здравоохранения значительно возросла, существующая система оплаты труда не обеспечивает привлекательных финансовых стимулов для удержания медицинского персонала, особенно в сельских местностях. Заработная плата составляет более 70% бюджета здравоохранения, но продолжает оставаться низкой, потому что повышение заработной платы поглощается растущей инфляцией и составляет всего 78% от средней суммы по стране, а для молодых врачей и для среднего медицинского персонала она еще намного ниже. На уровне ПМСП уровень заработной платы не учитывает рабочую нагрузку, обслуживание населения 1000 или 1500 человек не имеет значения для уровня заработной платы. Это одна из основных причин популярности неофициальных платежей.

ВОЗ определяет финансирование здравоохранения как один из шести «строительных опор» любой системы здравоохранения вместе с ее управлением, кадровыми ресурсами здравоохранения, медицинскими технологиями, управлением данными и информацией, а также предоставлением услуг. Существуют цели повышения эффективности распределения ресурсов («выбирать правильные решения») и технической эффективности («делать правильные шаги»).

Таким образом, предполагаемые изменения системы финансирования должны быть включены в более широкую концепцию реформы, охватывающую все аспекты предоставления медицинских услуг: доступность, приемлемость и качество. Инфраструктура и технологии могут и должны играть важную роль в улучшении здравоохранения, но они должны быть прочно интегрированы в разумную концепцию финансирования и управления здравоохранением.

Некоторые из следующих проблем являются общими практически для всех стран, в то время как другие характерны только для Кыргызстана:

- Устойчивая структура бюджета и жесткие бюджетные линии и правила ограничивают возможность перераспределения ресурсов. Суть эффективности распределения ресурсов заключается в способности быстро перемещать ресурсы туда, где они будут оказывать более сильное влияние.
- В Кыргызстане по-прежнему существует культура «подчинения и контроля», а не «управления для достижения результатов», хотя ситуация медленно, но меняется. Централизованное управление системой здравоохранения ограничивает самостоятельность и гибкость реагирования на проблемы, возникающие на уровне области, района, организации или службы. Предоставление большей автономии при одновременном обеспечении ответственности за результаты является важной стратегией реформы. Это требует обучения и постоянного наращивания потенциала.
- Необоснованные платежи, т.е. врачи получают дополнительную оплату за пациентов. ЮНИСЕФ и ФОМС ввели другую систему оплаты и смогли значительно сократить показатель СПП, для детей (отделения краткосрочного пребывания).
- Несмотря на приемлемое соотношение врачей/1000 человек населения, географическое распределение медицинских работников недостаточно сбалансировано. Значительное число выпускников не завершают свои двухлетние обязательства отработки в сельской местности, а студенты-медики, получающие государственные стипендии уезжают на работу за границу, представляя собой значительную утечку государственных ресурсов.
- Злоупотребление служебным положением, внутрибольничные инфекции и отсутствие конкретно обозначенных подходов к ведению пациентов подрывают эффективность и действенность услуг в здравоохранении. Многие пациенты без необходимости попадают в больницу, в то время как другие, которые серьезно пострадали в случаях, например, острый инфаркт миокарда или инсульт, не получают необходимую им помощь.
- ИТ-отделы не прилагают достаточные усилия на сбор и отслеживание использования ресурсов при различных вмешательствах. Поэтому трудно связать затраты-выгоды в причинно-следственной цепочке в связке с годовыми бюджетами или среднесрочными рамками расходов.
- Администрация организации здравоохранения вынуждена тратить много времени на процесс закупок: это одна из причин неэффективности, как для поставщиков товаров, так и для министерства.
- Экономическая эффективность глобального бюджетного подхода вызывает споры, потому что он не всегда использовался для наиболее рентабельных вмешательств в первичной медико-санитарной помощи; это так же не оптимально для тех, кто больше всего нуждался в финансовой поддержке.

7.2 Реформирование финансирования здравоохранения – Стратегический подход

7.2.1 Анализ и расширение существующих источников финансирования

Система финансирования здравоохранения должна обеспечивать доступность средств с использованием схем возмещения затрат для поставщиков, которые улучшат как доступ, так и качество медицинских услуг. Независимый орган, такой как ФОМС, должен управлять и распоряжаться всеми имеющимися финансами здравоохранения для покрытия эксплуатационных

расходов на услуги здравоохранения независимо от правительства/министерства здравоохранения, которые также нуждаются в дальнейшем укреплении.

Взносы официально застрахованных лиц не покрывают предоставление услуг остальному населению, которое является крупнейшим неохваченным сектором в стране. Взносы должны быть получены от ВСЕХ взрослых лиц, не охваченных ОМС, чтобы иметь право на получение помощи в последующем. Отказ может быть введен только для бедных слоев населения. В 2018 году население Кыргызстана составляло около 6,3 миллиона человек, 62% из которых - люди трудоспособного возраста. При этом, отчисления по ОМС производят только около 500 000 человек и сумма составляют 2,4 млрд.сомов, а потенциальное количество людей для оплаты ОМС составляет 2,4 млн. человек. При средней ставке взноса ОМС в размере даже 1%, дополнительные доходы могут достигнуть до 6 млрд. сомов.

Процент от НДС

Предлагается введение и использование два процента плюс к действующему НДС для целей поддержки здравоохранения. Это будет адресный налог, предназначенный только для финансирования системы здравоохранения.

Налог на товары роскоши

В настоящее время в Кыргызстане зарегистрировано около 1,5 миллиона автомобилей при ежегодном налоге на эти автомобили в размере 1000 сомов, приведет к получению 1,5 млрд. сомов в год. Учитывая значительное количество случаев и травм в результате дорожно-транспортных происшествий и загрязнения воздуха, такой налог на здоровье оправдан. Кроме того, в Кыргызстане 7,2 миллиона абонентов мобильной связи (у многих людей имеются два SIM номера или более); налогообложение за использование SIM-карты стоимостью 50 сомов в год добавит 360 миллионов сомов в год.

Налог на табак

Поскольку существует широко общественное согласие относительно необходимости принятия срочных и решительных мер по борьбе против табака, акцизный сбор должен быть повышен как минимум до 7,5% от розничной цены, как это рекомендовано ВОЗ. Поскольку средняя стоимость пачки сигарет в настоящее время составляет около 75 сомов, то можно добавить 5 сомов. При среднем потреблении около 25 упаковок на человека в год это приведет к дополнительным акцизным доходам в 780 млн. сомов в год.

Налог на алкоголь

Текущие доходы от акцизов на алкоголь составляют около 1,1 млрд сомов в год; если на здравоохранение будут взиматься дополнительные 10%, это приведет к дополнительным доходам в размере около 100 млн. сомов (включая желаемое сокращение потребления).

Налог на сахар

К примеру, в Великобритании налог на сахар привел к доходам около 240 миллионов фунтов стерлингов в год. Учитывая национальный ВВП и численность населения Кыргызстана, такой налог может составить 170 млн. сомов в год для здравоохранения.

Налог на билеты по авиаперелетам

Предлагается взимать 500 сомов за каждый международный взлет/посадку. Приблизительно 1 миллион пассажиров в год принесет общий доход в 500 миллионов сомов.

7.2.2 Улучшение механизмов возмещения затрат для поставщиков медицинских услуг

Адекватная система возмещения расходов Поставщикам услуг является ключевым фактором для системы финансирования, с целью повышения эффективности предоставления услуг. Предлагаемая схема возмещения расходов различает первичную медицинскую помощь, которая будет покрываться за счет подушевой оплаты (на одного человека, проживающего в зоне обслуживания ПМСП и приписанного учреждением) и вторичной медицинской помощи, где предлагается упрощенная система КЗГ.

Для автономной и ориентированной на качество/результат бюджет Поставщиков услуг, предлагается заменить постатейную систему оплаты на оплату по системе диагностики, посредством применения КЗГ в качестве механизма оплаты для стационарной помощи, с включением услуг дневного ухода.

Схема финансирования здравоохранения, основанная на упрощенной системе КЗГ (только производственные расходы), поможет контролировать расходы больниц и заставит сами больницы нести ответственность за качество своих услуг. Эта комбинированная модель финансирования «КЗГ+подушевая оплата» должна быть проанализирована и при необходимости доработана. Для эффективного внедрения такой модели необходимо провести всесторонний анализ затрат как основу для установления адекватных цен и типов медицинских услуг, их следует определить и стандартизировать с использованием руководств и клинических протоколов. Эпидемиологические данные по Кыргызстану указывают на сдвиг в сторону сердечно-сосудистых и других хронических заболеваний. Хорошо известно, что из 100% всех затрат на здравоохранение только 20% идут на лечение пациентов, и большинство из них расходуются пациентами с хроническими заболеваниями.

Управление качеством (УК) и сертификация больниц должны стать обязательными. Управление качеством основано на подходе, ориентированном на пациента, и является новой областью для большинства медицинских работников в Кыргызстане; Следовательно, необходим поэтапный подход - внутренний сравнительный анализ приема пациентов, ведения случаев и межклинических отделений (неотложной помощи, интенсивной терапии, диагностики и т. д.). Стандартная самооценка с использованием рекомендаций ISO 9001: 2000 может предоставить больницам рентабельный способ определения их потребности в улучшении.

Стоимость услуг должна рассчитываться «снизу вверх» на основе клинических протоколов, фактических цен на товары и лекарства, фактических капитальных затрат и амортизационных отчислений. Это также требует четкого определения пакета услуг, охватываемых ППГ.

7.2.3 Продвижение интегрированной модели оказания медицинской помощи

Существует ряд международных примеров, когда ответственная структура устанавливалась ответственным органом за развитие инфраструктуры здравоохранения. Существуют примеры создания Фонда развития инфраструктуры здравоохранения (ФРИЗ) для эффективного управления потребностями в капиталовложениях.

Управление по развитию инфраструктуры здравоохранения Пенджаба - это автономный орган, созданный для планирования, проектирования, строительства и обслуживания общественной инфраструктуры в провинции. Это специализированная организация, освобожденная от налогообложения, установленного для субъектов государственного сектора. Его цель - разработать и реализовать крупные инфраструктурные проекты для системы здравоохранения и кон-

тролировать их, чтобы они выполнялись эффективно и прозрачно, без ущерба для качества, задержек и т.д.

Правительство штата Бихар в Индии учредило Бихарскую корпорацию здравоохранения и инфраструктуры под эгидой Министерства здравоохранения с целью повышения доступности качественных лекарств, закупаемых по конкурентоспособным ценам, предоставления медицинских услуг, а также строительства и обслуживания медицинских учреждений.

Провинция Виктория, Австралия, учредила Региональный фонд развития инфраструктуры здравоохранения, который с 2016 года предоставляет гранты для расширения возможностей инфраструктуры и повышения безопасности, качества и эффективности медицинской помощи.

Эти международные примеры показывают, что существует опыт создания, специализированного государственного, но независимого органа для эффективного управления закупками работ, товаров и услуг для более крупных проектов и программ развития организаций здравоохранения. В Кыргызской Республике такой фонд мог бы помочь объединить средства из разных источников, включая различные двусторонние и многосторонние партнерские программы по развитию и привести эти вклады в единое русло и в соответствии с национальными приоритетами.

На более позднем этапе может быть интересно и целесообразно изучить возможность государственно-частного партнерства (ГЧП) в качестве механизма финансирования проектов, требующих значительных начальных инвестиций, таких как: диагностические центры, лаборатории, ЦСО, центры гемодиализа, реабилитация и др.

7.2.4 Создание Совета по политике здравоохранения

Учитывая политическую сложность предполагаемого процесса реформ, предлагается создать Совет по политике здравоохранения, состоящий из представителей Министерства, ФОМС, поставщиков медицинских услуг и других заинтересованных сторон, таких как Министерство финансов и др. Совет может возглавляться Минздравом, но должен оставаться независимым, чтобы создать здоровую платформу и действовать как форум для обсуждения основных аспектов оказания медицинской помощи и реформ системы здравоохранения. Совет может сыграть решающую роль в определении пакета льгот, аккредитации поставщиков медицинских услуг, внедрении систем и инструментов управления качеством, оценке медицинских технологий и непрерывного медицинского образования.

7.3 Реализация реформ финансирования здравоохранения

Реформа финансирования здравоохранения может быть реализована в три этапа:

7.3.1 Внедрение финансирования стационарных услуг на основе результатов

Переход на систему КЗГ создаст значительную организационную проблему, как для больниц, так и для ФОМС. Учитывая особую ситуацию в некоторых больницах, переходный период следует облегчить, предоставив больнице гарантию того, что они будут получать ту же сумму, что и раньше. Для этой цели ставки КЗГ будут рассчитываться не на основе всех имеющихся расходов всех больниц, а на основе фактических затрат тех больниц, которые участвуют в воспроизводстве услуг в больницах. В результате в разных больницах идентичные КЗГ будут выплачиваться по разным ставкам. Этот этап также должен предоставить достаточные данные для дальнейшей разработки такой системы КЗГ с целью подготовки к ее применению во всех больницах.

7.3.2 Управление фазой перехода

В течение трех-пяти лет реформирования базовые ставки стационарного лечения будут постепенно корректироваться, чтобы установить единые средние значения и коэффициенты для всех больниц. С чисто конкурентной точки зрения это было бы целесообразно, потому что с более тонкой технической точки зрения это может не дать полезных результатов. Но в результате постепенной корректировки ставок КЗГ больницы с более высокими средними расходами могут столкнуться с серьезными экономическими трудностями и давлением такой рационализации.

7.3.3 Содействие широкому использованию финансирования на основе результатов

Все больницы должны получать смешанные КЗГ (с соответствующими соотношениями), возмещение расходов на экстренные расходы (например, ожоги, сепсис, пересадка органов и т.д.) и оплату экстренной помощи (в амбулаторных и стационарных условиях). В идеале специализированный (независимый) институт должен обеспечивать регулярные (ежегодные) обновления анализа затрат и соответствующей корректировки применяемых коэффициентов.

7.3.4 Переход к фокусу болезни

Вышеописанное объединение услуг в КЗГ и введение параметров эффективности являются мерами, ориентированными на перспективу поставщика услуг с целью мобилизации повышения эффективности за счет рационализации.

Следующим шагом на пути к более ориентированной на результат системе, не только на уровне предоставления услуг (количество и качество предоставляемых услуг), но и на уровне воздействия результатов (улучшение состояния здоровья населения), является переход к перспективе пациента – и начать необходимо с конкретных программ управления пациентами т.е. поставщик услуг больше не получает плату за конкретную услугу (пакет), а получает ежегодную единую выплату для предоставления услуг, например, за всеми пациентами, страдающими сахарным диабетом, ГБ и хроническими заболеваниями сердца, астмой и хронической обструктивной болезнью легких и др. Идея состоит в том, чтобы удерживать пациента вне больницы, избегая любого ухудшения/обострения болезни. Экономический стимул заключается в том, чтобы способствовать профилактическому подходу – что поможет МЗ/ ФОМС контролировать расходы на эту группу пациентов – взаимно и выгодно.

7.3.5 Переход в перспективе на все население

Последний шаг - являющийся стратегической перспективой - это предоставить поставщикам медицинских услуг бюджет, охватывающий все уровни (первичной, вторичной и третичной) помощи, для поддержания здоровья населения, проживающего в зоне обслуживания организации-поставщика и/или там, где он зарегистрирован. Существуют несколько моделей такой организации ответственной по уходу (ООпУ), которые в настоящее время практикуются в Европе и США. Кыргызстану следует попытаться проследить за этими событиями, проанализировать и оценить возможности для постепенного продвижения к такой модели финансирования здравоохранения, ориентированной на пациента и на результат.

7.3.6 Заключение

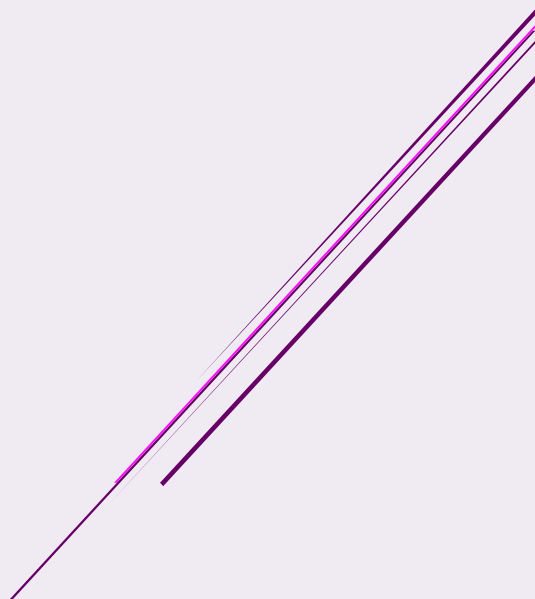
Ключом к реформированию системы финансирования здравоохранения являются специальные рабочие группы с четкими обязанностями. Мониторинг результатов должен основываться на

более широких и всесторонних оценках, включая обследования пациентов и населения, как в домохозяйствах, так и в больницах.

Вышеуказанные предложения и рекомендации предназначены для того, чтобы стать основой для дальнейшего обсуждения между Минздравом/Минфином и другими заинтересованными сторонами (Минфин). Важно, чтобы эти государственные органы выработали консенсус в отношении стратегии реформ, которой следует следовать. Предлагаемая стратегия и план реализации реформы финансовой системы являются "живым документом" в том смысле, что они требуют постоянного пересмотра, уточнения и адаптации к постоянно меняющимся условиям. Генеральный план должен «жить» в руках тех людей, кто руководит и управляет, в вовлеченных организациях, такими вопросами, и чтобы эти люди брали на себя полные обязательства и ответственность.



8 СЦЕНАРИИ ОПТИМИЗАЦИИ И ДОРОЖНАЯ КАРТА РЕАЛИЗАЦИИ



8 СЦЕНАРИИ ОПТИМИЗАЦИИ

8.1 Оптимизация оказания медицинской помощи

Отправными точками для стратегического подхода к оптимизации оказания медицинской помощи в Кыргызской Республике являются:

8.1.1 Рационализация организационной структуры служб здравоохранения

В настоящее время существует много организаций здравоохранения, предоставляющих услуги с дублирующимися задачами и обязанностями - ФАП, ЦСМ, ЦОВП, территориальные, городские, областные, республиканские больницы, а также специализированные больницы на районном, межрайонном и национальном уровнях. Это приводит к излишней фрагментации системы здравоохранения и неэффективности предоставления медицинской помощи.

Много организаций в неудовлетворительном состоянии (инфраструктура, оборудование и человеческие ресурсы) и эти объекты часто не посещаются населением и имеют крайне низкие показатели работы. Для рационального использования ограниченных финансовых, человеческих и материальных ресурсов, доступных для системы здравоохранения республики необходима организационная реструктуризация предоставления услуг (гибкое использование имеющихся помещений, пусть маленькие, но хорошо оснащенные и укомплектованные) и повышение эффективности оказания медицинской помощи, без растрат ресурсов на нефункциональные услуги. Этот подход должен поддерживаться финансовыми стимулами, продвигающими интегрированные модели помощи, тем самым укрепляя координацию и сотрудничество, а не изоляцию и конкуренцию

8.1.2 Улучшение доступа к качественной медицинской

Систематическое применение международно-признанных руководств по диагностическим и терапевтическим процедурам, адаптированных к местным условиям, поможет улучшить доступность и доступность качественной медицинской помощи. Непрерывное медицинское образование и непрерывное профессиональное развитие всех человеческих ресурсов, работающих в секторе здравоохранения, при поддержке ориентированного на потребности набора персонала на основе квалификации. Улучшение инфраструктуры и оборудования для выполнения минимальных требований к качеству клинической помощи. Выделение необходимых финансовых ресурсов для поддержания надлежащего уровня медицинской помощи, достигнутого с помощью вышеупомянутых мер.

Ниже показаны предлагаемые минимальные стандарты перечня отделений и объемов услуг для стационарных организаций различного уровня и мощности.

Таблица 24: Уровни направлений и структура направлений в общепрофильных больницах

Уро- вень	Кой ки	Отделения	Процедуры	Опер. зал	Вспомогатель- ные
ЦОВП	10- 30	<ul style="list-style-type: none"> - ОЭМП - Терапия - Педиатрия - Родильное 	<ul style="list-style-type: none"> - Базовая лаборатория (гематология, биохимия) - Рентген, УЗИ, ЭКГ - Экстренная помощь 	нет	<ul style="list-style-type: none"> - Прачечная - Кухня - Аптека - Морг, Гараж - ЦСО, УМО
Район- ный (ТБ/ЦО ВП)	50 - 150	<ul style="list-style-type: none"> - Хирургия - Гинекология - Акушерство - Инфекция - ОИТ / ОИТН 	<ul style="list-style-type: none"> - Расширенная лаборатория (бактериология) - Гастродуоденоскопия - Кольпоскопия - Мониторинг / Реанимация 	2	
Меж- район- ный	150 - 250	<ul style="list-style-type: none"> - Кардиология - Неврология - Гинекология - Травматология - Офтальмология - ЛОР - Гемодиализ 	<ul style="list-style-type: none"> - Колоноскопия, цистоскопия - Бронхоскопия, Спирометрия - КТ - УЗИ с доплером - Расширенная лаборатория (Иммунология, ИФА) - ЭЭГ 	3 - 4	
Об- ластной	250 - 500	<ul style="list-style-type: none"> - Нефрология / урология - Онкология 	<ul style="list-style-type: none"> - МРТ - Расширенная лаборатория (ПЦР) - Гистология 	5 - 6	- Санавиация
Межоб- ластной	500- 1500	<ul style="list-style-type: none"> - Кардиохирургия - Ангио- микрохирургия - Нейрохирургия - Трансплантология - ЧЛХ 	<ul style="list-style-type: none"> - Ангиография - Генетические исследования 	Инди- виду- аль- ный под- ход	

8.1.3 Обеспечение оперативности системы здравоохранения

Важно укрепить систему здравоохранения или способность системы здравоохранения удовлетворительно решать проблемы, связанные с продолжающимся демографическим переходом (увеличение численности пожилого населения) и эпидемиологическим сдвигом к хроническим, неинфекционным заболеваниям, в то же время проявляя бдительность и готовность справиться с острой эпидемией, такой как КОВИД-19, которая будет происходить время от времени, угрожая здоровью населения Кыргызстана. Для укрепления системы здравоохранения требуются четкое видение, политика и стратегия реализации, а также политическое лидерство для привлечения всех заинтересованных сторон к участию. Механизмы формирования консенсуса (такие как предлагаемый Координационный Совет по политике здравоохранения) помогут создать орган с ответственностью за принятие необходимых мер по реформе (сегодня и в будущем) и будут содействовать активному участию отдельных лиц и организаций в реализации и поддержании современной, ориентированной на пациента помощи, которая поставлена на высоком уровне эффективности и результативности и будет пригодным в будущем.

8.1.4 Интеграция вертикальных программ в систему оказания медицинской помощи

В соответствии с Концепцией интеграции, психиатрические и реабилитационные центры национального значения будут классифицироваться как республиканские или межобластные организации здравоохранения. Туберкулезным больницам, имеющим национальную и межобластную значимость, также будет присвоен этот статус, в то время как другие противотуберкулезные организации будут включены в будущие ИСПУ. Организационная структура службы скорой медицинской помощи (СМП) будет объединена с областными и территориальными больницами (за исключением городов Бишкек и Ош). ЦСМы будут объединены с областными и территориальными больницами для создания районных и межрайонных ИСПУ.

ИСПУ, которые будут созданы путем слияния ЦСМ с областными больницами, сохраняют областной статус и будут служить структурой для перенаправлений (от района к области).

8.2 Меры по оптимизации оказания медицинской помощи

Учитывая результаты мастер плана, общая сумма до 700 миллионов долларов США потребуются на период 2020-2035 годов (700 миллионов / 15 лет / в среднем 6,5 миллионов населения \approx 7 долларов США на душу населения в год) для обеспечения адекватного и надлежащего развития инфраструктуры здравоохранения Кыргызстана, приобретения современного медицинского оборудования и развития квалифицированных человеческих ресурсов, чтобы гарантировать доступ к качественной медицинской помощи для всех граждан страны. Очевидно, что приоритизация необходима, и на основе предложенных приоритетов рекомендуется следующий подход:

8.2.1 Краткосрочные меры (2020-23)

Развитие инфраструктуры областных и городских ОЗ должно стать приоритетным направлением наряду с интеграцией ЭМП, а также противотуберкулезных и психиатрических организаций.

В качестве первоочередной задачи следует закупать медицинское оборудование для областных больниц (для усиления помощи на уровне направления) и для территориальных больниц, объединяющихся с ЦСМ для создания ИСПУ, чтобы гарантировать доступ и функционирование всех основных диагностических и терапевтических услуг, которые являются частью ППГ.

В период 2020–2023 годов меры по оптимизации должны состоять из:

Корректировка количества коек в организациях регионального и районного уровня для достижения показателя работы койки от 80% до 90%. Корректировка количества коек должна быть с учетом текущих и ожидаемых коэффициентов использования, с использованием эталонного показателя работы койки, с учетом таких факторов, как демографический переход (к более пожилому населению) и эпидемиологический сдвиг с ростом распространенности хронических неинфекционных заболеваний, рациональное использование потенциала стационарной помощи (более широкое использование коек дневного пребывания и амбулаторного лечения).

Средняя продолжительность пребывания должна быть сокращена на 10%, а количество случаев дневного пребывания увеличено на 15%.

Это приведет к сокращению количества коек на 25%. В краткосрочной перспективе, количество коек для экстренной помощи в областных и территориальных больницах может быть сокращено почти на три тысячи единиц. Из этого числа 1690 единиц (57,1%) считаются несущественными (т.е. не оказывающими влияния на качество предоставления стационарной помощи),

поскольку они относятся к ЦОВП в районах, в которых уже есть территориальная больница и количество планируемых коек ниже 50 единиц, а также филиалы и отделения больниц или ЦОВП с установленным количеством коек менее 50 единиц. Организации, размещающие «не-нужные» койки, как правило, не в состоянии предложить адекватное качество обслуживания из-за малого количества случаев, способности привлекать квалифицированный персонал и доступность медицинского оборудования. Любые инвестиции в оборудование, в котором размещаются неиспользуемые койки, будут необоснованными и поэтому не рекомендуются.

Таким образом, краткосрочные меры по оптимизации, направленные на реорганизацию услуг, будут направлены на постепенное преобразование стационарных организаций, предлагающих койки для экстренной неотложной помощи, в амбулаторные центры (ФАП, ГСВ, ЦСМ) с базовым пакетом круглосуточных услуг экстренной помощи или без него (в сочетании с системой ЭМП). Рекомендация по преобразованию филиалов территориальных больниц в пункты скорой медицинской помощи, с организацией отделений неотложной экстренной помощи, которые обеспечивают круглосуточное обслуживание с ограниченным количеством родильных и детских коек является наиболее оптимальным. Также необходимо преобразовать ЦОВП с менее чем 50 койками в ЦСМ/ГСВ с пунктом первой медицинской помощи и неотложными койками. Эта рекомендация общего уровня должна быть тщательно проанализирована в каждом конкретном случае. ЦОВП с менее 50 койками предоставляют услуги с неоправданно высокой стоимостью, низким использованием ресурсов и в целом низкой эффективностью. Поэтому рекомендуется в каждом конкретном случае анализировать, какой маршрут является наилучшим для каждого ЦОВП (ЦСМ, ГСВ или пункты скорой помощи с койками неотложной помощи). Эта мера приведет к ликвидации объектов и услуг с крайне неэффективным использованием инфраструктуры, оборудования и человеческих ресурсов.

8.2.2 Среднесрочные меры (2024-27)

Целью среднесрочных мер будет улучшение качества помощи, например, улучшение санитарных условий в больнице, просто имея стандартную площадь в расчете на одну койку по всей стране.

В настоящее время общая площадь на койку составляет 46,2 м², что далеко от рекомендуемых стандартов в 70 м² на койку в областных ОЗ, и 60 м² на койку в районных ОЗ. В настоящее время низкий коэффициент общей площади на койку частично объясняется тем, что сегодня больницы предлагают только стационарные услуги и проводят ограниченную амбулаторную деятельность. С созданием ИСПУ у новых организаций будет более сбалансированная деятельность как амбулаторной, так и стационарной помощи, что приведет к увеличению размеров ОЗ после создания ИСПУ.

Приоритет должен быть отдан разработке стационарных отделений ИСПУ, которые будут созданы, т.е. главным образом из территориальных больниц и некоторых ЦОВП плюс интеграция с СМП. Постоянный приоритет следует отдавать ИСПУ районного уровня (для укрепления основы пирамиды здравоохранения), а затем организациям областного и национального уровней.

8.2.3 Долгосрочные меры (2028 - 35)

В центре внимания долгосрочных мер будет совместное развитие как стационарных, так и амбулаторных отделений ИСПУ, а также центральных и периферических служб по туберкулезу, реабилитации и психиатрической помощи. Модернизация объектов республиканского и меж-областного уровней должна быть в центре внимания долгосрочных мер. Учитывая объемы тре-

буемых инвестиций, национальные организации здравоохранения, являющиеся структурами для перенаправлений, могут быть усовершенствованы (как в отношении инфраструктуры, так и оборудования) силами отдельных проектов при поддержке различных международных партнеров по развитию.

Долгосрочное стратегическое видение развития системы оказания медицинской помощи в Кыргызстане должно быть согласовано с ожидаемым увеличением потребностей и спроса на медицинские услуги в связи с такими факторами, как демографический переход и эпидемиологический сдвиг.

Принимая во внимание, как рост населения, так и рост распространенности заболеваний, до 2035 года, спрос на медицинские услуги увеличится более чем на 40%. Очевидно, что прогнозы в отношении потенциала стационаров должны учитывать это развитие, а также компенсирующие эффекты в связи с достижениями в области медицинских технологий и расширением использования услуг дневного стационара и амбулаторных услуг. Собрав все эти факторы вместе, количество коек для оказания неотложной помощи, необходимых в регионах и районах в 2035 году, составит около 17 000.

8.3 Экономические эффекты

Выполнение основных рекомендаций Мастер-плана будет способствовать более рациональному использованию ограниченных ресурсов, доступных для сектора здравоохранения. За счет улучшения инфраструктуры и оборудования, средства больше не будут тратиться на ремонт и обслуживание устаревших и нефункционирующих зданий, технических сооружений, медицинского и немедицинского оборудования.

Улучшение клинических и организационных показателей будет способствовать повышению эффективности оказания медицинской помощи.

В краткосрочной перспективе можно ожидать следующих экономических эффектов:

- 1) Интеграция 35 ЦСМ и территориальных больниц (ТБ) и их филиалов сократит расходы в диапазоне от 3 до 5% их глобальных бюджетов. На национальном уровне за один год эта экономия может составить около 300 миллионов сомов (3,9 миллиона долларов США). Эти деньги будут доступны для других мер по повышению качества ухода и удовлетворенности персонала (обучение персонала и поощрения персонала, техническое обслуживание оборудования и т. д.).
- 2) Интеграция организаций здравоохранения снизит потребность в инвестициях в медицинское оборудование на 150 000–170 000 долларов США для каждого из 35 ИСПУ. На национальном уровне это означает экономию от 5 до 6 миллионов долларов США.
- 3) Интеграция ЦСМ и ТБ (т.е. амбулаторных и стационарных услуг) не только улучшит качество медицинской помощи, но также позволит освободить площадь обеих организаций на 300-500 м², и как следствие, затраты на строительство / ремонт и обслуживание.

8.4 Обсуждение областных и Национального Мастер-планов

В октябре и ноябре 2020 года были организованы дистанционные семинары (с использованием электронных платформ видеоконференцсвязи) на национальном уровне совместно с МЗ / ФОМС и на областном уровне.

В следующих параграфах кратко излагаются наиболее релевантные отзывы и полученные замечания/предложения. Большинство из них демонстрируют активную роль, которую заинтересованные стороны на национальном и областном уровнях играют или намерены играть в осуществлении генерального плана. Они могут послужить основой для продолжающегося обсуждения после разработки "дорожной карты", которая предоставлена в отдельном документе.

8.4.1 Финансирование здравоохранения

Участники семинара (ФОМС) высоко осветили следующие моменты:

- Хорошее функционирование системы КЗГ требует четких стандартов оказания медицинских услуг и правильного кодирования, в соответствии с МКБ-10, специально подготовленным персоналом, которого в настоящее время в Кыргызстане нет. Необходимо наращивать такой потенциал.
- Необходимо разработать финансовые механизмы в части начисления заработной платы сотрудников вновь созданных ИСПУ.
- Необходимо разработать расчеты КЗГ для дневных стационаров (хирургия, интервенционная гастроэнтерология/кардиология и т. д.).
- В системе медицинского страхования Кыргызской Республики вводятся карты ОМС, определяющие права владельца карты в зависимости от уровня взносов.
- Все еще ограничительная система ценообразования на медицинские услуги нуждается в пересмотре для поддержки развития организаций здравоохранения.
- Необходимо институционализировать координацию между МЗ / ФОМС. Необходимо определить роль и ответственность обеих организаций (например, за качество медицинской помощи).
- Правовой статус ИСПУ нуждается в уточнении (в соответствии с требованиями законодательства Кыргызской Республики).
- Необходимо обсудить и согласовать вопрос о том, кто будет включен в управление на предложенный к созданию Фондом развития инфраструктуры здравоохранения (ФРИЗ).

8.4.2 Баткенская область

В ходе обсуждения презентации генерального плана все участники сосредоточились на понимании необходимости и приверженности в интеграции при оказании услуг, особенно с точки зрения оптимизации экстренной медицинской помощи и рекомендаций по институционализации координации системы здравоохранения на областном уровне.

8.4.3 Чуйская область

В ходе дискуссии с ключевыми заинтересованными сторонами Чуйской области были отмечены следующие аспекты:

- ИСПУ предоставляют очевидные возможности для экономии затрат и более рационального использования человеческих ресурсов (повышение эффективности предоставления услуг).
- Необходимо проанализировать возможность создания ФРИЗ.

- Необходимости обсуждения схемы финансирования бригад скорой помощи и мобилизации человеческих ресурсов для увеличения числа бригад скорой помощи.
- Организациям здравоохранения для управления собственными ресурсами необходима реальная автономия.

8.4.4 Ош (город и область)

Для участников, представляющих как городские, так и областные организации здравоохранения, были актуальны следующие вопросы:

- При разработке стандартов на персонал и медицинское оборудование необходимо учитывать эффективную организацию работы. Есть организации здравоохранения, которые работают неэффективно, несмотря на наличие хорошего оборудования.
- Принципы, механизмы и возможности для аутсорсинга и развития изучения возможностей государственно-частного партнерства, которые нуждаются в дальнейшем изучении и применении.
- Предлагаемое закрытие филиалов территориальных больниц или их преобразование в ЦСМ с пунктами скорой помощи, необходимо пересматривать отдельно в каждом конкретном случае, учитывая текущую ситуацию с пандемией КОВИД-19 или другими катастрофами общественного здравоохранения, а также быстрый рост населения, наблюдаемый в южном регионе Кыргызстана. [прим.: Филиалы обычно недостаточно компетентны (отсутствие квалифицированного персонала и оборудования) - чтобы оказывать адекватную медицинскую помощь пациентам в условиях КОВИД-19, нуждающимся в стационарной помощи].
- Необходимо учитывать местные особенности функционирования тех или иных филиалов ТБ, особенно при поддержке местных бизнес-сообществ и органов власти.
- Необходимо проанализировать необходимость и актуальность строительства нового здания Ошского Центра по борьбе с туберкулезом.
- Средний подушевой норматив и показатели эффективности должны учитывать внутреннюю миграцию в город Ош (влияющую на данный показатель, но не приводящую к увеличению бюджетов). Должна быть введена процедура регистрации услуг ПМСП, а также пересмотрены стандарты финансирования ЭМП.
- Организация областных координационных структур здравоохранения возможна только при наличии дополнительных финансовых и людских ресурсов.
- В Генеральном плане должны быть указаны ситуации, в которых сокращение коек, персонала и зданий будет запрещено, например, в условиях продолжающейся пандемии. (Примечание: обычные медицинские услуги не следует путать с управлением чрезвычайными ситуациями и стихийными бедствиями. Поддержание недостаточной пропускной способности больничных коек не является подходящим решением, поскольку это привело бы к пустой трате ресурсов без обеспечения гарантии эффективного функционирования в случае кризиса).
- Для службы санитарной авиации необходимо провести анализ, будут ли оправданы расходы на санитарный транспорт.
- Для успешной реализации Генерального плана необходима политическая поддержка.

8.4.5 Иссык-Кульская область

Участники семинара подняли следующие пункты и вопросы:

- Есть сомнения в реалистичности предлагаемых крупномасштабных инвестиций для модернизации организаций здравоохранения и служб.
- Необходимо разработать и определить правила и процедуры для применения КЗГ и подушевого финансирования в создаваемых ИСПУ.
- Эффективность ИСПУ в части рационального использования оборудования и кадров, особенно в отделениях ЭМП.
- Необходимо уточнить роль и место юридически самостоятельных ГСВ в процессе создания ИСПУ. Их необходимо как можно скорее интегрировать с ЦОВП и ЦСМ.
- Пересмотреть и оптимизировать логистику прошедшей в 2016-2017гг централизации лабораторий, что привело к удорожанию транспортных расходов ОЗ при поздней обратной связи (результаты анализов получают на 2-3 день).
- Областной Центр репродукции человека и Джети-Огузская туберкулезная больница должны быть включены в план оптимизации для Иссык-Кульской области.

8.4.6 Жалалабадская область

Здесь участники семинара затронули следующие вопросы:

- Создание межрайонного ИСПУ было воспринято весьма критично; Была отмечена необходимость рассмотрения планируемой административно-территориальной реформы в Кыргызстане, особенно в Жалалабадской области.
- Реабилитационные центры в Жалалабадской области имеют статус межобластных организаций здравоохранения и поэтому не могут быть объединены с обычными районными больницами.
- Предлагалось передать ФРИЗ в ФОМС. Далее было отмечено, что предложение о создании ФРИЗ, его источники финансирования, структура управления, процессы и инструменты реализации нуждаются в дальнейшем развитии в ходе обсуждения и сотрудничества с другими государственными структурами.
- Аспекты управления персоналом (мотивация, наращивание потенциала), особенно в контексте продолжающейся пандемии COVID-19, должны быть дополнительно обсуждены и проработаны. Участники выразили обеспокоенность возможным сокращением медицинского персонала в связи с созданием ИСПУ. Они настаивали на строгом соблюдении трудового законодательства при назначении административного и управленческого персонала.
- Некоторые участники предложили вернуться к модели Семашко при формировании национальной системы здравоохранения, в рамках которой медицинские услуги предоставляются иерархией государственных больниц, объединенных под Министерством здравоохранения, финансируемых из республиканского бюджета.
- Назначение руководителей должно быть Приказом Министерства здравоохранения по представлению координаторов областей, а не по представлению органов местной администрации
- Во избежание необоснованной госпитализации финансирование должно быть только на душу населения, а не по пролеченному случаю.
- Диагностические услуги (лаборатории, рентген и т.д.) должны быть децентрализованы.

8.4.7 Нарынская область

Представители региональных организаций здравоохранения обсудили следующие аспекты:

- Правовой статус ИСПУ и его филиалов требует уточнения, особенно при объединении ОЗ города Нарын и Ат-Башинского района.

- Годовые планы по количеству пролеченных случаев ограничивают деятельность организаций здравоохранения.
- Необходима лучшая координация здравоохранения на районном и областном уровнях.
- Устаревшая инфраструктура здравоохранения по всей области требует модернизации.
- Местные инвесторы строят здание филиала ТБ в селе Мантыш, с полным оснащением медицинским оборудованием - это должно быть учтено в Генеральном плане.

8.4.8 Город Бишкек

Участники семинара представляли как городские, так и республиканские (реферальные) организации. Их комментарии и предложения были следующими:

- При дальнейшей разработке Генерального плана столицы (Бишкек) будет учитываться опыт реализации ИСПУ на областном уровне. Основная цель - создать сбалансированную систему направлений и укрепить третичный уровень системы здравоохранения, который необходимо модернизировать и обеспечить работу в соответствии с международными нормами и стандартами.
- Необходимо подробно обсудить рекомендации Мастер-плана на уровне каждой организации-поставщика медицинских услуг, чтобы позволить им (и Министерству здравоохранения) принимать обоснованные решения.
- Слияние / объединение организаций здравоохранения (например, Национального Госпиталя и Национального центра кардиологии и терапии) не обязательно означает физическое слияние; участники поддержали (предпочтительно) интеграцию на уровне услуг.
- Целесообразность создания ИСПУ в столице еще предстоит оценить, учитывая опыт недавнего слияния, в результате которого были созданы четыре Мега-ЦСМ с общей численностью сотрудников более 5000 человек.
- Повышение качества услуг, особенно на уровне третичного медицинского обслуживания, неизбежно приведет к увеличению расходов. Улучшение качества невозможно без предоставления необходимых финансовых ресурсов сектору здравоохранения.
- Схемы и стандарты финансирования, а также основные виды деятельности ЭМП должны быть пересмотрены. Необходимо срочно создать Больницу Скорой Помощи в Бишкеке.
- Переименовать с изменением функций и задач стационаров г.Бишкек (ГКБ1, ГКБ6), с возможной переориентацией на больницу СМП.
- Во всех соответствующих организациях здравоохранения должны быть разработаны и внедрены службы и отделения дневного ухода и краткосрочного пребывания.

8.4.9 Таласская область

Руководители больниц и представители областных управлений здравоохранения, прослушав презентацию Консультанта, дали следующие комментарии:

- Разработать штатные нормативы для ИСПУ и механизм создания фонда оплаты труда персонала (премий / материального поощрения).
- Высказывались сомнения в реалистичности рекомендованных инвестиций и соответствующих источников финансирования. Механизмы финансирования и соответствующие инструменты для ИСПУ и сектора ЭМП все еще нуждаются в разработке для обеспечения эффективной и устойчивой работы сетей.
- При расчете потребности в инвестициях в медицинское оборудование необходимо учитывать оборудование, полученные с 2018 года (дата оценки), в том числе поставки, свя-

занные с COVID-19, а также возможность перераспределения неэффективно используемого оборудования в другие регионы.

- Было предложено включить в Дорожную карту мероприятия по информированию населения, медицинских работников и других заинтересованных сторон о необходимости проведения реформ, а также для содействия приверженности предложенной стратегии Генерального плана.