Кыргызская Республика

Мастер план развития национальной системы оказания медицинской помощи

Программа реформ на пути к интегрированному уходу, ориентированному на пациентов

Проект итогового отчета

Клиент
Министерство здравоохранения

Ссылочный номер
kg wb 521115

Дата
Июнь, 2020

management4health GmbH

Avanco Consulting Company

Кыргызская Республика

Мастер план развития национальной системы оказания медицинской помощи

На пути к интегрированному уходу, ориентированному на пациентов

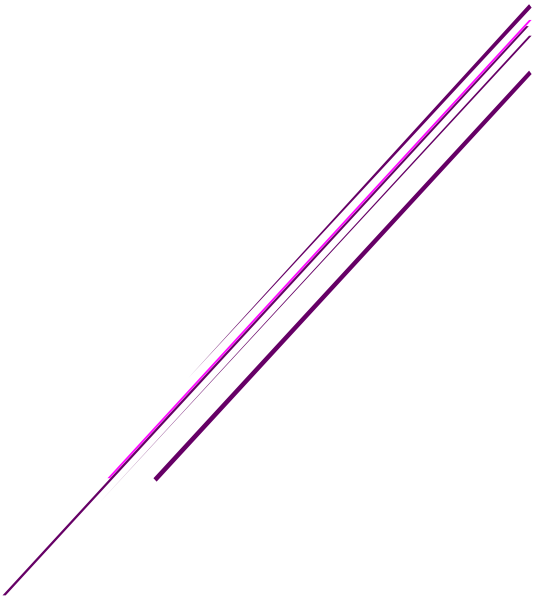
Проект итогового отчета

management4health GmbH

Hebelstr. 11;
60318 Frankfurt am Main
Germany

Avanco Consulting Company

Ул. Московская, 136
Бишкек
Кыргызская Республика



V07

Июнь, 2020

СОДЕРЖАНИЕ

1.1 Цель и реализация исследования 1-1
1.2 Методологический подход 1-2
1.3 Основные результаты исследования и рекомендации 1-3
1.3.1 Кыргызстан и его система здравоохранения 1-3
1.3.2 Интегрированное предоставление услуг 1-3
1.3.3 Другие мероприятия по реформированию 1-4
1.3.4 Финансирование интегрированного предоставления услуг 1-4
1.3.5 Области для оптимизации 1-5
1.3.6 Перспективы 1-6

2.1 Цель и задачи 1-1
2.2 Конкретные задачи 1-1
2.3 Характеристики Мастер плана 1-2
2.4 Методологический подход 1-4
2.4.1 Принципы 1-4
2.4.2 Источники данных и анализы 1-5
2.4.3 Индикаторы и допущения 1-10
2.4.4 Этапы 1-13

3.1 Страновой контекст 3-1
3.2 Экономический контекст 3-2
3.3 Показатели здоровья 3-3
3.4 Реформы сектора здравоохранения 3-5
3.4.1 Манас и Манас Таалими 3-5
3.4.2 Национальная программа «Ден соолук» 3-6
3.4.3 Областные Мастер планы 3-6
3.4.4 Секторальные Мастер планы 3-6
3.4.5 Реформа финансирования здравоохранения 3-6
3.4.6 Автономия больниц 3-7

3.5 Программы здоровья 3-7
3.5.1 Здоровье матери и ребенка 3-7
3.5.2 Борьба с туберкулезом 3-8
3.5.3 Профилактика, диагностика и лечение ВИЧ / СПИДа 3-8

3.6 Определенные проекты 3-8
3.6.1 Поддержка Манас Таалим 3-8
3.6.2 Медицинское образование 3-9
3.6.3 Ошская городская больница 3-9
3.6.4 Больница кыргызско-турецкой дружбы 3-9
3.6.5 Управление больничными отходами 3-10
3.6.6 Другие проекты 3-10

4.1 Организации здравоохранения в Кыргызской Республике 4-1
4.2 Амбулатороный уход 4-3
4.3 Стационарный уход 4-3
4.4 Деятельность и использование ресурсов 4-3
4.5 Операционный бюджет 4-5
4.6 Инфраструктура здравоохранения 4-7
4.7 Медицинское оборудование 4-8
4.8 Резюме инвестиционных потребностей 4-9
5.1 Оптимизация оказания медицинской помощи 4-1

5.1.1 Принципы ... 4-1
5.1.2 Оптимизационный подход ... 4-1
5.1.3 Сроки и этапы ... 4-2
5.1.4 Интеграция услуг ... 4-3
5.1.5 Модель медицинской помощи ... 4-4
5.1.6 Организация и управление ... 4-5
5.1.7 Финансовое распределение и стимулы ... 4-6
5.1.8 Управление и стратегия ... 4-6
5.1.9 Укрепление диагностическими возможностями ... 4-7
5.1.10 Пересмотр экстренной медицинской помощи ... 4-7
5.1.11 Перепроектирование объектов и реорганизация рабочих процессов ... 4-7
5.1.12 Переосмыслить роль человеческих ресурсов ... 4-8
5.1.13 Планирование и осуществление основной реструктуризации ... 4-8
5.1.14 Разработка централизованных структур для предоставления поддерживающих услуг ... 4-9

5.2 Региональные планы оптимизации ... 4-10
5.2.1 Баткенская область ... 4-10
5.2.2 Чуйская область ... 4-11
5.2.3 Иссык-Кульская область ... 4-12
5.2.4 Жалал-Абадская область ... 4-13
5.2.5 Нарынская область ... 4-14
5.2.6 Ошская область ... 4-15
5.2.7 Таласская область ... 4-16

5.3 План оптимизации для города Бишкек ... 4-18
5.3.1 Географо-демографическая ситуация ... 4-18
5.3.2 Предоставление медицинской помощи ... 4-18
5.3.3 ОЗ Республиканского уровня ... 4-19
Объемы и сфера услуг ... 4-19
Финансовые ресурсы ... 22
Инвестиционные потребности ... 27
5.3.4 ОЗ Городского уровня ... 4-31
5.3.5 Рекомендации ... 4-40

Рекомендации для ОЗ республиканского уровня ... 4-40
Рекомендации для ОЗ городского уровня ... 4-41
Интегрированная городская клиническая больница ... 4-42
Совместное использование ресурсов ... 4-44

5.4 План оптимизации города Ош ... 4-45
5.4.1 Географо-демографическая ситуация ... 4-45
5.4.2 Предоставление медицинской помощи ... 4-45
5.4.3 Межобластные организации здравоохранения ... 4-46
5.4.4 ОЗ Городского уровня ... 4-50
5.4.5 Рекомендации ... 4-52

5.5 Оптимизация вертикальных программ здравоохранения ... 4-55
5.5.1 Уход за больными туберкулезом ... 4-55
5.5.2 Психическое здоровье ... 4-72
5.5.3 Медицинская реабилитация ... 4-85
5.5.4 Экстренная Медицинская помощь ... 4-95

6.1 Расходы на здравоохранение ... 6-1
6.1.1 Государственные расходы ... 6-1
6.1.2 Частные расходы на здравоохранение ... 6-2

6.2 Реформы системы финансирования здравоохранения ... 6-3

6.3 Механизмы закупок и выплат 6-3
6.3.1 Закупки услуг 6-3
6.3.2 Закупка товаров 6-4
6.3.3 Диагностические услуги 6-4
6.3.4 Человеческие ресурсы 6-4

6.4 Предлагаемые изменения в финансирование системы здравоохранения 6-5
6.4.1 ПМСП и УМП как основная концепция 6-5
6.4.2 Первый шаг: Рационализация 6-5

6.5 Стратегии обеспечения устойчивого финансирования плана оптимизации 6-6
6.5.1 Актуальность 6-6
6.5.2 Обзор финансовых источников 6-7
6.5.3 Улучшение механизмов выплат Поставщикам 6-8
6.5.4 Создание ФРИЗ 6-9
6.5.5 Укрепление интегрированных систем оказания медицинской помощи 6-10
6.5.6 Создание совета по политике здравоохранения 6-11

6.6 План реализации 6-11
6.6.1 Внедрение финансирования стационарной помощи, ориентированной на результаты 6-11
6.6.2 Управление фазой конвергенции/процессом сближения 6-11
6.6.3 Повсеместное применение финансирования, ориентированного на результат 6-12

6.7 Финальные заметки 6-12
7.1 Отправные точки для оптимизации 7-1
7.1.1 Организационная структура служб здравоохранения 7-1
7.1.2 Качество медицинских услуг 7-1
7.1.3 Отзывчивость системы здравоохранения 7-2

7.2 Концепция интеграции 7-2
7.3 Развитие инфраструктуры 7-3
7.3.1 Краткосрочные меры (2020-23) 7-3
7.3.2 Среднесрочные меры (2024-27) 7-3
7.3.3 Долгосрочные меры (2028-35) 7-3
7.3.4 Потенциал для эффективности 7-4

7.4 Медицинское оборудование 7-4
7.4.1 Краткосрочные меры (2020-23) 7-4
7.4.2 Среднесрочные меры (2024-27) 7-4
7.4.3 Долгосрочные меры (2028-35) 7-4
7.4.4 Потенциал для повышения эффективности 7-5

7.5 Реорганизация организаций здравоохранения и служб 7-5
7.5.1 Краткосрочные меры: корректировка стационарного потенциала 7-5
7.5.2 Среднесрочные меры: акцент на улучшение качества 7-7
7.5.3 Долгосрочные меры: устойчивое стратегическое развитие 7-8

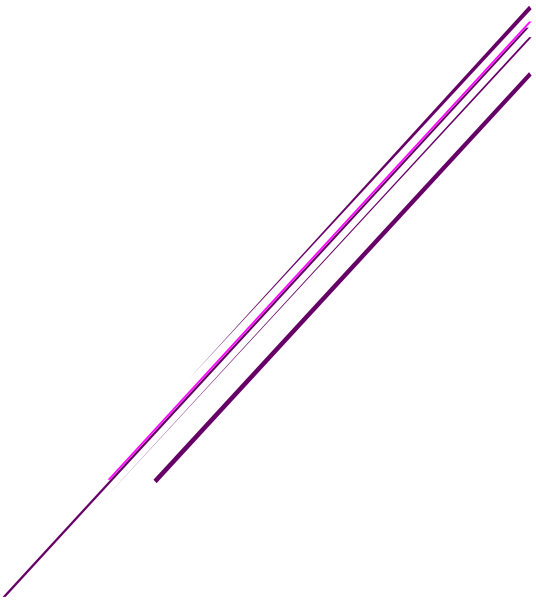
7.6 Заключение 7-9
7.7 Обзор Дорожной карты 2020 - 2030 года 7-10
7.8 Подробная дорожная карта 2020 - 2022 7-12
7.9 Лечение туберкулеза 7-16
7.9.1 Стоимость лечения туберкулеза 7-16
7.9.2 Предлагаемая реорганизация лабораторной диагностики 7-16

АББРЕВИАТУРЫ

ALOS	Средняя продолжительность пребывания
BOR	Работа койки
COVID	Коронавирус заболевание
CPG	Клинические Практические Рекомендации
CVD	Сердечно-сосудистые заболевания
DHS	Сердечно-сосудистые заболевания
FMC	Центр Семейной Медицины
GDP	Валовый Внутренний Продукт
GIS	Географическая Информационная Система
GPC	Центр групповой практики
HIV	Вирус иммунодефицита человека
HRH	Человеческие ресурсы здравоохранения
IHME	Институт Здоровья Метрики и Оценки
IMR	Коэффициент младенческой смертности
ISDN	Интегрированная сеть предоставления услуг
KPI	Ключевые показатели эффективности
KSMIR&CE	Кыргызский государственный медицинский институт обучения и повышения квалификации
KfW	Немецкий (Государственный) Банк Развития
m4h	Management4health
MCH	ОМиД
MDG	Цели развития тысячелетия
MHIF	Фонд обязательного медицинского страхования
MICS	Многократный индикаторный кластерный опрос
MMR	Коэффициент материнской смертности
MNCH	Здоровье матери, новорожденного и ребенка
MoH	Министерство здравоохранения
MoLS	Министерство труда и социального развития
NCD	Неинфекционные заболевания
NPC	Национальный перинатальный центр
NSC	Национальный статистический комитет
ODA	Официальная помощь развитию
PHC	Первая медицинская помощь
RMIC	Республиканский медицинский информационный центр
SARS	Острое респираторное заболевание
SDG	Цель в области устойчивого развития
SDC	Швейцарское агентство по развитию и сотрудничеству
SGBP	Гарантированный государством пакет льгот

SWAp	Секторный подход
THE	Общие расходы на здравоохранение
ToT	Подготовка тренеров
UN	ООН
UNICEF	Детский фонд Организации Объединенных Наций
UNFPA	Фонд народонаселения ООН
USAID	Агентство США по международному развитию
VAT	Налог на добавленную стоимость
WHO	Всемирная организация здравоохранения

1 Резюме



1 Резюме

1.1 Цель и реализация исследования

В октябре 2018 года management4health (m4h) и его партнер по консорциуму Avanco Consulting подписали контракт на оказание технической помощи в разработке Национального плана оптимизации предоставления медицинской помощи (мастер-план) для Кыргызской Республики.

По многим причинам это стало довольно сложным мероприятием, главным образом из-за детальной оценки инфраструктуры и медицинского оборудования на местах, а также информации о деятельности этих 520 мест расположения организаций здравоохранения (первоначально не предусмотренных), начиная с небольших пунктов скорой помощи в отдаленных сельских районах до уровня третичной медицинской помощи и специализированных больниц в столице Бишкек и областных центрах. Данная работа проделана с целью получения надежных данных и информации о состоянии системы предоставления медицинской помощи в качестве основы для предполагаемого мероприятия по стратегическому планированию.

Кроме того, в феврале / марте 2020 года в рамках проекта было получено новое задание для реагирования по возникшей пандемии тяжелого острого респираторного синдрома (SARS), вызванной инфекцией коронавируса CoV 2, приведшего к заболеванию коронавирусной инфекцией COVID 19, как результат были разработаны рекомендации относительно неотложных мер, необходимых для усиления функций раннего предупреждения и реагирования системы здравоохранения, и инструмента эпидемиологического надзора.

Все это вместе, включая другие факторы, и связанные с ними изменения потребовали трех поправок в виде дополнения к основному контракту, увеличивающие общую продолжительность задания до 26 месяцев, а именно до 31 декабря 2020 года.

В свою очередь результаты этого исследования оказались разнообразными:

- Комплексный анализ демографической и эпидемиологической ситуации населения Кыргызстана и связанных с ней тенденций как основы для оценки потребностей.
- Систематическая категоризация организаций здравоохранения в соответствии с видами предоставляемых услуг, объемами деятельности и ролью конкретной организации здравоохранения на районном / областном / национальном уровне системы здравоохранения.
- Географическая информационная система (ГИС) на основе электронных карт с указанием места расположения всех организаций здравоохранения, включая инфраструктуру, человеческие ресурсы и данные о деятельности, доступные онлайн для Министерства Здравоохранения.
- Концепция структурной реформы системы предоставления медицинских услуг, укрепления ориентированной на пациента помощи, повышения эффективности медицинских услуг, то есть их влияния на здоровье на уровне сообщества, и повышения эффективности оказания медицинской помощи. Систематическое внедрение предлагаемых интегрированных сетей предоставления медицинских услуг (ИСПУ) позволит МЗ эффективно решать вышеуказанные проблемы.

- Комплексное (с учетом всех уровней общественного здравоохранения) предложение по развитию инфраструктуры здравоохранения и ее оборудования с учетом i) состояния зданий и техники, определенных в ходе оценки; ii) прогнозы потребностей здравоохранения на ближайшие 15 лет (до 2035 года); и iii) варианты наиболее рационального использования ограниченных финансовых и человеческих ресурсах в рамках вышеупомянутых ИСПУ.
- Список ключевых показателей эффективности (КПЭ) для руководства, мониторинга и оценки развития системы здравоохранения на местном / региональном и национальном уровнях.
- Предложения по будущему развитию и интеграции вертикальных программ и служб здравоохранения, таких как психическое здоровье, уход за больными туберкулезом (ТБ), Экстренная медицинская помощь (ЭМП) и реабилитация.
- Стратегические подходы к реформам финансирования здравоохранения: i) повысить эффективность здравоохранения и ii) гарантировать доступ к необходимой медицинской помощи для всего населения.

В этом документе обобщены результаты исследования и рекомендации, которые были обсуждены с Министерством здравоохранения и другими заинтересованными сторонами системы здравоохранения Кыргызстана, включая Международных партнеров по развитию. Отчет сфокусирован, но не ограничивается рекомендациями, которые будут направлять инвестиции и реструктуризацию сектора здравоохранения в соответствии с общими целями политики здравоохранения.

1.2 Методологический подход

На основе детальной оценки всех государственных организаций здравоохранения на местах (520) мы использовали комбинацию первичных и вторичных данных, чтобы дать возможность углубленной оценки оказания медицинской помощи в следующих областях:

- Организационная структура и работа / выполнение медицинских услуг
- Наличие и размещение кадровых ресурсов для здравоохранения (HRH)
- Наличие и функциональное состояние инфраструктуры, медицинского оборудования и связанные с ними инвестиционные потребности
- Источники финансирования и основные категории расходов

Сбор информации проводился в период с февраля по сентябрь 2019 года, и данные были собраны путем личных интервью с заинтересованными сторонами объекта и прямой инспекции. Специально разработанный инструмент Мобильный Сбор Данных (МСД) использовался для регистрации и загрузки данных на защищенный сервер. По завершении опроса данные были загружены, упорядочены, и для создания таблиц и статистики использовались различные аналитические инструменты.

Вторичные данные поступили из Центра электронного здравоохранения Кыргызской Республики, Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) и других общественных организаций Кыргызской Республики. Контрольные цифры (см. Сравнительный отчет консультанта) были использованы для оценки данных и разработки рекомендаций.

1.3 Основные результаты исследования и рекомендации

1.3.1 Кыргызстан и его система здравоохранения

Кыргызстан является сельской малонаселенной страной с молодым населением. Темпы роста населения снижается, и в стране наблюдается структура заболеваемости и смертности, отражающая эпидемиологический сдвиг от острых, часто инфекционных к хроническим болезням, «болезней образа жизни» из-за несбалансированного рациона, курения, употребление алкоголя, отсутствие физической активности и загрязнение окружающей среды, все это важные детерминанты здоровья.

Учитывая низкий уровень экономических ресурсов страны, доля общих государственных расходов на здравоохранение увеличилась с 5,9 до 6,4% от валового внутреннего продукта (ВВП). Это увеличение фискального пространства в секторе здравоохранения позволило повысить заработную плату, устранить сооплату для уязвимых групп населения и обеспечить лучшее финансирование для закупки лекарств и других материалов.

Несмотря на успехи в более ранних реформах здравоохранения, Кыргызстан по-прежнему сталкивается с серьезными проблемами, особенно на уровне больниц, из-за отсутствия «современных» организаций вторичной и третичной медицинской помощи, и высокой стоимости обслуживания существующей инфраструктуры. Кроме того, оплата врачей и медсестер является недостаточной, больницы в сельской местности недоукомплектованные персоналом, а квалифицированный персонал переезжает в Россию, Казахстан и другие страны для повышения заработной платы. Доступность лекарств также остается проблемой.

В целом, несмотря на высокий уровень готовности на политическом и техническом уровне продолжать усилия по реформе, система здравоохранения по-прежнему характеризуется раздробленностью, ограниченным качеством помощи и низкой эффективностью предоставления услуг.

1.3.2 Интегрированное предоставление услуг

Для эффективного решения вышеупомянутых проблем мы предлагаем структурную и организационную реформу системы здравоохранения Кыргызстана, основанную на создании Интегрированных сетей предоставления услуг (ИСПУ), то есть сетей здравоохранения, организованных на

Рисунок 1: Преимущества подхода ИСПУ к организации и оказанию медицинской помощи

районном или межрайонном уровне, которые могли бы интегрировать профилактическую первичную помощь, экстренную помощь, общую госпитальную и специализированную помощь, а также стационаров системы перенаправления. Наиболее близким совпадением с ИСПУ в существующей организации системы здравоохранения Кыргызстана является Центр общей практики (ЦОВП). С организационной точки зрения ИСПУ будет похож на крупномасштабный ЦОВП, объединяющий общую медицинскую помощь на первичном и вторичном уровнях со специализированными услугами, такими как уход за больными туберкулезом и психическим здоровьем.

Всего должно быть создано 50 ИСПУ (44 районных ИСПУ и 6 региональных ИСПУ) (подробности см. В следующих главах). Для реализации районных ИСПУ территориальные больницы (ТБ) будут объединены с центрами семейной медицины (ЦСМ). Для районов, расположенных в областных центрах, их ИСПУ будут выполнять реферальную роль и принимать пациентов от районных ИСПУ этого региона. Там, где существуют ЦОВП (в небольших районах), они также будут преобразованы в ИСПУ, хотя режим работы не изменится значительно, поскольку предложенная концепция ИСПУ довольно близка к текущему режиму работы ЦОВП.

1.3.3 Другие мероприятия по реформированию

Пилотные проекты ИСПУ должны осуществляться параллельно с другими мероприятиями, направленными на подготовку системы здравоохранения к предполагаемой структурной реформе:

- Отремонтировать / реабилитировать / модернизировать те организации здравоохранения, которые были отобраны с использованием критериев приоритетов, представленных в следующих разделах.
- Заменить и модернизировать медицинское оборудование, следуя стандартным спискам оборудования, предлагаемым для всех категорий учреждений.
- Пересмотреть и обновить Руководства по клинической практике (РКП) и Протоколы лечения для содействия стандартизации для повышения качества и рационального использования ресурсов.
- Укрепление амбулаторного и дневного ухода в пользу стационарного лечения и перевод психического здоровья и противотуберкулезной помощи на амбулаторное и домашнее лечение (де-институционализация).
- Рационализация структуры и организации экстренной медицинской помощи (ЭМП).
- Пересмотреть модель финансирования оказания медицинской помощи для продвижения схем оплаты, ориентированных на результаты.

1.3.4 Финансирование интегрированного предоставления услуг

Сама природа ИСПУ требует интегрированной формы финансирования. Только если финансовые и медицинские цели совпадают, врачи и учреждения могут в полной мере использовать преимущества интегрированной помощи.

Однако такое комплексное финансирование требует значительных объемов данных и опыта. Поэтому рекомендуется внедрять новые формы финансирования только постепенно.

Самым первым шагом могло бы стать использование существующей системы КЗГ для возмещения расходов на вторичную медицинскую помощь и введение некоторой формы подушевой оплаты за первичную медицинскую помощь. Такое подушевое финансирование может затем быть скорректировано с учетом риска (начальные критерии - пол и возраст).

Существующий КЗГ, который в настоящее время в основном используется для целей планирования и мониторинга, может быть упрощен и адаптирован к потребностям возмещения. Любое

возмещение по пунктам / плате за услугу должно быть строго ограничено очень отобранными случаями для содействия использованию инновационных технологий.

В долгосрочной перспективе можно было бы предусмотреть базовый / общий бюджет для каждого пациента, который позволил бы ИСПУ выбирать оптимальные пути лечения для каждого пациента независимо от экономических соображений. Однако для определения и управления таким бюджетом требуются надежные процессы и системы, а также всеобъемлющий общенациональный реестр пациентов и электронные медицинские карты для получения необходимых данных для управления расходами и результатами и составления отчетов о них.

1.3.5 Области для оптимизации

На основе оценки системы оказания медицинской помощи на уровне общества, района, региона и страны были определены следующие ключевые области для оптимизации:

1. Доступ к уходу

Доступ к различным уровням ухода сильно различается для граждан в зависимости от места их проживания. Различия значительны, когда сравниваются сельские районы и города, и когда столица Бишкек сравнивается с другими городами страны. Сеть оказания медицинской помощи должна быть реорганизована для обеспечения более равномерного распределения доступа к качественной медицинской помощи.

2. Госпитальный (стационарный) уход

Уровни обслуживания не определены четко с точки зрения объема услуг, ресурсов и географической доступности. Организации третичного уровня сосредоточены в столице страны, городе Бишкек, что приводит к проблемам равенства в доступе к уходу на уровне направления.

На самом деле, нет четкой системы перенаправлении, что ведет к несоответствию потребностей пациентов и имеющихся ресурсов.

Использование и эксплуатация (эффективность) госпитальных услуг, измеряемая уровнем занятости койко-мест (BOR) и средней продолжительностью пребывания (ALOS), являются неоптимальными, а услуги дневного ухода практически не прекращаются. Многие организации (в частности, так называемые «больницы-филиалы») слишком малы, чтобы обеспечить оптимальный уровень обслуживания и работать экономически эффективным образом. Лечение социальной и долгосрочных (плановых) видов стационарной помощи смешиваются с острыми видами лечения, которое ставит под угрозу качество как неотложной, так и долгосрочной / социальной помощи, делая систему неэффективной и безрезультатной.

3. Экстренная медицинская помощь

Своевременный доступ к экстренной помощи имеет жизненно важное значение для результатов лечения пациентов и сильно зависит от географического распределения служб экстренной помощи. Помимо города Бишкек, существующая система скорой медицинской помощи является нефункциональной, а в территориальных и даже в областных больницах отсутствуют отделения экстренной медицинской помощи, что ставит под угрозу качество неотложной помощи, особенно для населения, проживающего в сельской местности.

4. Человеческие ресурсы

Потенциал и квалификация врачей и медсестер имеют решающее значение для здоровья. Имеющиеся данные свидетельствуют о неполной занятости медсестер. Отбор, обучение и непрерывное медицинское образование будут иметь решающее значение для будущего развития системы оказания медицинской помощи, включая развитие новой инфраструктуры и оборудования.

5. Инфраструктура и оборудование

Инфраструктура организаций здравоохранения зачастую устарела и не подходит для организации современной медицинской помощи (например, распределение технических / медицинских подразделений в десяти-двадцати отдельных зданиях, разбросанных по территории в несколько гектаров). Половина объектов, оцениваемых в этом исследовании, - это отделения, размещенные в отдельных зданиях / больницах-филиалах, что делает доступ к услугам затруднительным и приводит не только к неэффективному использованию оборудования, персонала и финансовых ресурсов, но и к проблемам, связанным с качеством медицинской помощи, предоставляемой в такой раздробленной системе.

Около 30% медицинского оборудования устарело и должно быть заменено или отремонтировано. Отсутствуют стандарты в отношении оборудования, отвечающего предназначению (клинической специализации) больницы, или это предназначение не было четко определено для разработки соответствующих технических спецификаций (например, маммография для центров семейной медицины).

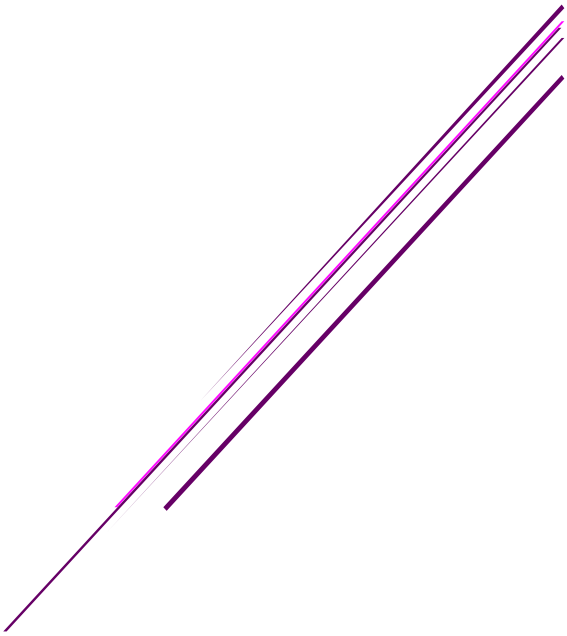
1.3.6 Перспективы

Рисунок 2 ниже демонстрирует нашу предлагаемую стратегию реализации. Краткосрочные цели (2020–2022 годы) заключаются в реализации рамок реформы и концепции ИСПУ и подготовке всех объектов к изменениям (модернизация инфраструктуры и оборудования, реорганизация персонала и моделей обслуживания) на экспериментальных участках.

Рисунок 2: Шаги к оптимизации

В следующих главах эта стратегия и области для улучшения будут дополнительно объяснены и обсуждены более подробно. Ситуация будет проанализирована, и на основе наилучшей международной практики и модели предоставления услуг будут выпущены конкретные рекомендации по оптимизации, которые направлены на обеспечение оптимального использования ресурсов и доступа к качественной помощи.

2 Цель исследования и задачи



2 ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД

2.1 Цель и задачи

Целью данной работы является разработка Мастер плана по оптимизации предоставления медицинских услуг в Кыргызской Республике. Как показано на рисунке 3, система здравоохранения Кыргызстана страдает от излишней фрагментации, которая влияет как на качество услуг, так и на эффективность ее предоставления. Нехватка квалифицированного персонала, оборудования и других ресурсов на небольших объектах на районном уровне и особенно в отдаленных районах, с одной стороны, и концентрация более укомплектованного и оснащенного оборудования в областных центрах и столице, с другой стороны, когда проблемы ставят под угрозу доступность к качественной помощи, особенно для сельских малообеспеченных слоев населения.

В процессе Мастер планирования должно было быть разработано долгосрочное видение, которое позволило бы устойчивым образом улучшить доступность качественной помощи (в соответствии с международно признанными нормами и стандартами) и эффективность предоставления услуг за счет инвестиций в инфраструктуру и оборудование, а также организационных реформ.

Текущая и будущая сеть были визуализированы в программном приложении ГИС в форме интерактивных карт и информационных панелей, обобщающих ключевые показатели эффективности (КПЭ), чтобы упростить политические и управленческие решения, касающиеся приоритизации, реализации и мониторинга Мастер плана.

2.2 Конкретные задачи

Для достижения цели Консультант работал над следующими задачами:

Рисунок 3: Фрагментированная структура системы здравоохранения в Кыргызской Республике

- Определение потребностей населения в медицинской помощи (на сегодня и на ближайшие 15 лет).
- Анализ и оценка предложения первичной и вторичной медицинской помощи во всех регионах страны.
- Определение человеческих, инфраструктурных, технических и финансовых ресурсов, используемые в настоящее время, и те, которые необходимы в будущем для организации и улучшения оказания медицинской помощи.
- Разработка стандартов для классификации учреждений здравоохранения (типы и размеры отделений), потребностей в персонале и потребностей в инвестициях в медицинское оборудование.
- Разработка ключевых показателей эффективности (КПЭ), которые будут использоваться для мониторинга развития системы здравоохранения не только на региональном, но и на национальном уровне.
- Разработка принципов и конкретных предложений (стратегию и план реализации) для реорганизации / модернизации организаций здравоохранения на областном / районном и национальном уровнях.

Кроме того, в качестве отдельной задачи Консультант работал над стратегическим подходом для оптимизации существующей системы экстренной медицинской помощи (ЭМП), включая оценку человеческих и других ресурсов, необходимых для повышения качества и эффективности системы СМП.

2.3 Характеристики Мастер плана

Национальный Мастер план был разработан, чтобы отвечать следующим целям:

- Знать о существующей инфраструктуре здравоохранения и показателей эффективности системы здравоохранения основываясь на надежных данных и информации.
- Быть реалистичным, выполнимым и устойчивым с точки зрения его финансирования и наличия человеческого потенциала для его реализации.
- Поддержка визуальной геолокации объектов, их состояния инфраструктуры и оборудования, наличия человеческих ресурсов, количества коек и КПЭ.
- Предоставить сценарии оптимизации системы для трех временных периодов: краткосрочного (1-3 года), среднесрочного (4-7 лет) и долгосрочного (8-15 лет).

Мастер-план, представленный в этом отчете, был разработан на основе прозрачного, основанного на широком участии и на широком консенсусе подхода с привлечением всех заинтересованных сторон и органов власти на национальном, областном и районном уровнях для обеспечения приемлемости и ответственности.

Мастер план также приведен в соответствие с государственными политическими направлениями и основными направлениями широкосекторального подхода (SWAp) для укрепления системы здравоохранения и улучшения оказания медицинской помощи с учетом следующих аспектов:

- Способствовать предоставлению качественных услуг охраны здоровья матери и ребенка:
- Интегрировать уход за пациентами, страдающими туберкулезом / ВИЧ и проблемами психического здоровья, в службы ПМСП.
- Усилить систему перенаправлений (между уровнями первичной / вторичной и третичной помощей) в целом и экстренной медицинской помощи в частности.

- Предложить альтернативные модели предоставления услуг, включая дневное пребывание (амбулаторная и дневная хирургия), приложения телемедицины и электронного здравоохранения для преодоления таких барьеров, как удаленность и нехватка специализированного медицинского персонала на районном уровне.
- Поддерживать дальнейшую разработку и внедрение гарантированного государством базового пакета (ПГГ) медицинских услуг.
- Обозначить инструменты и методы для усиления обмена данными и информацией между различными национальными и международными заинтересованными сторонами.

Дорожная карта для реализации является частью Мастер плана, обеспечивающего руководство для разработки конкретных планов и шагов на районном\областном и национальном уровне с учетом:

- Нормативно-правовой базы для оказания медицинской помощи / автономии больниц.
- Требований к развитию человеческих ресурсов и непрерывного медицинского образования (НМО).
- Международные нормы и стандарты для составления потребности в медицинском оборудовании, включая требования к эксплуатации и техническому обслуживанию.
- Схемы оплаты / возмещения расходов для поставщиков медицинских услуг и соответствующие системы стимулирования.
- Затраты на жизненный цикл для инвестиций и операций оптимизированной системы оказания медицинской помощи.

2.4 Методологический подход

2.4.1 Принципы

Методологический подход к разработке генеральных планов на районном\областном и национальном уровнях состоят из:

1) Анализа существующей информации и сбора новой информации посредством посещений в каждую организацию здравоохранения, которые соответствовали критериям отбора для проекта.

Рисунок 4: Планирование потенциала как краеугольный камень процесса генерального планирования

2) Определения и утверждения исчерпывающего списка ключевых показателей эффективности, которыми руководствовался анализ.

3) Проведения анализа, основанного на использовании ресурсов, путем объединения эталонных показателей и стандартов, основанных на контексте.

4) Составления карты и визуализации результатов оценки и анализа информации.

5) Разработки концепции интеграции услуг на основе концепции Интегрированной сети предоставления услуг (ИСПУ).

6) Разработки контекстно-ориентированных и сравнительно показательно-ориентированных стандартов для человеческих ресурсов, медицинского оборудования и инфраструктуры.

7) Определения критериев определения приоритетов и основные предположения для разработки краткосрочных, среднесрочных и долгосрочных сценариев.

8) Разработки базовых и оптимальных сценариев развития служб здравоохранения в стране и в каждом районе.

План рационализации организации здравоохранения (Мастер-план) основан на двух параллельных процессах стратегического планирования: анализе спроса на услуги (текущие и будущие потребности населения в здравоохранении) и анализе предложения услуг (текущего и планируемого).

Это представлено в блок-схеме процесса выше. Путем анализа спроса и предложения на медицинские услуги на всех уровнях будет документирована существующая мощность и оценены будущие потребности. Выявленный пробел - это тот, который мастер-план должен стремиться заполнить посредством двустороннего подхода:

1) рационализация текущей парадигмы предоставления услуг, и

2) привлечение новых ресурсов (человеческих, инфраструктурных и финансовых) по мере необходимости.

2.4.2 Источники данных и анализы

Процесс Мастер плана был подтвержден убедительными доказательствами, включая как существующую информацию, полученную из Центра электронного здравоохранения (ЦЭЗ), Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС), так и Национального статистического комитета Кыргызской Республики, а также собственные данные и информация, собранные в контексте комплексной оценки организаций здравоохранения.

Анализ данных основывался на целях проекта и КПЭ и визуализировался с помощью статических и динамических карт ГИС. На рисунке 5 показаны принципы наших процессов сбора данных, анализа и визуализации процессов, а также вся система управления информацией.

Рисунок 5: Краткое изложение процесса анализа данных и обзор последующих шагов

Мы собрали данные о: i) инфраструктуре здравоохранения (тип, количество коек, палаты, физическое и функциональное состояние зданий и оборудования); ii) о человеческих ресурсах и iii) об уровнях деятельности (количество амбулаторных посещений, количество пролеченных в стационарах, уровень занятости койко-мест и средняя продолжительность пребывания) в рамках сбора информации по всей стране, проведенного в 2019 году. Изначально планировалось охватить выборку из 140 организаций здравоохранения, но в итоге были посещены 520 мест дислокации организаций здравоохранения с филиалами и их различными структурными подразделениями, как указано в таблице ниже:

Таблица 1: Оцененные медицинские учреждения

Тип	Количество
Больницы, ЦОВП и ЦСМ	193
Филиалы ОЗ	113
Отдельно расположенные территории структурных подразделений ОЗ/администрация, диагностика, палаты	58
СМП	156
ВСЕГО	**520**

Полученные данные позволили команде проекта в сотрудничестве с национальными заинтересованными сторонами принять обоснованные решения для стратегического развития служб здравоохранения.

Мобильный сбор данных

Форма сбора данных, состоящая из множества таблиц, была разработана, закодирована и оптимизирована для использования на компьютере, планшете или смартфоне. В дополнение к собираемой информации и отражению примечаний в виде свободного текста, он также позволил геодезистам делать снимки и записывать видео и аудио файлы. Все данные были загружены на сервер для хранения и резервного копирования, а затем загружены в удобочитаемом формате (MS Excel) для анализа и распространения данных.

Ключевые показатели эффективности

На основе целей Мастер плана, целей местных заинтересованных сторон и передовой международной практики был разработан список ключевых показателей эффективности (К ПЭ), чтобы установить базовые значения для всех показателей и дать возможность национальным заинтересованным сторонам постоянно обновлять и отслеживать эти К ПЭ. К ПЭ охватывают все аспекты функционирования системы здравоохранения, в том числе:

- Численность населения, состояние здоровья населения и потребности населения в медицинской помощи, с разбивкой по наиболее достижимому детальному уровню.
- Ресурсы для оказания медицинской помощи (людские, инфраструктурные, медицинское оборудование и финансовые) с разбивкой по организациям / подразделениям.
- Результаты системы здравоохранения и результаты состояния здравоохранения, которые будут отслеживаться в качестве ключевых показателей эффективности и будут связаны как с потребностями населения в области здравоохранения, так и с состоянием и ресурсами для предоставления медицинских услуг.

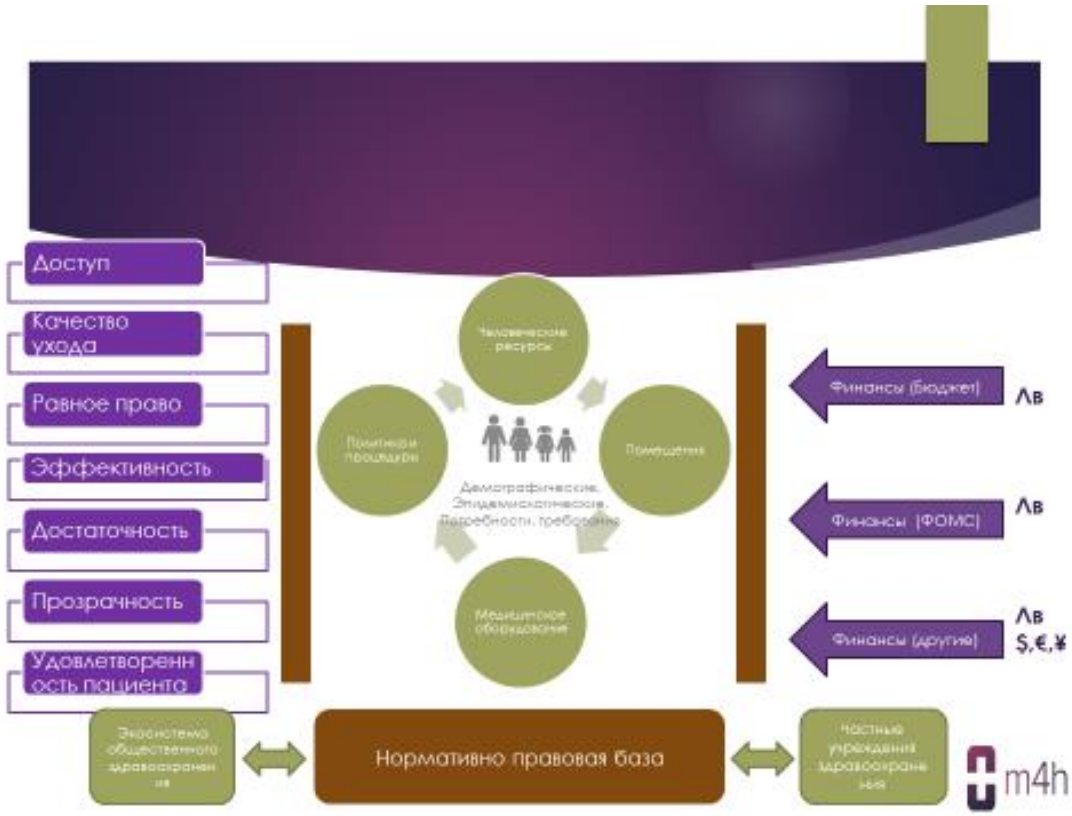
Составленный список ключевых показателей эффективности (КПЭ) был тщательно обсужден с местными заинтересованными сторонами и доработан до разработки региональных планов.

Ресурсо-ориентированный анализ

Процесс анализа данных начинается с сосредоточения внимания на медицинских потребностях населения в соответствующих зонах охвата, включая демографию, доступность, состояние здоровья, распространенность и частоту возникновения факторов, влияющих на здоровье, анализ заболеваемости и смертности и т. д. Анализ данных был основан на исходные данные из существующих данных (базы данных ЦЭЗ, ФОМС, другие соответствующие источники информации), а также из данных, собранных в ходе оценки.

В качестве последующего шага, анализ системы здравоохранения был сосредоточен на ресурсах, необходимых для предоставления медицинских услуг сегодня и в будущем. В упрощенном, но в то же время всестороннем виде, «производство» медицинских услуг является результатом согласованного использования четырех типов ресурсов: человеческих, инфраструктурных, технологических и финансовых. Все это происходит на нормативно-правовой основе. Анализ данных обеспечивает инвентаризацию (снимок) ресурсов, которые в настоящее время используются в системе здравоохранения Кыргызстана. Принимая во внимание, что человеческие и финансовые ресурсы относительно легко анализировать (поскольку они представляют собой категориальный тип информации), анализ инфраструктуры и медицинского оборудования представляет собой серьезную проблему. Консультант использовал информацию о сборе информации (включая фотографии, видео и аудиофайлы) для классификации инфраструктуры и медицинского оборудования по категориям и присвоения кода каждой категории. Как международные, так и национальные критерии были использованы для определения потребностей в инвестициях в инфраструктуру. Принятие решений о ремонте, обновлении и замене медицинского оборудования, а также оценка потребностей в инвестициях будут осуществляться в соответствии с международными и национальными стандартами. Например, общепринятым критерием является то, что срок службы большей части медицинского оборудования составляет семь (7) лет, и после завершения этого периода должна произойти соответствующая замена. В случае стран с низким и средним уровнем дохода и в условиях соответствующего обслуживания и поддержки, срок службы оборудования может быть продлен до (10) лет.

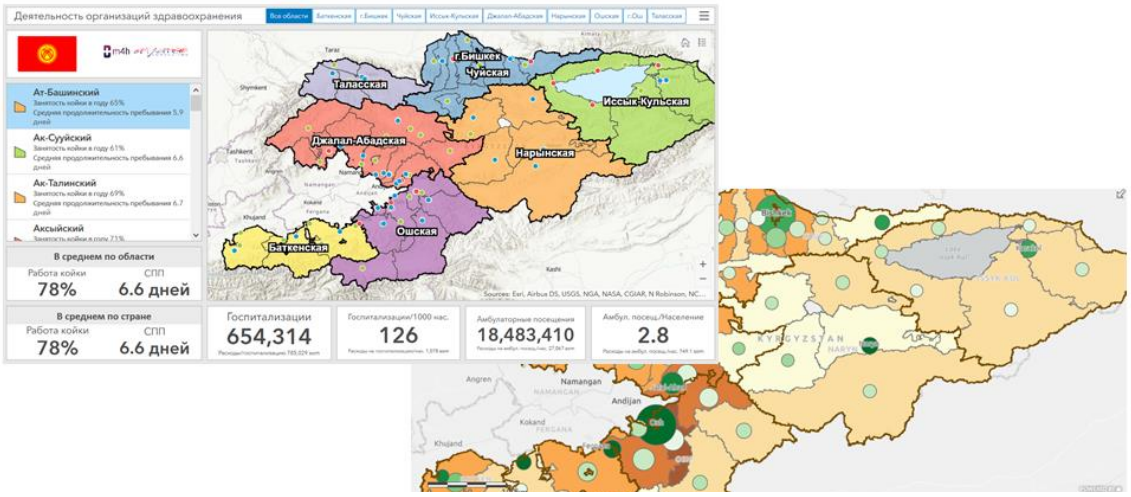
Рисунок 7: Ресурсное планирование развития служб здравоохранения



Визуализация

Картирование является отличным инструментом не только для визуализации и передачи результатов, но также стало неоценимым во время обсуждений критериев оптимизации и сценариев. Два типа картографирования были разработаны в контексте Мастер планов:

Рисунок 6: Примеры интерактивных карт и панели управления



1. Веб-карты: отображают один или несколько показателей на областном, районном и даже национальном уровне. Эти карты являются интерактивными и позволяют пользователю масштабировать, выбирать и т. д.
2. Панели управления: позволяют пользователю взаимодействовать, выбирать индикаторы и фильтры, а также применять функции прокрутки времени. К омбинация с графиками и таблицами, поддерживает возможности детализации, что позволяет передавать больший объем информации и позволяет представлять аналитические результаты для прогнозных сценариев.

Вторичные данные

Для процесса Мастер планирования мы получили вторичные данные из следующих учреждений:

• Национальный статистический комитет К ыргызской Республики по демографическим данным,

• Центр электронного здравоохранения Министерства здравоохранения для первичной медико-санитарной помощи, и

• Фонд обязательного медицинского страхования (ФО МС) по стационарной деятельности

Справочник населения

В этом отчете и связанном с ним анализе мы ссылались на данные о населении, опубликованные Национальным статистическим комитетом К ыргызской Республики, которые на 01 января 2019 года указали, что население составляет 6 389 500 человек. Из того же источника мы также получили разбивку численности населения по регионам.

Таблица 2: Население по регионам

Тип	Количество
Баткен	525 100
Жалал-Абад	1 214 400
Иссык-Куль	489 800
Нарын	287 000
Ошская область	1 341 900
Талас	263 500
Чуй	941 100
Город Бишкек	1 027 200
Город Ош	299 500

Человеческие ресурсы

Мы собрали информацию о количестве штатных единиц, занятых единиц и количестве физических лиц, работающих в каждой О З.

Для расчета различных ставок и рабочей нагрузки для всех категорий персонала мы взяли в качестве расчета занятые (штатные) должности.

Финансовые данные

Финансовые данные состоят из бюджета О З (расходы по категориям), представленного в МЗ за 2018 год. Данные, собранные в ходе сбора информации, были собраны специалистами по финансированию здравоохранения, членами группы оценки в момент посещения организации здравоохранения по данным системы отчетности в О З.

2.4.3 Индикаторы и допущения

Предлагаемые сценарии будущего развития системы оказания медицинской помощи в Кыргызстане основаны на прогнозах потребностей в медицинской помощи и использовании медицинских услуг, которые были рассчитаны на основе следующей информации и предположений:

Распространенность заболеваний и рост населения

Мы использовали хронологические данные о распространенности заболеваний (Источник: Центр электронного здравоохранения Кыргызской Республики) за период с 2008 по 2015 год и ожидаемый рост населения (источник: www.populationpyramid.net), чтобы проанализировать связанную динамику и тенденции и спрогнозировать ожидаемый спрос на здравоохранение на следующие сроки:

- 2019-2023 (краткосрочные)
- 2023-2027 (среднесрочные)
- 2027-2035 (долгосрочные)

Обзор данных за предыдущие годы показывает, что ежегодный рост общей заболеваемости составил 0,86% (Таблица 3).

Однако при рассмотрении ожидаемых изменений численности населения за вышеуказанные временные рамки было отмечено, что спрос будет расти быстрее, поскольку население в среднем будет стареть. Это особенно заметно в возрастном сегменте старше 65 лет, где ожидается, что процентные показатели будут неуклонно расти (Таблица 4).

Таблица 3: Население старше 65 лет в% от общего числа

	2019	2023	2027	2035
Более 65 лет как % населения	4.6%	5.4%	6.4%	8.0%

Соответственно, мы скорректировали прогнозируемый рост распространенности заболеваний во временных рамках, чтобы отразить эти изменения. В сочетании с прогнозируемым ростом населения мы ожидаем, что общий спрос будет развиваться следующим образом:

*Комбинированный коэффициент = ((1 + годовой прирост населения) ^ период времени в годах) * ((1 + годовой рост распространенности заболевания) ^ период времени в годах)) - 1*

Как один из элементов демографического перехода, ожидается, что количество родов будет изменяться.

Таблица 2: Распространенность заболеваний - совокупный годовой темп роста (CAGR) 2008-2015

Тип	Значение (2015)	Госпитализации §	Число #
Болезни системы кровообращения	14.2%		+2.481%
Заболевания желудочно-кишечного тракта	13.5%		+4.914%
Заболевания дыхательных путей	13.1%		-1.310%
Заболевания мочеполовой системы	11.2%		+0.238%
Заболевания перинатального периода	6.7%		+12.336%
Заболевания нервной системы	6.0%		+1.044%
Болезни глаз	5.8%		+3.025%
Эндокринные заболевания	5.5%		+1.183%
Болезни костно-мышечной системы	4.2%		+3.120%
Заболевания крови и кроветворных органов	4.2%		-2.228%
Травмы и отравления	4.1%		+0.326%
Заболевания кожи	3.7%		-2.453%
Психические расстройства	2.9%		+0.667%
Инфекционные заболевания	2.7%		-2.087%
Опухоли	1.4%		-0.124%
Overall			**0.856%**
§ Красный указывает на высокую, желтую - на умеренную, а зеленую - на низкую потребность в госпитализации			
# Красный (CAGR> 1%) указывает на необходимость увеличения вместимости кровати; зеленый (CAGR <-1%) необходимо уменьшить вместимость кровати			

Таблица 1: Прогнозируемый прирост населения и распространенность заболеваний, Кыргызстан, 2020 - 2035 гг.

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

Прогнозируемое количество родов (2035 к 2019), как ожидается, сократится на 7,43%.

Деятельность больниц

Коэффициент занятости койко-мест (BOR) от 80 до 90% (средний уровень 85%) представляет собой экономический оптимум в отношении эксплуатации человеческих и финансовых ресурсов, а также инфраструктуры и технической среды, предоставляемой медицинской организацией, предоставляющей стационарные услуги.

Однако в зависимости от уровня медицинской помощи (первичная / вторичная или третичная / специализированная помощь) и местоположения организации (сельская местность / город / плотность населения) цели могут различаться, а в отдаленных районах с трудным географическим доступом показатель занятости составит 75%. В течение года все еще может быть приемлемым, обеспечение максимального количества коек, которые могут потребоваться во время сезонных пиков заболеваемости, особенно в отношении инфекционных заболеваний, и сезонных моделей использования (отобранных) медицинских услуг (например, низкие показатели использования больниц общего профиля во время сезона сбора урожая в сельской местности или во время курортного сезона).

Потребность в больничных койках была определена исходя из целевого показателя работы койки от 80% до 90%. Если показатель работы койки ниже 80%, мы предлагаем снижение, если показатель работы койки выше 90%, мы предлагаем увеличение количества коек, чтобы вернуться в предложенный диапазон.

Койки дневного пребывания

Мы ожидаем, что благодаря сочетанию организационных мер, улучшений в управлении процессами ухода и результатами интеграции услуг многие случаи, которые в настоящее время рассматриваются как обычные стационарные пациенты, могут рассматриваться в соответствии с концепцией и условиями дневного пребывания.

Мы предполагаем, что (по крайней мере) 15% всех стационарных больных могут лечиться в условиях дневного пребывания.

Этот эффект может материализоваться в конце первого этапа реализации Мастер плана (2020–2023 годы).

Средняя продолжительность пребывания (Показатель СПП)

В результате усовершенствования технологий, внедрения основанных на фактических данных руководящих принципов клинической практики, использования механизмов дневного ухода и внедрения схем оплаты на основе КЗГ, и результатов мы ожидаем, что средняя продолжительность пребывания (СПП) будет снижена примерно на 10%, Этот эффект также будет реализован к концу первого этапа реализации Мастер плана (2020–2023 годы).

Планирование инфраструктуры

Мы использовали следующие цифры для оценки требований к общей площади зданий (ОПЗ) на 1 больничную койку в различных типах больниц:

- 70 м2 / койка - ОПЗ для национальных и областных (региональных) больниц
- 60 м2 / койка - ОПЗ для местных / территориальных (районных) больниц

Что касается инвестиционных потребностей для развития инфраструктуры здравоохранения, мы использовали следующие цифры:

- Небольшой ремонт здания больницы: 195 долларов США / м2.
- Капитальный ремонт здания больницы: 300 долларов США / м2.
- Новое строительство здания больницы (районный уровень): 1250 долларов США / м2.
- Новое строительство здания больницы (региональный / национальный уровень): 1500 долларов США / м2.

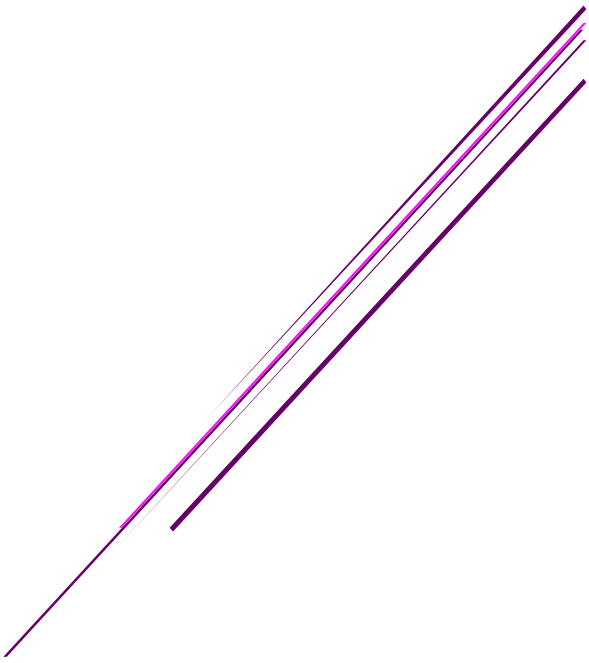
Новое строительство было предложено во всех тех случаях, когда стоимость ремонта (реконструкции/модернизации, если таковое требуется) превышает 60% от стоимости нового строительства.

2.4.4 Этапы

Рекомендации в Мастер плане сгруппированы в три этапа:

Таблица 6: Этапы Мастер плана	Период	Продолжительность
Краткосрочный	2020-2023	3,5 лет
Среднесрочный	2024-2027	4 года
Долгосрочный	2028-2035	8 лет
ВСЕГО	**2020-2035**	**15,5 лет**

3 Контекст



3 Контекст

3.1 Страновой контекст

Кыргызская Республика не имеет выхода к морю в Центральной Азии. Граничит с Казахстаном, Узбекистаном, Таджикистаном и Китаем. С населением 6 389 500 человек (на конец 2018 года) и площадью 119 951 км2 Кыргызская Республика имеет низкую плотность населения - 27,4 человек на км2.

66% населения проживает в сельских и горных местностях, что говорит о низком показателе количества населения на территорию. Население страны показывает тенденцию значительного прироста, и ожидается, что к концу жизненного цикла данного Мастер плана, возможно, население сможет достичь до 7,9 млн. человек. Тем не менее, рост населения будет сопровождаться так же сопутствующими демографическим переходом и эпидемиологическим сдвигами.

Страна разделена на 7 областей и 2 города государственного значения (Бишкек и Ош, 1,03 млн. человек и 299,5 тыс. жителей). Другими важными городами являются Джалал-Абад, Каракол, Токмок, Кара-Балта, а также центральные города каждой области. Каждая область делится на районы, в общей сложности 44 районов по всей стране. Такое административное деление является важным, так как организации здравоохранения, предоставляющие медицинскую помощь имеют, как правило, одинаковую структуру в каждой области, в которых имеются как Объединенные областные больницы (за исключением Ошской области), и в каждом районе, в которых есть как территориальные, так и межрайонные больницы. В городах Бишкек и Ош находится несколько городских больниц. Такое разделение по районам важно.

Например, показатель КМС варьируется от 13,4 на 100 000 живорождений в городе Бишкек до 59,4 в Баткенской области.

Подобные различия присутствуют не только в каких-либо заболеваниях, а также наблюдается в обеспеченности услуг при распределении ресурсов по областям и районам.

3.2 Экономический контекст

С провозглашением суверенитета в августе 1991 года и введением рыночной экономики, Кыргызской Республике пришлось пережить первоначальное падение ВВП, и такая тенденция вновь вернулась в начале 2000-х годов. В этот период в стране прошел ряд сложных политических, экономических и социальных реформ, направленных на развитие современной парламентской демократии и социальной рыночной экономики. Но за последнее десятилетие Кыргызстан значительно улучшил свой рейтинг в Индексе человеческого развития (ИЧР). ВВП на душу населения / ППС (паритет покупательской способности) вырос до 3725 в текущих международных долларах (2017 год). Показатели ВВП / ППС росли почти непрерывно, и даже значительно, вплоть до 2014 года, после которого наступил период отрицательных показателей, главным образом объяснимый влиянием кризиса мировых финансовых рынков.

Рисунок 8: Демографический профиль населения, предполагаемые тенденции и основные показатели здоровья

Общий коэффициент рождаемости: 3,0 (2017 год)
Количество рождений: 24,8 на 1000 (2017)
Количество умерших: 5,4 на 1000 (2017)
Рост населения: 1,69%
Ожидаемая продолжительность жизни: 71,1 года (2017 г.)
Ожидаемая продолжительность жизни: 67,2 года (2017 г., М)
Ожидаемая продолжительность жизни: 75,4 года (2017, Ж)
Коэффициент младенческой смертности: 15,6 на 1000 (2017 год)
Коэффициент материнской смертности: 31,2 на 100000 (2017 год)

Исходя из таких макроэкономических показателей, Кыргызская Республика по-прежнему классифицируется как страна с доходами ниже среднего уровня в рейтинге стран в кредитной группе Всемирного банка.

Следует отметить, что устойчивый рост ВВП (ППС) продолжается при сохранении относительно стабильного государственного долга ниже 60% ВВП страны (CEIC данные за 2017 год).

Показатель	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ВВП (ППС) в млрд	14,26	14,78	14,89	16,10	16,39	18,47	19,56	20,54	21,60	22,97
ППС на душу населения	2.666	2.728	2.719	2.901	2.894	3.198	3.318	3.411	3.517	3.725
Рост ВВП	7,6%	2,9%	−0,5%	6,0%	−0,1%	10,9%	4,0%	3,9%	3,8%	4,5%
Инфляция (%)	24,5%	6,8%	8,0%	16,6%	2,8%	6,6%	7,5%	6,5%	0,4%	3,2%
Государственный долг	48%	58%	60%	49%	49%	46%	52%	65%	58%	59%

Таблица 3: Основные макроэкономические показатели в Кыргызской Республике за 10-летний период

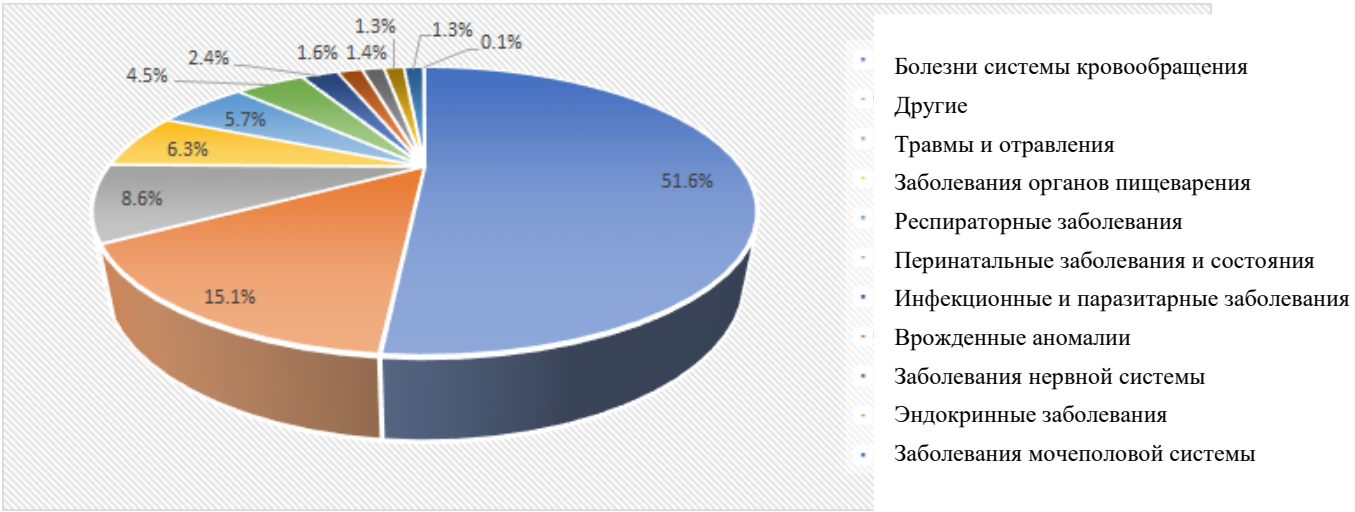
14,6% ВВП обеспечивается сельским хозяйством, где занято почти половина рабочей силы (48%). Сфера услуг обеспечивают более половины (54,2%) ВВП, а 31,2% остальные отрасли. Горнодобывающая промышленность (добыча золота) основана на одном из крупнейших мировых запасов (золотой рудник Кумтор), которая вносит значительный вклад в ВВП страны.

3.3 Показатели здоровья

Кыргызская Республика находится в условиях демографического перехода и эпидемиологического сдвига, при этом численность населения, как ожидается, вырастет почти на 23% в сроках жизненного цикла Мастер плана, при этом численность населения старше 65 лет удвоится в течение следующих 15 лет.

Это может привести к постоянному ежегодному увеличению общей заболеваемости (в среднем на 0,86%), которое особенно важно в определенных условиях, таких как: заболевания желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата и т.д. В структуре смертности (см. рис. 2) преобладают сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), на которые приходится более 50% смертности, сопровождаемой как травмами, так и отравлениями. Институт оценки здоровья также указал в своем 10-летнем анализе (с 2007 по 2017 год), что эпидемиологический сдвиг в Кыргызстане полностью осуществлен. Общая смертность снижается (показатель среды, благоприятствующей хорошему здоровью и благополучию), в то время как неинфекционные заболевания (НИЗ) либо остаются на верхней границе, которые продолжают занимать все большее значение в структуре смертности.

Рисунок 9: Причины смерти (источник ЦЭЗ, 2017)



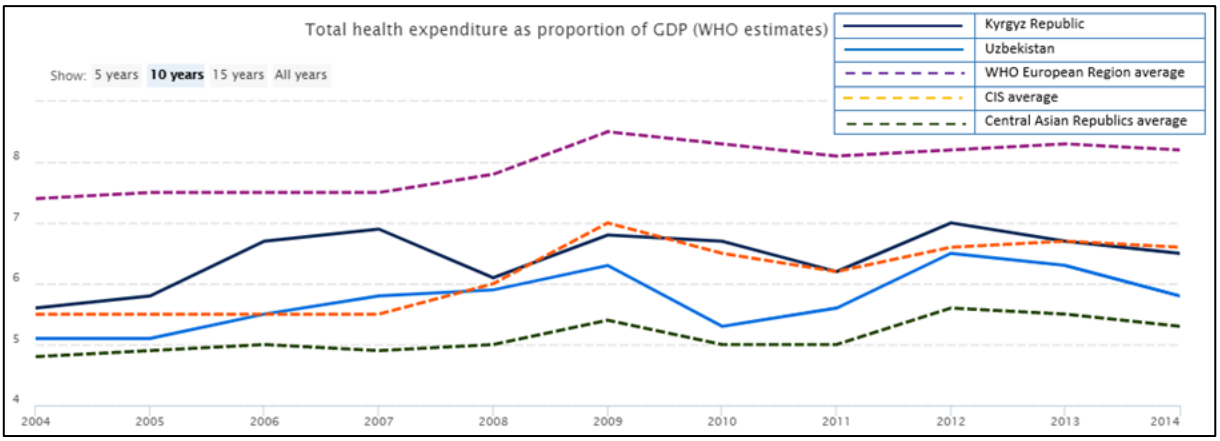


Рисунок 10: Общие расходы на здравоохранение как доля ВВП в отдельных странах и регионах (оценки ВОЗ)

В соответствии с эпидемиологическим сдвигом уровень младенческой смертности и материнской смертности также демонстрируют тенденции к снижению. Коэффициент материнской смертности в 2017 году сократился более чем вдвое по сравнению с 2009 годом (когда он достиг высокого уровня в 63 на 100 000 рождений), тогда как в уровень младенческой смертности демонстрировал снижение более чем на 25% за пятилетний период анализа (2017 год к 2013).

В заключение следует отметить, что Кыргызская Республика, похоже, находится в полном эпидемиологическом сдвиге, когда НИЗ становятся все более важными в качестве причин заболеваемости и смертности, в то время как инфекционные заболевания приобретают все большее значение в картине здоровья населения.

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 (ФОМС) - государственный орган плательщик за медицинские услуги.

В относительном выражении Кыргызская Республика выделяет 6,5% своего ВВП на нужды здравоохранения. Это более высокий процент, чем тот, который наблюдается в соседнем Узбекистане, но средний процент, рассчитанный для всех республик Центральной Азии, но все еще ниже среднего показателя по Европейскому региону, равного 8,2. Принимая во внимание, что процент может быть увеличен за счет увеличения государственных расходов на здравоохранение, все еще есть рекомендуемые ограничения при балансировании расходов между секторами экономики. При рассмотрении текущих общих расходов на здравоохранение (ОРЗ) на душу населения ситуация менее позитивная. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), на душу населения в Кыргызской Республике в 2014 году приходилось 215 долларов США (по паритету покупательной способности - ППС). Несмотря на увеличение по сравнению с абсолютным минимумом в 1995 году (оценивается в 73 доллара США), этот показатель остается низким как в абсолютном, так и в относительном выражении. Фактически, соседний Узбекистан почти на 60% выше при 340 долл. США на душу населения. Частные расходы на здравоохранение в основном представлены наличными платежами, такими как сооплата, покупка лекарств, плата за услуги вне ПГГ, а также неформальные платежи. ЧРнЗ по-прежнему составляет значительную часть (около 40%) от ОРЗ и продолжают увеличиваться (ВОЗ, 2015 г.), поскольку расходы на лекарства и плата за госпитализации являются гораздо более тяжелым финансовым бременем для отдельных лиц, нежели амбулаторное лечение. Неравномерное распределение финансового

бремени, связанного с медико-санитарной помощью, можно продемонстрировать с помощью социально-экономического градиента, показывающего, что 31% бюджета домохозяйства на душу населения расходуется на расходы, связанные со здоровьем, из карманных расходов домохозяйств в беднейшем квинтиле населения, где оно составляет 22% (только) в сравнении с самым богатым квинтилем (ВОЗ).

Внешнее финансирование предоставляется двусторонними и многосторонними партнерами по развитию (ВБ , KfW, Швейцарское бюро по развитию и др.) через механизм Широкосекторального подхода (SWAp), или через финансирование отдельных проектов на основе двусторонних соглашений.

ПГГ определяет доступ к (бесплатной) помощи населению, в котором содержится довольно обширный список категорий людей, имеющих право на различные формы льгот (72), включая беременных женщин и детей в возрасте до пяти лет. Однако правительственные обязательства не всегда покрываются адекватными финансовыми ресурсами, к примеру, такими как решение парламента о бесплатной акушерской помощи. Услуги первичной медико-санитарной помощи финансируются на душу населения, в то время как услуги больницы покрываются с помощью упрощенной системы групп, связанных с диагнозом (КЗГ).

3.4 Реформы сектора здравоохранения

3.4.1 Манас и Манас Таалими

Две основные программы реформы здравоохранения, реализованные после обретения независимости страны, состоящие из «Манас» (1996–2006 годы) и «Манас таалими» (2006–2010 годы) были направлены на внесение структурных изменений в системе здравоохранения, что привело к укреплению первичной медико-санитарной помощи, развитию института семейной медицины и реструктуризации больничного сектора.

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

Через создание сельских комитетов здравоохранения была введена программа «Институт общественного здоровья», которая способствует укреплению здоровья и позволяет отдельным лицам и сообществам брать на себя больше ответственности за свое здоровье.

Реформа финансирования здравоохранения состояла из введения разделений между Покупателем и Поставщиками медицинских услуг и внедрение системы единого плательщика в рамках программы государственных гарантий (ПГГ).

Ответственностью ФОМС стала функция Единого плательщика с аккумулированием средств от поступлений по средствам страхования. Фонд были создан на национальном уровне, и с 2006 года, заменил все органы, действующие на областном уровне. Переход от областного объединения средств к объединению на национальном уровне позволил ФОМС распределять средства более справедливо в рамках ПГГ и Дополнительного пакета лекарств.

3.4.2 Национальная программа «Ден соолук»

Национальная программа «Ден соолук» (2012-2018 гг.) была разработана с целью дальнейшего укрепления и продвижения реформ. Б ыли определены четыре программных приоритета: i) сердечно-сосудистые заболевания; ii) охрана здоровье матери и ребенка; iii) туберкулез и iv) борьба с ВИЧ / СПИД.

Ден Соолук стремился расширить и улучшить охват услугами, прежде всего в этих четырех областях, устраняя препятствия к доступности и другие пробелы в системе здравоохранения. Пять компонентов программы направлены на укрепление системы здравоохранения: общественное здравоохранение, индивидуальные услуги, финансирование, управление персоналом и стратегическое управление.

3.4.3 Областные Мастер планы

Мастер-план, профинансированный Всемирным банком, был проведен в 2013 году для подготовки к развитию системы здравоохранения в трех городах О ш, Джалал-Абад и Б аткен. Б ыли разработаны рекомендации по оптимизации стационарных О З посредством слияния и закрытия отдельных организаций здравоохранения. Б ыли определены требования с точки зрения укомплектованности человеческими ресурсами, и были внесены предложения по ремонту, реконструкции и ведению нового строительства зданий вместе с расчетом необходимых финансовых ресурсов. А также были представлены варианты реорганизации лабораторного сектора. О тчет содержал описание текущей ситуации и будущих прогнозов по инфраструктуре и оборудованию, изменениям коечного фонда, укомплектованности персоналом, стоимости улучшений и рекомендации по оптимизации для каждой обследованной организации здравоохранения. Б ыли предложены некоторые модели по оптимизации управления сектором здравоохранения в будущем.

3.4.4 Секторальные Мастер планы

Мастер план развития родовспомогательной и неонатальной службы в северных районах К ыргызской Республики, финансируемый KfW, был проведен в 2015 году. Цель заключалась в том, чтобы предложить долгосрочные перспективы развития областных центров охраны здоровья матери и ребенка, а также определить финансовые и технические ресурсы, необходимые для улучшения инфраструктуры, оборудования и качества обслуживания в соответствии с международными стандартами акушерской и неонатальной (неотложной) помощи. Мастер планы были разработаны для Чуйской, Таласской, Нарынской и Иссык-К ульской областных больниц, с предложениями по оптимизации коечного фонда, человеческих ресурсов и доступности функционального оборудования. Б ыли внесены предложения по строительству и реконструкции зданий, и были даны рекомендации по будущему функционированию каждой организации охраны здоровья матери и ребенка.

3.4.5 Реформа финансирования здравоохранения

Проект по финансированию здравоохранения, основанный на результатах (ФО Р), финансируемый Всемирным банком, был направлен на внедрение новой системы мониторинга и оценки эффективности для повышения качества помощи, оказываемой населению, с особым акцентом на уход за матерью и ребенком. В 21 случайно выбранных районах и 68 больниц получили дополнительное финансирование (в общей сложности около 9 миллионов долларов США). Выборка была разделена на три группы. Двое из них использовали инструменты мониторинга и оценки, при которых одна группа получала финансирование, ориентированное на результаты, а другая не получала никакого финансового стимула. Третья группа послужила контролем.

Все участвующие организации здравоохранения улучшили свое качество, создав систему управления качеством. Руководители служб стали более рациональными в планировании и использовании ресурсов, особенно в части лекарственных средств. В большинстве больниц наблюдается улучшение материально-технической базы, в том числе жизненно важным медицинским оборудованием, улучшение санитарно-гигиенических условий для пациентов и персонала. Кроме того, персонал больниц стал участвовать в обсуждении своего финансового положения, что привело к большей прозрачности в управлении средствами больниц.

3.4.6 Автономия больниц

Целью проекта «Автономия организаций здравоохранения в Кыргызстане», финансируемого Швейцарским бюро по сотрудничеству в Кыргызстане, было повышение качества и эффективности медицинских услуг путем разработки, тестирования и распространения модели автономного управления организациями здравоохранения.

Проект состоял из 2 компонентов:

Компонент 1: Управление организацией здравоохранения - среднесрочный эффект: организации здравоохранения способны эффективно управлять и использовать более расширенную автономию.

Компонент 2: Управление системой здравоохранения - среднесрочный эффект: Наличие системы контроля и благоприятная внешняя среда, которые способствуют улучшению автономных организаций здравоохранения.

Виды деятельности:

- Оптимизация рабочих мест и рабочих процессов здравоохранения в организациях здравоохранения, включая поток пациентов в учреждениях первичной медико-санитарной помощи.
- Создание отделений экстренной медицинской помощи в территориальных больницах.
- Создание палат для кратковременного пребывания пациентов (детей).
- Пересмотр и разработка должностных инструкций основных категорий персонала всех пилотных организаций здравоохранения.
- Укрепление потенциала пилотных организаций здравоохранения на начальном и среднем уровнях.
- Улучшение оборудования с помощью пилотных организаций здравоохранения.
- Разработка и внедрение ФОР на уровне ПМСП.
- Улучшение информационной отчетности в пилотных организациях здравоохранения.
- Запуск грантового компонента проекта.
- Оптимизация лабораторных услуг.

3.5 Программы здоровья

3.5.1 Здоровье матери и ребенка

Программа охраны здоровья матери и ребенка, начатая в 2014 году, финансируется Германским банком развития KfW и направлена на улучшение доступа к качественной медицинской помощи посредством создания перинатальных центров третичного уровня в Бишкеке и Оше.

Новое строящееся здание в Бишкеке имеет 10 родильных залов, 3 операционных, отделение интенсивной терапии для взрослых на 12 коек, отделение интенсивной терапии для новорожденных на 20 коек и отделение интенсивной терапии для детей второго этапа выхаживания на 14 коек.

Открытие Центра запланировано на конец 2020 года. Это будет организация здравоохранения третичного уровня в Кыргызской Республике в соответствии с международными стандартами и оснащенное новейшим оборудованием.

3.5.2 Борьба с туберкулезом

Программа борьбы с туберкулезом, финансируемая Германским банком развития KfW, направлена на улучшение диагностики и лечения туберкулеза и других инфекционных заболеваний. Ранее была создана и оборудована национальная референс-лаборатория BSL-III уровня, работающая с 2013 года, для укрепления диагностического потенциала специально для лечения МЛУ-ТБ .

На текущем этапе программы в Бишкеке будет строиться современная противотуберкулезная больница.

Проект по борьбе с туберкулезом, продолжающийся с 2014 года, финансируется USAID. Он направлен на снижение бремени ТБ и развитие МЛУ ТБ в Кыргызской Республике, а также на улучшение доступа к качественным противотуберкулезным услугам.

Благодаря вышеупомянутой поддержке в стране была внедрена система лечения ТБ и МЛУ-ТБ , которая в большей степени ориентирована на пациентов. Созданы благоприятные условия для продвижения услуг по борьбе с туберкулезом в соответствии с международными стандартами. Персоналу всех существующих организаций, предоставляющих медицинские услуги, было предложено наращивать потенциал для усиления управления службами по борьбе с ТБ и МЛУ-ТБ посредством использования электронной ТБ -АСУ, включая базу данных для принятия решений на основе научных данных.

3.5.3 Профилактика, диагностика и лечение ВИЧ / СПИДа

Программа по профилактике ВИЧ / СПИДа, финансируемая Германским банком развития KfW, направлена на улучшение диагностики тестирования на ВИЧ / СПИД и других инфекционных заболеваний. В рамках этого проекта были определены потребности существующих организаций здравоохранения, занимающихся диагностикой ВИЧ, и была создана сеть лабораторий по ВИЧ / СПИДу и поставлено оборудование. Специалисты Республиканского центра по ВИЧ / СПИДу и референс-лабораторий были обучены современным методам тестирования на ВИЧ и контроля качества, и в свою очередь провели обучение 68 местных сотрудников лаборатории с использованием нового оборудования для тестирования на ВИЧ.

Программа безопасного переливания крови, финансируемая Банком развития KfW, поддержала реорганизацию служб крови, оптимизировав управление сдачей крови в 39 отделениях переливания крови и создав 10 центров по производству и хранению компонентов крови. Донорская кровь систематически проверяется на ВИЧ и гепатит в централизованных лабораториях по СПИДу и региональных центрах по СПИДу с использованием современного лабораторного оборудования и одноразовых систем для подготовки крови. Все работники лабораторий областного и республиканского центров переливания крови прошли обучение по безопасному переливанию крови.

3.6 Определенные проекты

3.6.1 Поддержка Манас Таалим

Проект «Поддержка программы сектора здравоохранения «Манас таалими», финансируемый Германским банком развития KfW (800 000 евро) (2011–2013 годы).

Проект состоит из 3 компонентов:

Компонент 1: Улучшение службы закупок и технических служб, сфокусированных на разработке стандартов, руководств и спецификаций для закупки медицинского оборудования, системы закупок, ведения базы данных мониторинга и фонда для устойчивых услуг.

Компонент 2: Оптимизация и рационализация госпитальных услуг (Бишкек / Ош).

Компонент 3: Улучшение стандартов медицинских услуг: разработка «пакета услуг для неотложной» и «пакета перинатальной помощи».

3.6.2 Медицинское образование

Проект «Реформы для медицинского образования в Кыргызской Республике», фаза 2, финансируется Швейцарским бюро по развитию (2017 г. - в процессе) (3 200 000 шв.франков).

Цель: медицинские потребности населения, особенно в сельской местности, удовлетворяются подготовленными и компетентными медицинскими работниками.

В рамках данного проекта проведены следующие мероприятия: оценка учебной программы от 1-5-летнего курса, завершение программы 6-го курса с углублением клинической подготовки - утверждение Положения о резидентуре, разработка программы на уровне аспирантуры врачей общей практики / Семейный врач по специальности, разработка каталогов компетенций для специалистов на уровне аспирантуры, разработка Положения о накопительной системе зачисления часов (кредитов), оценка клинических основ и разработка Положения о клинических базах, внедрение децентрализованного последипломного образования, введение дистанционного образования по всей стране, внедрение нового метода обучения, экспертная группа, стратегия развития сестринского образования.

3.6.3 Ошская городская больница

Проект "Строительство больничного комплекса в городе Ош с грантом правительства Китая" 181 млн.китайских юаней.

Цель: Строительство современного высокотехнологичного медицинского учреждения для населения Кыргызской Республики.

В настоящее время строительство завершено, оборудование доставлено. Были задержки в подготовке внешних сетей с киргизской стороны, средства были выделены из мэрии города Ош. Также из Министерства здравоохранения Кыргызской Республики поступил запрос на поставку дополнительного оборудования (компьютерная томография, ЯМР, ангиограф); было получено соглашение с китайской стороны об условиях подготовки помещения и здания с киргизской стороны. Китайская сторона готова провести разведочные работы по подготовке помещений и монтажу.

3.6.4 Больница кыргызско-турецкой дружбы

Проект «Строительство Бишкекской больницы кыргызско-турецкой дружбы» в Бишкеке, финансируемый Турецкой Республикой (грант).

Цель: Строительство хирургической больницы в городе Бишкек.

В рамках этого проекта строительство завершено, оборудование поставляется. Мэрия Бишкека обеспечила снабжение земельным участком, на котором было построено здание больницы, и где

была оборудована строительная площадка, такими коммунальными услугами, как электричество, вода, природный газ, канализация. Есть проблемы с подключением системы отопления и медицинского газа.

3.6.5 Управление больничными отходами

Проект «Обращение с отходами в больницах Кыргызстана», финансируемый Швейцарским офисом сотрудничества (2017 год - продолжается) (1.620.000 шв.франков).

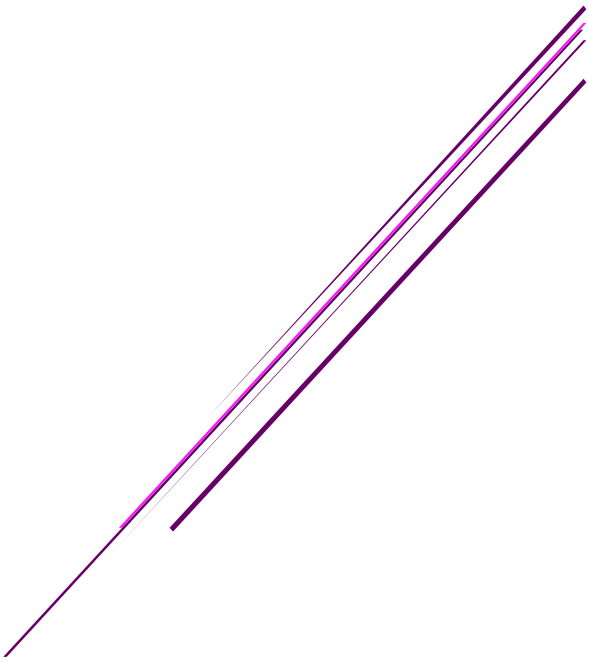
Цель: повышение безопасности пациентов и персонала в организациях здравоохранения путем успешного продвижения систем инфекционного контроля.

В настоящее время функционирует стандартизированная система контроля внутрибольничных инфекций. Пациенты в отделениях высокого риска обеспечили безопасные условия во время госпитализации. Планируется разработать стандарты рабочих процедур для подразделений высокого риска, инструкции, учебный курс, обучение, мониторинг и оценку.

3.6.6 Другие проекты

Кроме того, министерство здравоохранения в настоящее время планирует построить два новых здания: 1) Городскую детскую клиническую больницу скорой помощи г. Бишкек, финансируемую Саудовским фондом развития в размере 30 000 000 долларов США, и 2) Строительство и оснащение Нейрохирургического центра при Национальном госпитале, финансируемый Кувейтским фондом арабского экономического развития в виде кредита в размере 20 400 000 долларов США.

4 Полученные результаты



4 Полученные результаты

4.1 Организации здравоохранения в Кыргызской Республике

В рамках Генерального плана были посещены 193 организации здравоохранения, в целом состоящие из 520 объектов. Б ольшинство посещенных организаций здравоохранения находились в Жалал-Абадской области (116), в то время как Таласская область была регионом с наименьшим количеством объектов (30).

153 стационарные организации были предназначены для оказания общей стационарной помощи, а 77 - для оказания специализированной стационарной помощи. Пункты скорой помощи представлены самой большой категорией объектов (158). 85 пунктов входили в состав центров семейной медицины.

Рисунок 11: Расположение и виды оцениваемых объектов здравоохранения

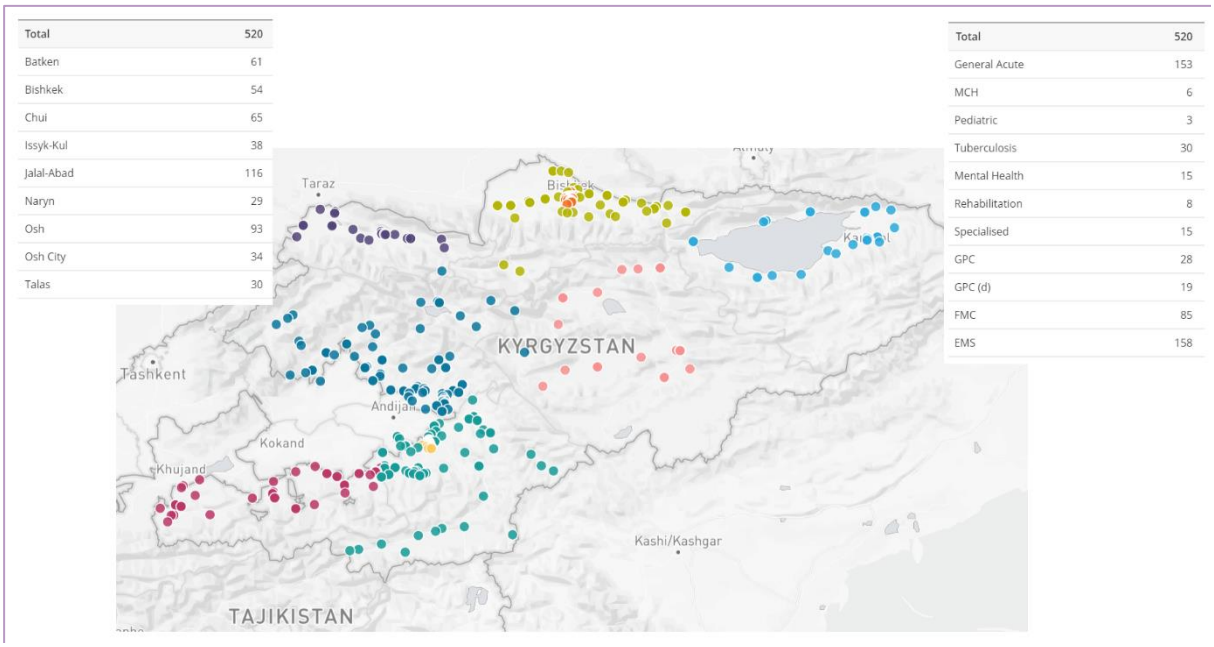


Таблица 4: Организации здравоохранения по областям и типам

Область	Общ	ЦОВП	Спец.	ОМиД	Дет.	ТБ	Ж	Реаб	ЦСМ	ЦЭМ	Всего
Баткен	4	6				2			4		**16**
Бишкек	4		10	5	1	4	2		5	1	**32**
Чуй	8	5				3	3	2	8		**29**
Иссык-Куль	6	2	1			3			6		**18**
Жалал-Абад	12	9				3	2	3	10		**39**
Нарын	5	1				1			6		**13**
Ош	7	4			1	3		1	7		**23**
г.Ош	3		2		1	2	2	1	1	1	**13**
Талас	4	2				1			3		**10**
Всего	**53**	**29**	**13**	**5**	**3**	**22**	**9**	**7**	**50**	**2**	**193**

Далее мы сфокусируем анализ на 193 организациях здравоохранения (ОЗ), определенных как организации с отдельным правовым статусом, бюджетом и структурой управления.

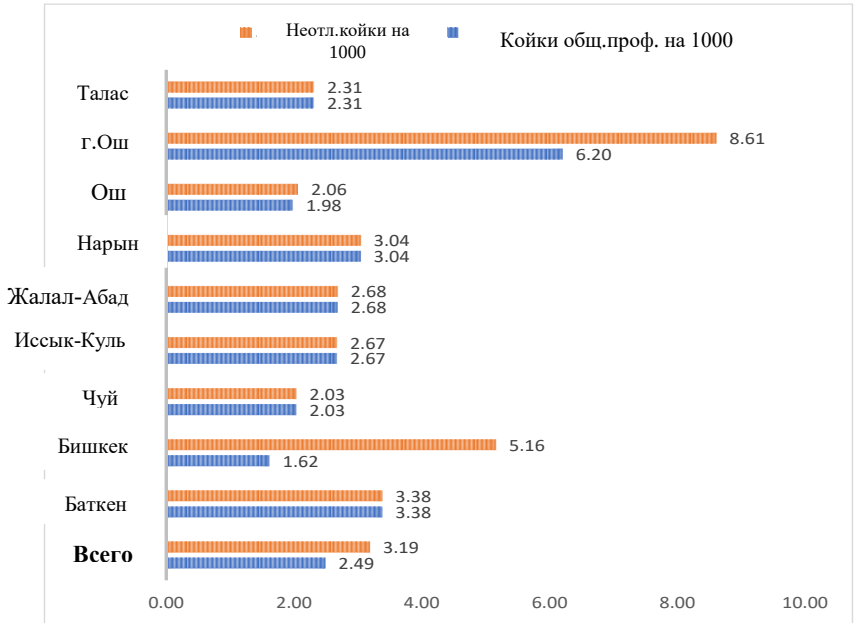
В 193 организациях здравоохранения насчитывается 25 442 больничных койки, причем большинство из них (62,5%) предназначены для оказания общепрофильной стационарной медицинской помощи. 88,2% коек для госпитальной помощи находятся в больницах, а 11,8% - в центрах общеврачебной практики (ЦОВП).

Специализированные учреждения сосредоточены в городах Бишкек и Ош и составляют 2289 больничных коек или 9% от общего количества коек.

Среди вертикальных служб здравоохранения туберкулезные койки составляют 9,1% от общего числа койко-мест, за которым следует психическое здоровье (7,0% от общего числа). Реабилитационные койки составляют 3,9% от общего количества коек.

4,4% коек находятся в организациях здравоохранения, обеспечивающих здоровье матери и ребенка (акушерские, гинекологические и перинатальные центры здоровья), тогда как 4,1% состоят из детских коек, расположенных в городах Бишкек и Ош.

Рисунок 12: Койки общего профиля на 1000 населения



Количество неотложных коек составляет 3,19 на 1000 населения, а количество коек общего профиля составляет 2,49 на 1000 населения. Эти числа распределены неравномерно. Города Бишкек и Ош имеют самое большое количество мест для оказания стационарной помощи на душу населения, поскольку в них находятся национальные и межрегиональные специализированные отделения. Если мы исключим эти койки, то в городе Бишкек отмечается самое низкое число специализированных коек на душу населения в стране.

Что касается вертикальных программ, количество туберкулезных коек составляет 0,36 на 1000 населения, количество коек для психиатрических больных - 0,28 на 1000 населения, а количество реабилитационных коек - 0,15 на 1000 жителей. Общее количество коек составляет 3,98 на 1000 населения.

	ОЗ	врачам ГСВ	узк.спец	фельдш.	СМП	Всего
Баткен	10	484 738	443 597	346 566	186 884	1 461 785
Бишкек	6	2 639 397	1 279 908	0	423 466	4 342 771
Чуй	13	913 655	352 298	577 751	182 690	2 026 394
Иссык-Куль	8	445 408	308 393	471 110	80 622	1 305 533
Жалал-Абад	19	975 527	775 781	955 296	270 538	2 977 142
Нарын	7	272 072	317 261	253 210	55 176	897,719
Ош	11	1 116 514	584 484	1 798 569	367 790	3 867 357
г.Ош	2	457 111	392 748	87 194	175 478	1 112 531
Талас	5	178 043	124 716	215 617	54 728	573 104
Всего	**81**	**7 482 465**	**4 579 186**	**4 705 313**	**1 797 372**	**18 564 336**
Процент	**NA**	**40,3%**	**24,7%**	**25,3%**	**9,7%**	**100,0%**

Таблица 5: Амбулаторные посещения в разрезе регионов и видов услуг

4.2 Амбулатороный уход

81 Организации здравоохранения, Центры семейной медицины (ЦСМ), Центры общеврачебной практики (ЦОВП) и два центра экстренной медицинской помощи в городах Бишкек и Ош, предоставляют амбулаторные услуги. Общее количество посещений составило 18,6 млн. В среднем на 2,91 посещений на человека в год.

Большинство амбулаторных посещений были к семейным врачам (40,3%), затем узкопрофильным специалистам и фельдшерам (почти четверть посещений для каждой категории). Посещения экстренной помощи составили 9,7% от общего количества амбулаторных посещений.

4.3 Стационарный уход

В течение 2018 года 895 562 пациентов были госпитализированы в стационарные учреждения, причем почти две трети из них были госпитализированы в больницы общего профиля.

Только 5,3% пациентов были госпитализированы в организации, оказывающих медицинскую помощь при туберкулезе, психических заболеваниях и реабилитационные услуги, а 94,7% находились на лечении в организациях общего профиля (в том числе в отделениях общего профиля, ЦОВП, специализированной помощи, центрах ОМиД и педиатрической помощи).

В течение 2018 года среднее количество стационарных больных в организациях общего профиля составляло 13,3 госпитализации на 100 человек.

Интересно отметить, что 20% койко-мест, объектов, обеспечивающих уход за ТБ , ОЗМиР и реабилитацию предоставляют услуги 5,3% от общего числа больных.

4.4 Деятельность и использование ресурсов

Принимая во внимание, что активность врачей-специалистов в Баткенской и Нарынской областях, и деятельность врачей общей практики в городе Бишкек, по-видимому, находятся на приемлемых уровнях, средний показатель по стране и средние значения в большинстве областей указывают на значительное недоиспользование этого важного ресурса.

	Общепрофильные	ЦОВП	Спец	ОМиД	Детск	ТБ	ОЗМиР	Реаб	Всего
Баткен	52 036	17 919				374			**70 329**
Бишкек	60 ,607	0	78 139	62 074	27 775	2 735	9 247		**240 577**
Чуй	77 ,866	6 064				864	1 292	13 896	**99 982**
Иссык-Куль	48 237	6 349	0			833			**55 419**
Жалал-Абад	12 304	20 483				1 ,340	2 994	5 884	**153 005**
Нарын	32 611	168				133			**32 912**
Ош	86 161	12 362			5 516	386		1 841	**106 266**
г.Ош	79 079	0	4,563		20 729	1 241	3 272	1 000	**109 884**
Талас	22 065	4 916				207			**27 188**
Всего	**580 966**	**68 261**	**82 702**	**62 074**	**54 020**	**8 113**	**16 805**	**22 621**	**895 562**
Процент	**64,9%**	**7,6%**	**9,2%**	**6,9%**	**6,0%**	**0,9%**	**1,9%**	**2,5%**	**100,0%**

Таблица 6: Стационарная деятельность в разрезе областей и типам ОЗ

Чтобы сравнить активность организаций общего профиля по областям, мы исключили организации общего профиля республиканского и межобластного значения, которые могли бы дать необъективные результаты в случае городов Бишкек и Ош.

В общей сложности 87 больниц общего профиля предлагают услуги на областном и районном уровнях. В среднем в эти организации ежегодно проводят 10,19 госпитализаций на 100 населения с большими различиями в разрезе областей, как показано в Таблице 11.

Уровень работы койки выше в городах Бишкек и Ош, но гораздо ниже в Баткенской, Нарынской и Ошской областях.

Распределение коек также неравномерно: в городе Бишкек, в Ошской и Чуйской областях, доступно меньше коек на 1000 жителей, тогда как в Баткенской и Нарынской областях и в городе Ош доступно больше коек на 1000 жителей.

Низкое соотношение коек на душу населения в городе Бишкек и Чуйской области может быть фактором, способствующим тому факту, что многие организации республиканского уровня

Область	Население	Посещения к врач	Посещения/день	Посещения к узк.	Посещения/день
Баткен	525 ,100	484 738	13,5	443 597	20,9
Бишкек	1 027 200	2 639 397	18,7	1 279 908	14,3
Чуй	941 100	913 655	11,0	352 298	10,6
Иссык-Куль	489 800	445 408	13,5	308 393	16,5
Жалал-Абад	1 214 400	975 527	11,4	775 781	16,0
Нарын	287 000	272 072	10,1	317 261	19,3
Ош	1 341 900	1 116 514	12,5	584 484	14,0
г.Ош	299 500	457 111	12,1	392 748	14,3
Талас	263 500	178 043	8,6	124 716	11,5
Всего	**6 389 500**	**7 482 465**	**13,5**	**4 579 186**	**14,9**

Таблица 7: Деятельность врачей первичного звена здравоохранения в разрезе областей

	Население	Койки	Госп.	Койки /1000	Госп/100	Госп/койка
Баткен	525 100	1 775	69 955	3,38	13,32	39,41
Бишкек	1 ,027 200	1 884	96 485	1,83	9,39	51,21
Чуй	941 100	1 914	83 930	2,03	8,92	43,85
Иссык-Куль	489 800	1 307	54 586	2,67	11,14	41,76
Жалал-Абад	1 214 400	3 162	139 675	2,60	11,50	44,17
Нарын	287 000	873	32 779	3,04	11,42	37,55
Ош	1 341 900	2 765	104 039	2,06	7,75	37,63
г.Ош	299 500	906	42 772	3,03	14,28	47,21
Талас	263 500	608	26 981	2,31	10,24	44,38
Всего	**6 389 500**	**15 194**	**651 202**	**2,38**	**10,19**	**42,86**

Таблица 8: Деятельность в организациях общего профиля - областного и районного уровней.

принимают большую долю жителей города Бишкек и Чуйской области по сравнению с пациентами из других регионов страны.

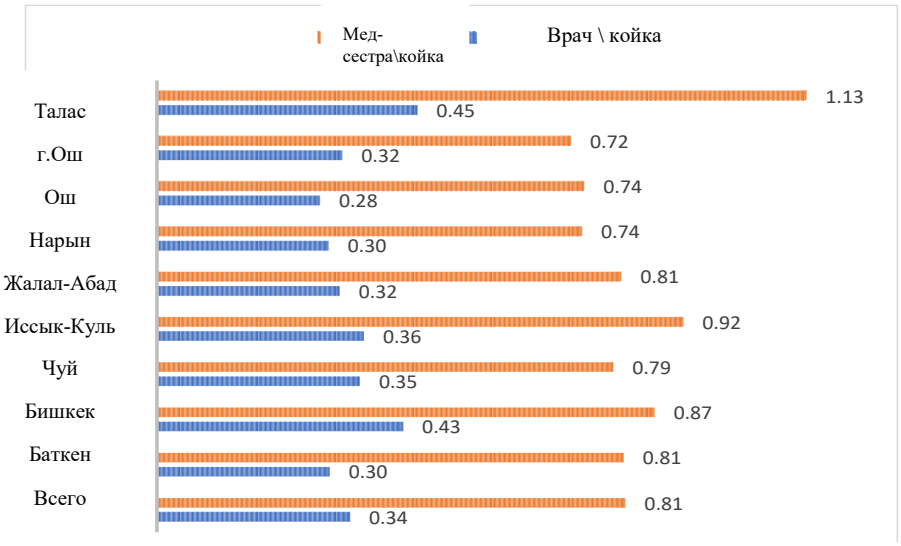
Среднее число врачей на койку в стране составляет 0,34 с большим диапазоном в разрезе областей. Это число выше в Таласской области и городе Бишкек и ниже в Ошской, Нарынской и Баткенской областях.

Среднее количество среднего медицинского персонала на койку значительно выше в Таласской области, но меньше по всей стране.

4.5 Операционный бюджет

Операционный бюджет 193 организаций здравоохранения в 2018 году составил более 14,7 млрд. сомов. Более 57% бюджета было потрачено на заработную плату персонала, в то время как другие категории, включающие лекарственные средства и ИМН (21,2%), коммунальные услуги (4,3%) и другие виды расходов (17,1%).

Рисунок 13: Количество врачей и среднего медицинского персонала на койку по регионам в организациях здравоохранения



Распределение бюджета здравоохранения на душу населения имеет большие различия в разрезе областей. Города Бишкек и Ош имеют гораздо больший бюджет на душу населения, чем национальные и межобластные организации здравоохранения в обоих городах. Тем не менее, даже в остальных регионах наблюдаются значительные различия, как было указано.

Бюджет на душу населения по всей Кыргызской Республике составляет 2 302 сома на человека, что эквивалентно 30,1 долл. США (обменный курс на 17 мая 2020 г).

Таблица 9: Расходы на здравоохранение по категориям в разрезе областей (в млн. сомов)

Это довольно низкий показатель, который даже при корректировке на ППС (оценка 2019 года) все еще составляет низкий 94,3 долл. ППС.

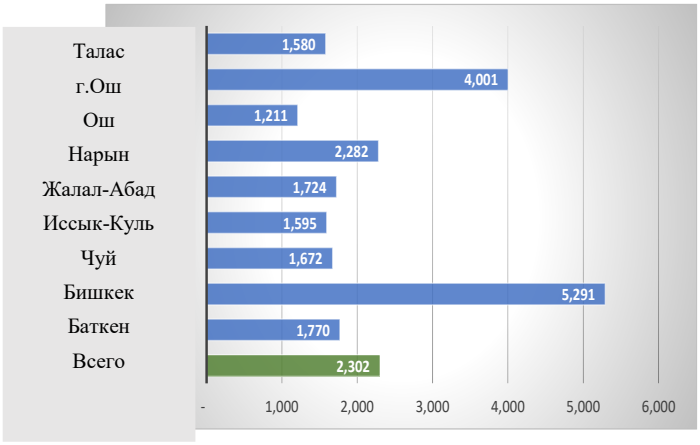


Рис 14: Распределение бюджета здравоохранения на душу населения

Кыргызская Республика должна стремиться увеличивать операционный бюджет организаций здравоохранения постепенно, но неуклонно.

Еще одной важной особенностью является относительный вес расходов на персонал в контексте общего операционного бюджета здравоохранения.

В то время как в среднем по стране 57,4% представляет собой адекватную цифру, Иссык-Кульская, Нарынская и Таласская области по-прежнему тратят очень высокую долю своего операционного бюджета (всего более 70%) на поддержку персонала в виде заработной платы.

4.6 Инфраструктура здравоохранения

Чуть более 16% инфраструктуры здравоохранения находится в оптимальных условиях и не требует инвестиций. Однако почти 80% требуют незначительных или значительных инвестиций. В конце концов, около 5% инфраструктуры здравоохранения во всей стране не подлежит ремонту, и снос является наиболее разумным вариантом.

Рисунок 15: Инвестиционные потребности по типу объекта

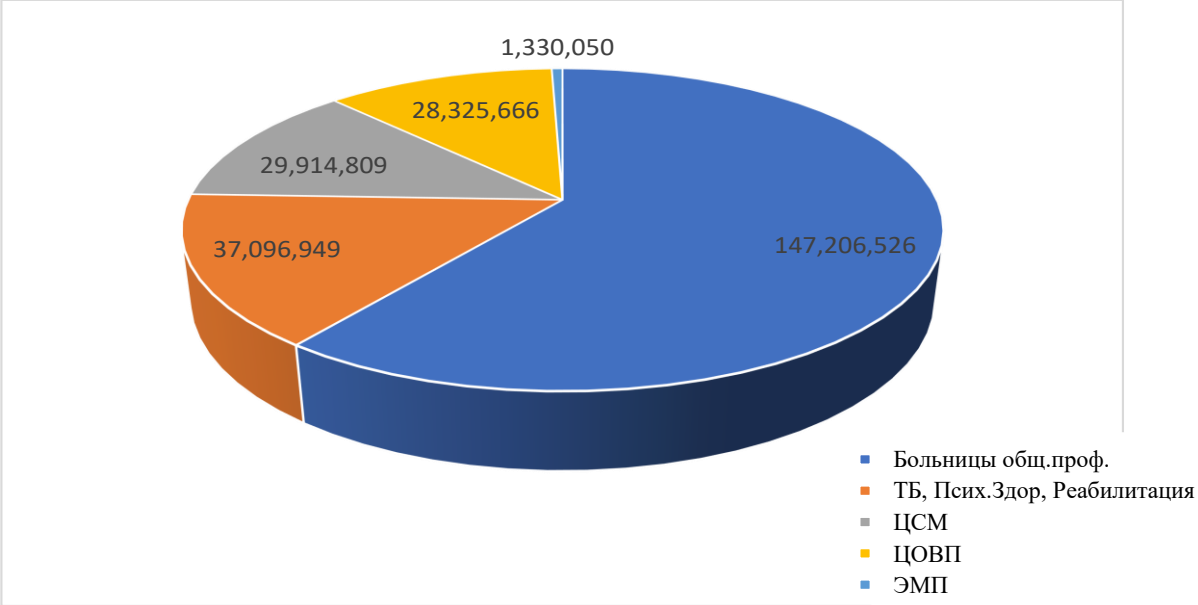


Таблица 10: Потребности в инвестициях (в долларах США) для всех организаций здравоохранения по областям

Область	Категория A	Категория B	Категория C	Категория D	Итог	Инвест потребно-сти	Про-цент
Баткен	32 274	48 781	29 683	12 291	123 029	18 417 125	7,6%
Бишкек	7 746	237 959	72 102	1 229	319 036	68 032 616	27,9%
Чуй	39 ,060	100 ,994	23 196	3 399	166 649	26 652 765	10.9%
Иссык-Куль	9 815	61 470	24 711	6 230	102 225	19 399 835	8,0%
Ж.Абад	48 ,859	111 633	76 599	21 164	258 255	44 748 068	18,3%
Нарын	418	20 881	14 771	3 375	40 658	8 503 013	3,5%
Ош	49 132	59 479	29 277	9 635	147 523	20 381 410	8,4%
Г.Ош	30 233	57 040	49 584	1 740	138 596	25 998 010	10,7%
Талас	2 597	18 208	27 302	2 376	50 ,484	11 741 159	4,8%
Итого	**220 134**	**716,446**	**347,224**	**61,438**	**1 346 456**	**243 874 ,000**	**100,0%**
Процент	**16,3%**	**53,2%**	**25,8%**	**4,6%**	**100,0%**	**NA**	**NA**

Используя 195 долларов США за м2 в качестве контрольного показателя для текущего ремонта и 300 долларов США / м2 для капитального ремонта существующей инфраструктуры, необходимы общие инвестиции в размере более 244 миллионов долларов США. Почти 28% этой суммы (что соответствует более чем 68 миллионам долларов США) необходимо для ремонта организаций здравоохранения в городе Бишкек, за которым следуют Джалал-Абад, Чуйская область и город Ош.

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

29,6% инвестиций необходимо на ремонт республиканских и межрегиональных объектов, 13,4% на ремонт областных объектов и 57,0% городских, районных и межрайонных объектов.

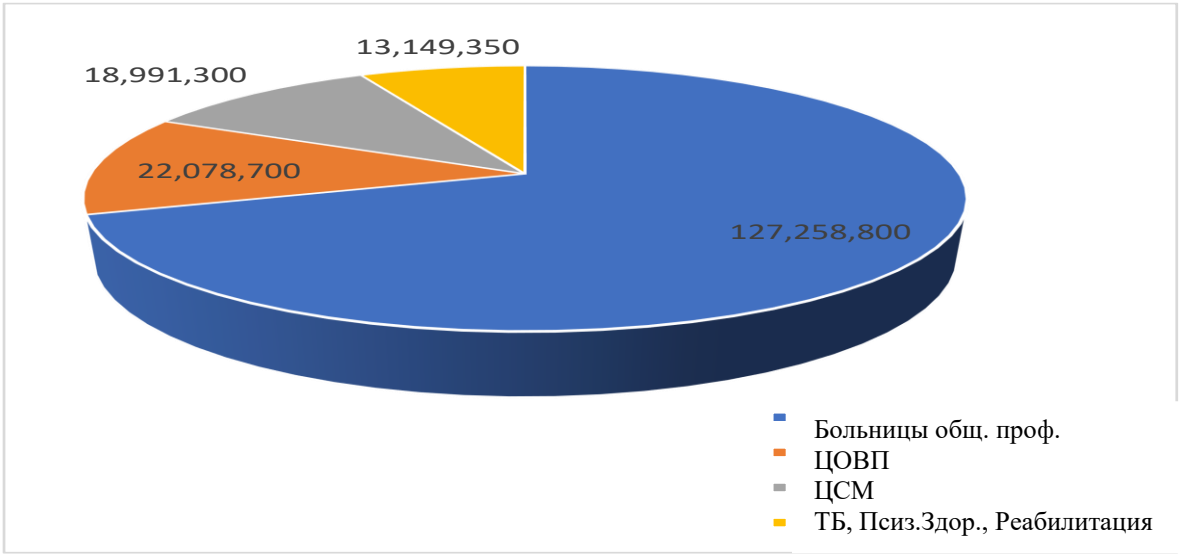
4.7 Медицинское оборудование

В ходе оценки мы осмотрели 24 808 единиц медицинского оборудования. Мы сфокусировались на потребностях в инвестициях в медицинское оборудование стоимостью более 5000 долларов США, а также в другое соответствующее оборудование либо по клинической значимости, либо по объему.

Мы обнаружили, что 18 290 единиц оборудования (73,7%) находятся в рабочем состоянии и используются, 9,9% оборудования находятся в рабочем состоянии, но нуждаются в ремонте, 7,3% нуждаются в ремонте и не используются, а 3,9% не работают и не подлежат ремонту.

Следует отметить, что мы обнаружили, что 1 313 единиц оборудования были в рабочем состоянии, но не использовались. Это соответствует 5,3% от общего количества проверенного оборудования.

Рисунок 16: Потребность в инвестициях в медицинское оборудование по типу объекта



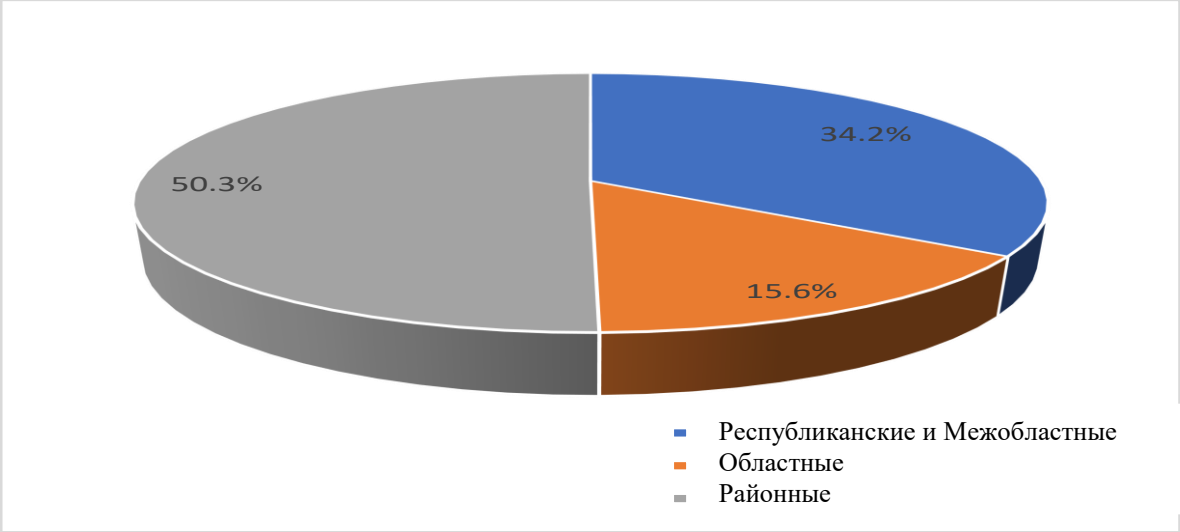
Мы скорректировали стандартизированный перечень оборудования по сроку жизненного цикла и применили справочные цены Кыргызской Республики для закупки нового медицинского оборудования. Таким образом, мы получили инвестиционные потребности медицинского оборудования для каждого конкретного учреждения.

Для модернизации медицинского оборудования всех организаций здравоохранения и приведения его к оптимальному стандарту необходимы общие инвестиции в размере 181 478 150 долларов США.

70,1% от общей потребности в инвестициях или 127 млн. долл. США необходимо для модернизации обще профильных организаций, 12,2% для модернизации ЦО ВП, 10,5% для модернизации ЦСМ и

7,2% для модернизации организаций, где предоставляется помощь больным туберкулезом, психическими заболеваниями и реабилитацией.

Рис 17:Потребность в инвестициях в медицинское оборудование по уровню медицинской помощи



Из общей потребности в инвестициях, составляющей приблизительно 181,5 млн. долл. США, более 50% необходимо для модернизации медицинского оборудования в организациях районного уровня, 15,6% для областных организаций и 34,2% для организаций республиканского и межобластного уровня.

Благодаря стратегическому расположению, актуальности в предоставлении медицинских услуг и относительно более низким потребностям в инвестициях, областные организации могут быть приоритетными в краткосрочных инвестиционных планах приобретения медицинского оборудования.

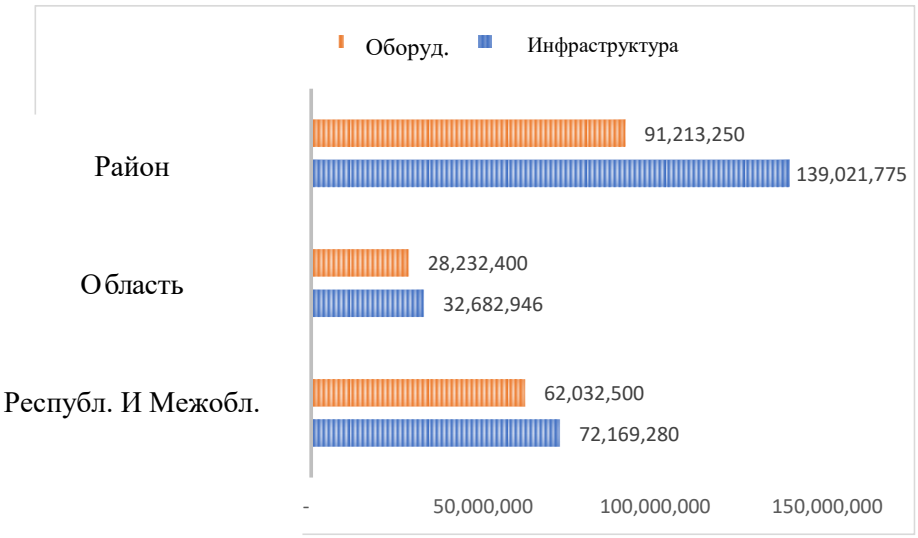
4.8 Резюме инвестиционных потребностей

При существующем уровне организации и отсутствии сценария рационализации или оптимизации, общие инвестиции в размере более 425 миллионов долларов США потребуются для модернизации инфраструктуры и медицинского оборудования организаций здравоохранения в Кыргызской Республике.

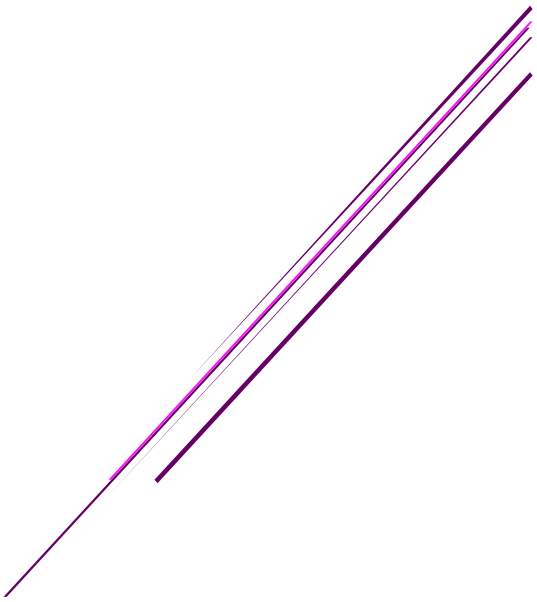
Это составит 244 млн. долларов США на модернизацию инфраструктуры и 181,5 млн. долларов на модернизацию медицинского оборудования.

Область	Инфраструктура	Оборудование	Итого
Баткен	18 417 125	10 600 400	29 017 525
Бишкек	68 032 616	60 298 900	128 331 516
Чуй	26 652 765	18 390 750	45 043 515
Иссык-Куль	19 399 835	12 036 650	31 436 485
Жалал-Абад	44 748 068	28 098 900	72 846 968
Нарын	8 503 013	8 160 450	16 663 463
Ош	20 381 410	12 317 700	32 699 110
Город Ош	25 998 010	23 452 050	49 450 060
Талас	11 741 159	8 122 350	19 863 509
Total	**243 874 000**	**181 478 150**	**425 352 150**

54,1% от общих потребностей в инвестициях требуется на модернизацию инфраструктуры и медицинского оборудования на объектах городского и районного уровней, 14,3% инвестиций - на областные объекты, а 31,6% - на объекты республиканского и межобластного уровней.



5 Принципы Рационализации



5 РЕКОМЕНДАЦИИ

5.1 Оптимизация оказания медицинской помощи

5.1.1 Принципы

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%

Для больниц, в которых показатель РК превышает 90%, мы скорректировали количество необходимых коек на основе формулы:

Необходимые койки = текущие койки x показатель РК /90%

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

Второй уровень оптимизации связан с продвижением услуг дневного стационарного ухода. По нашей оценке, мы обнаружили очень низкое использование услуг дневного ухода во всех больницах. Оставаясь на консервативной стороне, мы оцениваем, что 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). Хотя не преувеличено, что показатель СПП в анализируемых больницах (состоящих исключительно из организаций стационарной помощи) выше по сравнению с контрольными значениями. Мы ставим цель оптимизации сокращения показателя СПП в 10% в краткосрочной перспективе (2020-23 гг.)

Наконец, мы рассмотрели демографический переход и тенденции эпидемиологических сдвигов, как объяснено в главе 2 настоящего отчета.

5.1.2 Оптимизационный подход

Данный подход к оптимизации представляет собой стратегическое видение, которое было предложено и обсуждено с Министерством здравоохранения для улучшения доступа к качественной медицинской помощи для населения, особенно для тех слоев населения, которые проживают в

Таблица 11:Демографический и эпидемиологический сдвиг и спрос на услуги здравоохранения

	Ежегодный рост	2023	2027	2035
Прирост населения	+1.21%	+6.37%	+12.03%	+22.71%
Распространенность заболеваний	+0.86%	+4.35%	+7.97%	+14.61%
Комбинированный эффект	NA	11.01%	+20.96	+40.64%

сельских и отдаленных районах, и обеспечивая при этом рациональное использование ограниченных ресурсов, а также, укрепление экономической эффективности системы оказания медицинской помощи.

Мы рекомендуем реализовать концепцию ИСПУ в качестве одной из первых мер, обеспечивающих более рациональное (эффективное и действенное) оказание медицинской помощи. Это может быть сделано последовательным образом, начиная с выбранных пилотных объектов, а затем переходя к развертыванию на национальном уровне с учетом уроков, извлеченных из пилотной реализации. Весь процесс не должен занимать более 3 лет.

5.1.3 Сроки и этапы

Следующий график демонстрирует предлагаемую нами стратегию реализации. Краткосрочные цели (2020–2023 гг.) будут характеризоваться реализацией рамок реформы и концепции ИСПУ и подготовкой (модернизация инфраструктуры и оборудования, реорганизации персонала и моделей обслуживания) всех объектов, подлежащих к изменению.

Наш анализ и выполненная оценка системы предоставления медицинской помощи в каждом регионе включают предложения о пилотных объектах, которые будут флагманами в реализации ИСПУ.

Тем не менее, пилотные проекты должны осуществляться параллельно со всеми другими мероприятиями, которые проложат путь к национальной программе реформ, которая будет осуществляться непрерывно в течение нескольких лет. Программа будет включать, но не ограничиваться следующим:

- Замена и модернизация медицинского оборудования для незамедлительного улучшения качества медицинской помощи (посредством совершенствования диагностических возможностей) и обеспечение справедливой доступности.
- Восстановление отобранных объектов, основываясь на критериях расстановки приоритетов, которые подробно описаны в следующих разделах.
- Ознакомление с Руководством по клинической практике (РКП) и Протоколами лечения (ПЛ). Наиболее важные области, которые будут затронуты, включают, но не ограничиваются:
  - Стандартизацией медицинской помощи во всех клинических дисциплинах, направленных на то, чтобы сделать РКП и ПЛ основанными на фактических данных и в то же время соответствовать контексту (в соответствии с диагностическими и клиническими возможностями Кыргызской системы здравоохранения). Стандартизация будет иметь непосредственное влияние на качество, доступ, эффективность и результативность помощи. Улучшенные диагностические и клинические возможности позволят быстрее лечить пациентов и сократить продолжительность пребывания (СПП).
  - Внедрением модели ухода, которая способствует развитию амбулаторной помощи и уходу за детьми в дневное время, исключая стационарный уход. Это потребует развертывание большего количества коек дневного пребывания и коек для экстренной медицинской помощи, чем доступных в настоящее время.
  - Переносом психического здоровья и ухода за пациентами, страдающими туберкулезом, на амбулаторное лечение и уход на дому (насколько это возможно, деинституционализация обеих служб).
- Обзором модели финансирования для продвижения схем оплаты, ориентированных на результаты.

Кроме того, в течение краткосрочного периода будут реализованы планы оптимизации служб экстренной медицинской помощи (ЭМП) и других вертикальных программ.

Для внедрения районных ИСПУ территориальные больницы должны быть объединены с центрами семейной медицины (ЦСМ). ИСПУ для районов, расположенных в областных центрах, должны быть преобразованы в областные ИСПУ, в которые будут поступать обращения от всех ИСПУ округов этого региона.

Там, где существуют ЦОВП (в районах меньшего размера), эти ЦОВП также будут переименованы в ИСПУ, при этом режим их работы существенно не изменится, поскольку предлагаемая концепция ИСПУ довольно близка к текущему режиму работы ЦОВП.

Общее количество 50 ИСПУ (44 районных и 6 региональных) должно быть создано в семи областях страны. ИСПУ должны обслуживать зону обслуживания от 150 000 до 200 000 человек, и это число считается оптимальным для планирования, организации, предоставления и мониторинга медицинских услуг на основе концепции интегрированной помощи.

Однако с учетом фактического распределения населения в некоторых сельских районах не всегда возможно придержаться этой цифры (например, в некоторых небольших районах Таласской и Нарынской областей). Учитывая эти аспекты и для обеспечения доступа к медицинской помощи для всех граждан Кыргызской Республики, мы рекомендуем следующие сценарии оптимизации.

5.1.4 Интеграция услуг

Нашим первым наблюдением во время оценки было то, что территориальные больницы и центры семейной медицины расположены рядом друг с другом. Оценка и анализ результатов позволили выявить:

- Оба типа ОЗ работают не оптимально, в большинстве больниц показатель РК составляет менее 85%, а среднее количество ежедневных посещений на одного поставщика в ЦСМ составляет менее 20 посещений на одного поставщика услуг в день.
- Соотношение количества врачей и койко-мест в больницах ниже рекомендуемого уровня в 0,3–0,5 врача на койку, в то время как в центрах ЦСМ есть много недостаточно используемых узкоспециализированных врачей.
- Соотношение количества медсестры на койки в больницах также меньше рекомендуемого уровня.
- Потребность в инвестициях в медицинское оборудование особенно велика как в больницах, так и в амбулаторных организациях. Если одинаковые пакеты оборудования будут предоставлены обоим объектам, произойдет дублирование и неполное использование как оборудования для визуализации, так и лабораторного оборудования.
- Больницы недоукомплектованы немедицинским персоналом.

Мы рекомендуем объединить услуги, предлагаемые в Центрах семейной медицины (ЦСМ), с услугами, предоставляемыми в территориальных и районных больницах, для создания интегрированных сетей предоставления услуг (ИСПУ), которые предлагают хорошо структурированное и скоординированное сочетание как стационарных, так и амбулаторных услуг населению, проживающему в их местах, соответствующих зонах охвата.

Концепция ИСПУ в значительной степени согласуется с современными лучшими практиками интеграции услуг и обеспечения непрерывности оказания медицинской помощи и повышения ориентированности на пациентов, поскольку ИСПУ принимает принцип «единого окна» с точки зрения предоставления услуг.

Эта мера в конечном итоге сократит инвестиционные потребности за счет устранения дублирования в диагностических и клинических услугах и сопутствующем оборудовании (диагностика и лаборатория).

Ключевой мерой реформы, которую мы предлагаем, является создание интегрированных сетей предоставления услуг (ИСПУ), организаций здравоохранения, которые работают на районном или межрайонном уровне и объединяют все медицинские услуги (профилактика, первичная помощь, экстренная помощь, стационарная помощь и специализированная / направление, уровней ухода). Наиболее близким к ИСПУ в данной организации сектора здравоохранения Кыргызстана является Центр общеврачебной практики (ЦОВП).

С организационной точки зрения ИСПУ будет похож на крупномасштабный ЦОВП, который предлагает интегрированные специализированные услуги (такие как лечение больных туберкулезом и психическим здоровьем). Тем не менее, создание ИСПУ потребует значительных усилий для устранения слабых мест Кыргызской системы здравоохранения в следующих областях:

- Существующая модель ухода
- Организация и управление
- Распределение финансовых ресурсов
- Системная политика, управление и стратегия внедрения

5.1.5 Модель медицинской помощи

Мы предлагаем изменить модель обслуживания путем устранения явной фрагментации, которая присутствует в системе здравоохранения Кыргызстана. Изменения будут направлены не только на упрощение и стандартизацию организационной структуры, но и на реструктуризацию способа предоставления услуг. В материальном плане это будет направлено на:

- Поддержку в достижении непрерывной медицинской помощи
- Предотвращение дублирования в предоставлении услуг, а также дублирование в оборудовании и инфраструктуре
- Поддержки концепции единых услуг и ресурсов, где это применимо
- Обеспечение эффективного использования ресурсов (человеческих, инфраструктурных, технологических и финансовых)
- Улучшение качества и доступа к медицинской помощи
- Повышение удовлетворенности пациентов

Концепция интеграции, лежащая в основе ИСПУ, скорее усилит, чем ослабит предоставление услуг первичной медицинской помощи.

Основной характеристикой новой модели медицинской помощи является ее междисциплинарный аспект. Посредством обеспечения адекватного уровня укомплектования персоналом (врачи-специалисты, врачи общей практики, средний медицинский персонал, узкие специалисты здравоохранения и другой медицинский персонал) будут обеспечены непрерывной помощью в рамках одной организации.

Амбулаторные услуги, предлагаемые как на уровне больниц, так и на уровне ПМСП в рамках концепции общих ресурсов. Понятия «сначала амбулаторно» и «сначала дневное пребывание» позволят значительно повысить эффективность распределения ресурсов за счет уменьшения потребности в приеме 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.

Новая модель обслуживания не нарушит нынешний подход, основанный на четко определенной географии и населении. Текущие объекты будут объединены для создания Интегрированной сети предоставления услуг при сохранении той же географической и демографической зоны охвата.

Сохранение нынешних географических особенностей оказания медицинской помощи будет способствовать дальнейшему развитию культурной и гендерной чувствительности при оказании медицинских услуг.

5.1.6 Организация и управление

Организационные и управленческие функции организаций, которые станут частью будущего ИСПУ, будут полностью интегрированы.

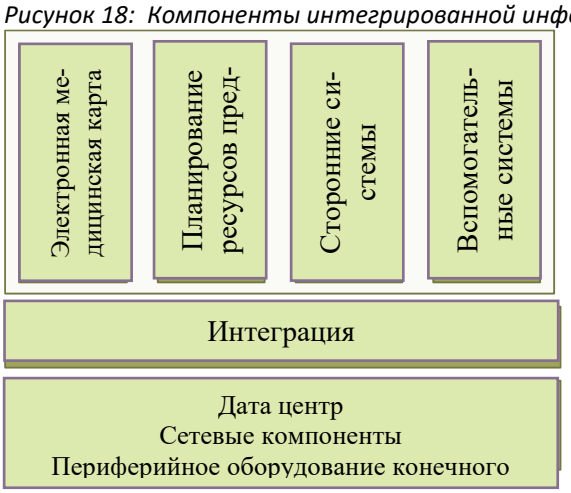
Административная система будет состоять из одного Генерального директора, которому помогают два заместителя директора по клиническим / техническим вопросам (один для амбулаторного лечения и второй для стационарного лечения). Заместитель директора по сестринскому делу и заместитель директора объединенных служб здравоохранения (отдел диагностики, лаборатория, аптека и, по желанию, отдел ЦСО) завершат работу в составе клинического менеджмента.

Заместитель директора по операциям будет курировать такие функции, как управление финансами (начальник отдела финансов), цепочки поставок и материально-технического обеспечения, а также управление объектами (инфраструктура, медицинское оборудование и немедицинская поддержка). Все немедицинские вспомогательные функции должны быть надлежащим образом укомплектованы и основаны на четко определенных организационных схемах, что выходит за рамки нынешних неукомплектованных структур.

Все функции управления должны иметь определенную степень поддержки информационных технологий, поскольку электронная медицинская карта и планирование ресурсов являются двумя основными системами, поддерживающими соответственно медицинские и управленческие аспекты деятельности организации здравоохранения.

Тем не менее, также должны быть интегрированы важные сторонние информационные системы, такие как АСО, Управление активами и т. д.

Рисунок 18: Компоненты интегрированной информационной системы управления больницей



5.1.7 Финансовое распределение и стимулы

Адекватный уровень финансирования необходим для создания, поддержки и развития ИСПУ. Он должен охватывать человеческие ресурсы, оказание медицинских услуг, услуги медицинской и немедицинской поддержки, развитие технологий здравоохранения и инфраструктуру.

Механизм финансирования должен быть ориентирован на цели. Финансирование на основе результатов (ФОР) является примером и должно составлять часть большей части общего финансирования ИСПУ.

Существующие практики, такие как финансирование амбулаторного ведения больных туберкулезом, должны быть расширены, чтобы включить подходы к лечению «сначала амбулаторно», а затем «дневное пребывание» в первую очередь.

Важнейшим элементом в механизме финансирования является сохранение ясности и избежание противоречивых схем финансирования амбулаторных, дневных и стационарных услуг.

Как уже говорилось, стимулы и схема стимулирования должны способствовать предоставлению амбулаторного и дневного пребывания в отличие от стационарной помощи.

Вставка 1: Поддержка услуг по дневному уходу

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, больнице может быть выплачен бонус или мультипликатор по КЗГ, если данный диагноз лечится в амбулаторных условиях или условиях дневного пребывания. Абу-Даби - один из недавних примеров, когда эта схема была успешно реализована и привела к обновлению мероприятий услуг дневного пребывания.

5.1.8 Управление и стратегия

Стратегический подход и четкое управление являются очень важными предпосылками для реализации подхода ИСПУ. Единая система управления должна следовать единой организации и управлению.

Территориальная больница и Центр семейной медицины, которые объединятся для создания ИСПУ, должны управляться и регулироваться на тех же принципах.

Участие сообщества должно поощряться через Правление, где должно быть гарантировано участие таких общественных деятелей, как местные органы власти, сообщества пациентов, ассоциации граждан, представители бизнеса.

Совет может быть изначально организован и введен в действие на областном уровне. Областной совет может функционировать в течение 2-3 лет и управлять всеми организациями ИСПУ в регионе. В течение этого периода будут созданы районные советы, и их возможности будут усилены для управления районными ИСПУ.

Министерство здравоохранения будет содействовать межотраслевым действиям по укреплению здоровья и благополучия. Примеры межотраслевого сотрудничества включают сотрудничество с социальными службами, сектором образования, силовыми органами (для служб ЭМП) и т. д.

Как уже говорилось, ИСПУ будет способствовать, интересам пациентов семейно- и общественно-ориентированному подходу в лечении. Это также включает поддержание ориентированного на потребности фокуса и рассмотрение более широких детерминант здоровья. В конечном счете, ИСПУ стремится содействовать справедливости в предоставлении медицинских услуг.

5.1.9 Укрепление диагностическими возможностями

Диагностика и лаборатория являются двумя наиболее важными службами клинической поддержки с точки зрения точности предоставления услуг. Наш анализ выявил недостаточность медицинского оборудования (по сравнению с рекомендуемым стандартным списком оборудования), так и медицинское оборудование, которое либо не работало, либо уже завершило полезный жизненный цикл.

Каждая обследованная ОЗ нуждается в инвестициях для закупки недостающего медицинского оборудования или замены существующего.

Мы рекомендуем, чтобы инвестиции в закупку и развертывание ключевого медицинского оборудования рассматривались как краткосрочный приоритет, который должен быть завершен в течение первых трех лет реализации Мастер плана (2019–2022 годы).

5.1.10 Пересмотр экстренной медицинской помощи

Мы рекомендуем последовать примеру Объединенной Жаиыльской Территориальной Больницы для проектирования и организации службы экстренной медицинской помощи (ЭМП). На основе этого пилотного проекта в каждой территориальной больнице должно быть создано отделение экстренной помощи. В качестве дополнительной меры служба экстренной помощи должна быть открыта в территориальных больницах.

Эта мера приведет к тому, что пациент будет быстрее доставлен туда, где он / она будет получать надлежащим образом специализированную помощь, и улучшит качество медицинской помощи, которую получат пациенты с травмой и неотложной помощью.

5.1.11 Перепроектирование объектов и реорганизация рабочих процессов

Первая рекомендуемая нами модернизация - это преобразование филиалов территориальных больниц в пункты первой помощи, которые обеспечивают круглосуточное обслуживание с ограниченным количеством детских коек. Если станции скорой помощи не считаются приемлемыми, такие филиалы также могут быть преобразованы в ГСВ.

Вторая мера по реорганизации состоит в том, чтобы преобразовать ЦОВП с менее чем 30 койками в ЦСМ, пункты первой помощи или ГСВ. Эта рекомендация общего уровня должна быть тщательно проанализирована в каждом конкретном случае.

ЦОВП предоставляют взамен услуг с неоправданно высокой стоимостью, низким использованием ресурсов и в целом низкой эффективностью. Поэтому мы рекомендуем в каждом конкретном случае анализировать, какой маршрут является наилучшим для каждого ЦОВП (ЦСМ, ГСВ или станции скорой помощи).

Эта мера приведет к ликвидации объектов и услуг с крайне неэффективным использованием инфраструктуры, оборудования и человеческих ресурсов.

5.1.12 Переосмыслить роль человеческих ресурсов

Мы подчеркнули, что у человеческих ресурсов есть две отличительные особенности, они оба не доукомплектованы и используются недостаточно, хотя это может показаться парадоксом. Мы рекомендуем переосмыслить роль врачей-специалистов в ЦСМ, позволяя им предлагать, как стационарные, так и амбулаторные услуги (в больнице и в ЦСМ, поскольку обе службы должны быть интегрированы).

Кроме того, мы рекомендуем перераспределение среднего медицинского персонала в рамках интегрированной сети предоставления услуг для корректировки баланса. Например, медсестры, работающие в ЦСМ, могут быть перераспределены в больницы для улучшения соотношения медсестры на койку и соотношения фельдшера к врачу.

Наконец, мы предлагаем переосмыслить роль немедицинского персонала. Их отношение к медицинскому персоналу низкое и неприемлемое для современного больничного ухода, которое нуждается в сильной поддержке в таких вспомогательных функциях, как финансы и администрация, обслуживание и инженерные сети как отопление и вентиляция, инфраструктуры, общественного питания, прачечной, охраны и т. д.

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

5.1.13 Планирование и осуществление основной реструктуризации

Первой предложенной мерой является создание межрайонных больниц. Мы тщательно изучили численность населения, географический охват и тщательный уровень анализа вплоть до уровня деятельности отделений.

В наших предыдущих отчетах мы подчеркивали тот факт, что отделению требуется не менее 1500 случаев в год для эффективной работы и обеспечения того, чтобы знания и навыки врачей оставались адекватными и совместимыми с требованиями лучшей клинической практики.

Другая мера связана с необходимостью создания оптимальных условий лечения. После оценки существующей инфраструктуры мы определили «полезную общую площадь застройки (ПОПЗ)» для каждого объекта по следующей формуле:

Используемая общая ПОПЗ = Общая ПОПЗ - Общая площадь зданий в классе D

Мы заметили, что во многих больницах страны имеется пригодный для использования общий показатель ПОПЗ, который является неоптимальным для оказания медицинской помощи в рамках рекомендованных критериев (не менее 60 м2 на 1 койку для ТБ и 70 м2 на койку в региональных больницах).

Чтобы достичь рекомендуемых показателей качества, многим больницам понадобятся дополнительные (новые) помещения в существующих зданиях.

Следующая мера, которую мы рекомендуем в контексте серьезной реструктуризации, - это планирование постепенной замены в настоящее время фрагментированной инфраструктуры больничных зданий.

В настоящее время больницы построены на больших территориях и состоят из нескольких зданий. Мы рекомендуем постепенно переходить от фрагментированной в настоящее время инфраструктуры к единичным блокам, которые более совместимы с современными лучшими практиками проектирования больниц.

Поэтому мы рекомендуем постепенно заменять в настоящее время фрагментированную и рассредоточенную больничную инфраструктуру (слишком много зданий, расположенных слишком далеко друг от друга) на современный дизайн медицинского здания, в котором расположены все диагностические и клинические (основные) функции больницы расположены в одном отдельном здании.

Реализация этих мер первоначально потребует дополнительных инвестиций, которые будут компенсированы за счет повышения эффективности работы медицинского учреждения и службы.

5.1.14 Разработка централизованных структур для предоставления поддерживающих услуг

Все больницы в областях представляют организации, которые относятся к небольшим (менее 250 коек) и средним (от 250 до 500 коек) организациям. К роме того, они находятся в очень тесной географической близости друг от друга и могут извлечь выгоду из общего сервиса.

Услуги клинической и неклинической поддержки, которые могут совместно использоваться различными организациями, включают:

- Централизованные лаборатории
- Центральные стерилизационные отделения
- Прачечная и общественное питание
- Централизованные центры обработки изображений

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

5.2 Региональные планы оптимизации

На следующих страницах представлен свод подробных региональных планов оптимизации, которые были переданы и обсуждены с Министерством здравоохранения.

5.2.1 Баткенская область

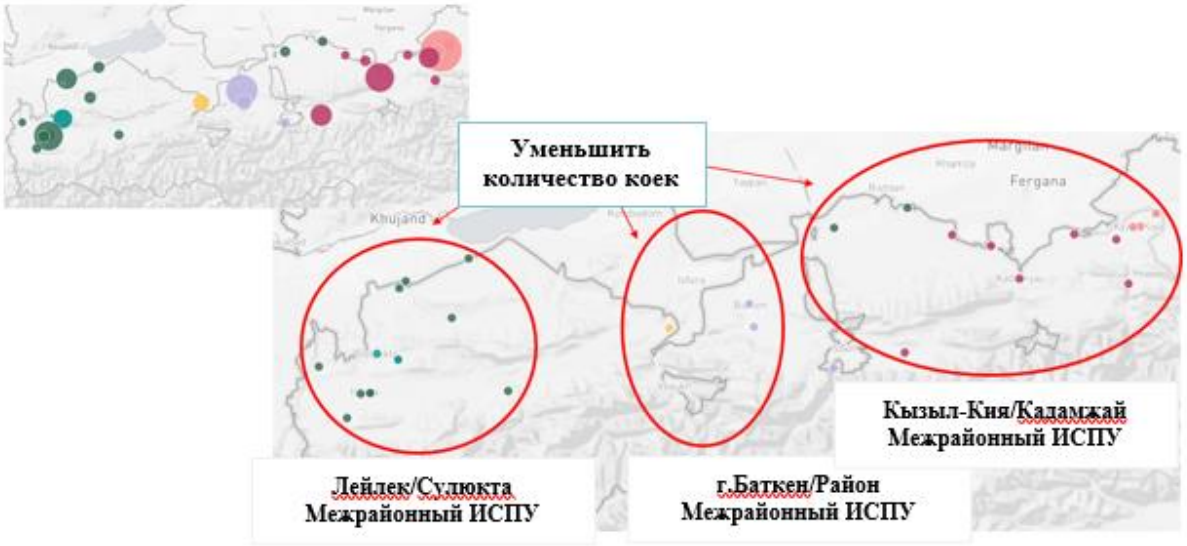


Рисунок 23: Сценарий оптимизации для Баткенской области

В результате усилий по оптимизации все организации здравоохранения в Баткенской области должны быть реорганизованы в три межрайонные ИСПУ. Баткенская ИСПУ также должна служить для области как ИСПУ для принятия перенаправленных пациентов из других ИСПУ.

Таблица 18: Предлагаемая конфигурация для 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

5.2.2 Чуйская область

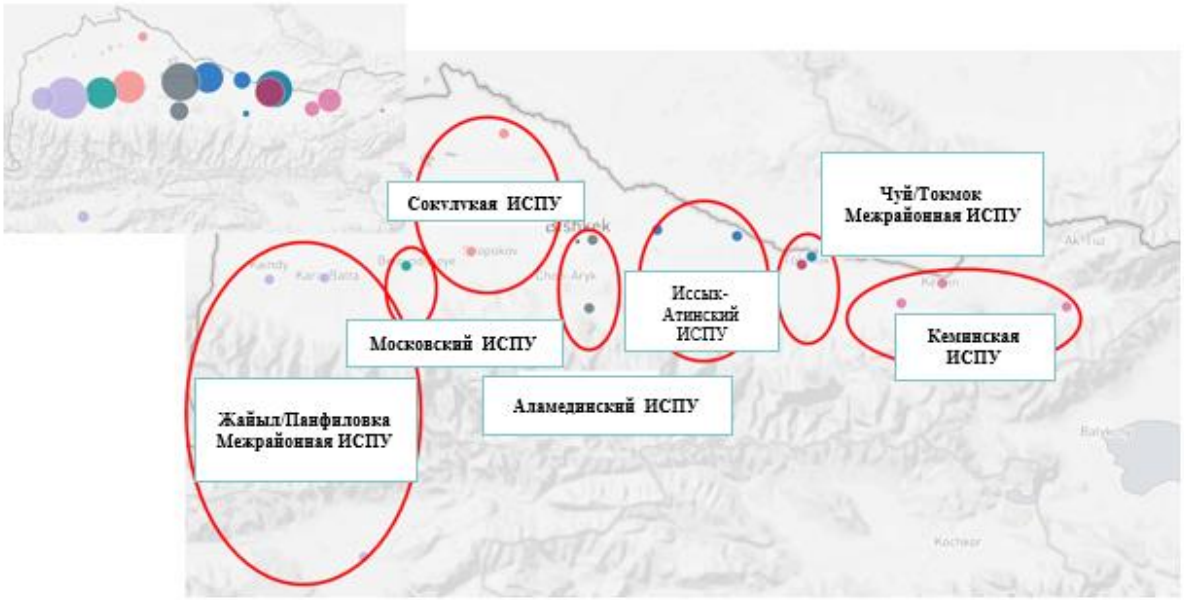


Рисунок 24: Сценарий оптимизации Чуйской области

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

Таблица 12: Предлагаемая конфигурация для 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

5.2.3 Иссык-Кульская область

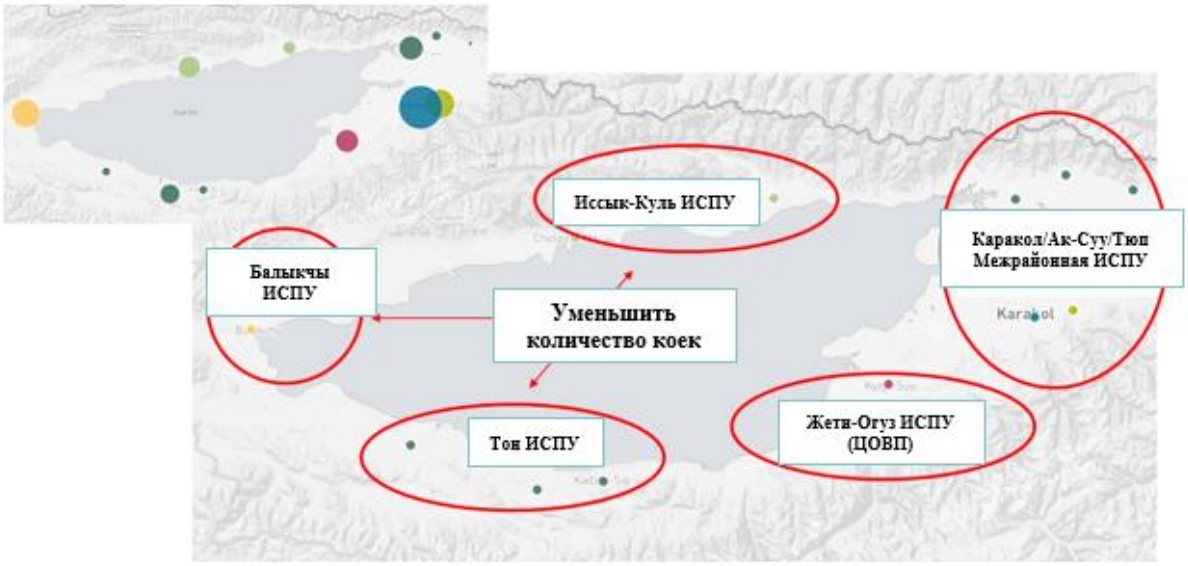


Рисунок 25: Сценарий оптимизации для Иссык-Кульской области

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 перенаправления для области, а также поставщиком услуг вторичной медицинской помощи для города Каракол, а также районов Ак-Суу и Тюп.

Таблица 20: Предлагаемая конфигурация для ИСПУ Иссык-Кульской области

№	Наименование	Зона охвата	Обслуживаемый район	Численность	Организации
1	Иссык-Кульская Областная ИСПУ	Областной Межрайонный	г.Каракол Ак-Суйский Тюпский	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

5.2.4 Жалал-Абадская область

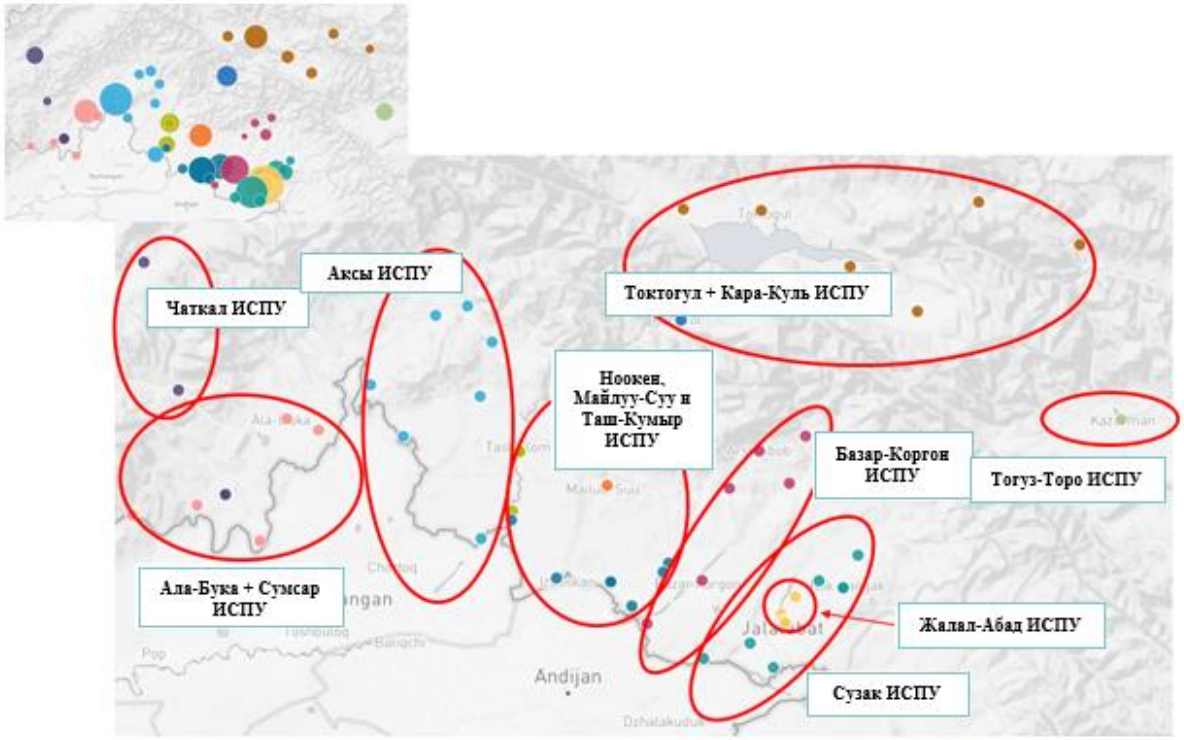


Рисунок 26: Сценарий оптимизации для Жалал-Абадской области

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

Многопрофильная концепция ИСПУ

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 – Кaракуль, в Токтогул ТБ и Кaракуль ЦОВП должно иметься 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.

Таблица 21: Предлагаемая конфигурация для ИСПУ Жалал-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 + Майлу-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

5.2.5 Нарынская область

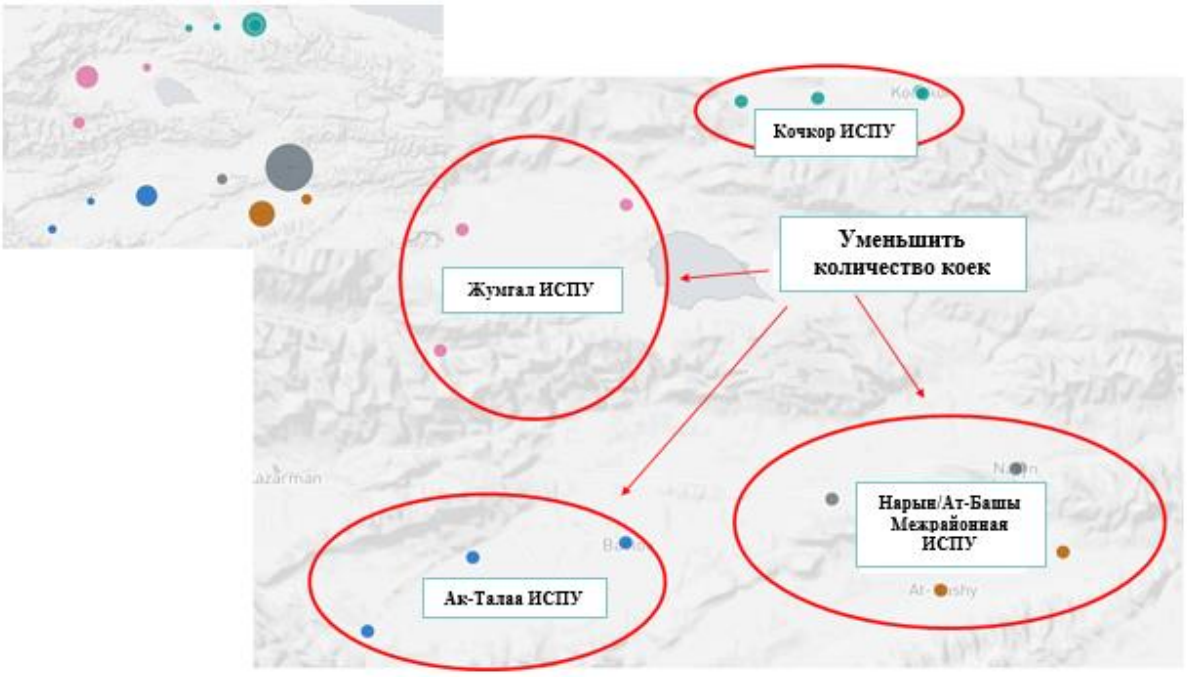


Рисунок 27: Сценарий оптимизации для Нарынской области

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 центра направлений, но также будет обслуживать население города Нарын, Нарынский и Ат-Баш ашинский районы в качестве вторичной больницы.

Таблица 22: Предлагаемая конфигурация для 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

5.2.6 Ошская область

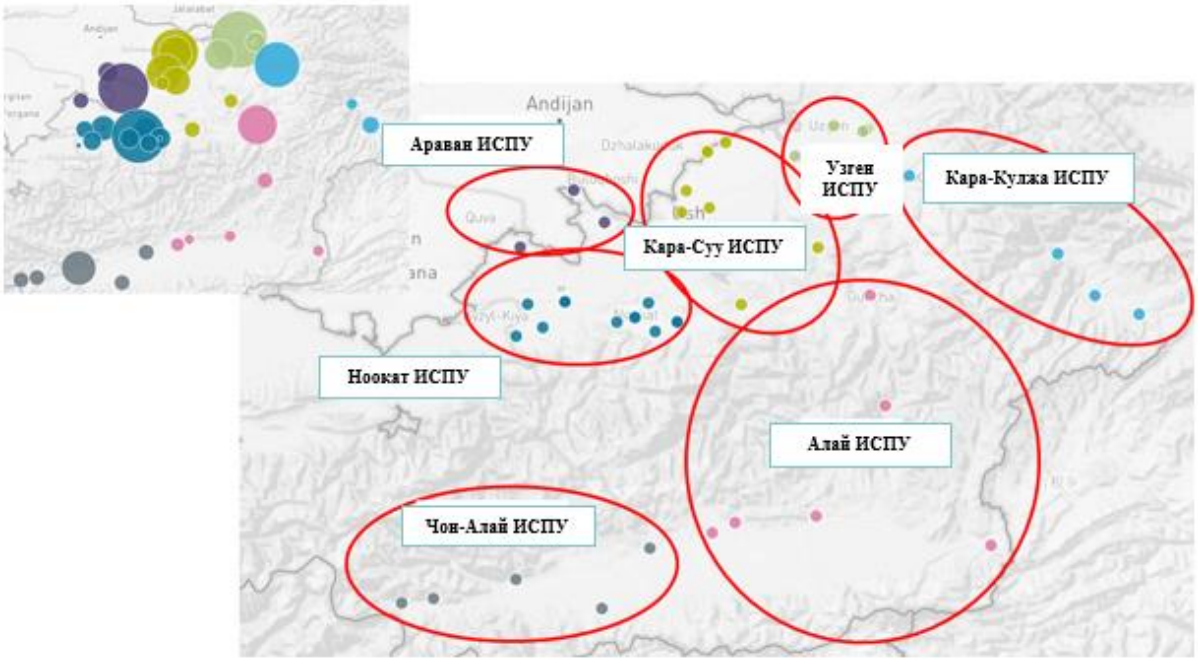


Рисунок 28: Сценарий оптимизации для Ошской области

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 23: Предлагаемая конфигурация для 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

5.2.7 Таласская область

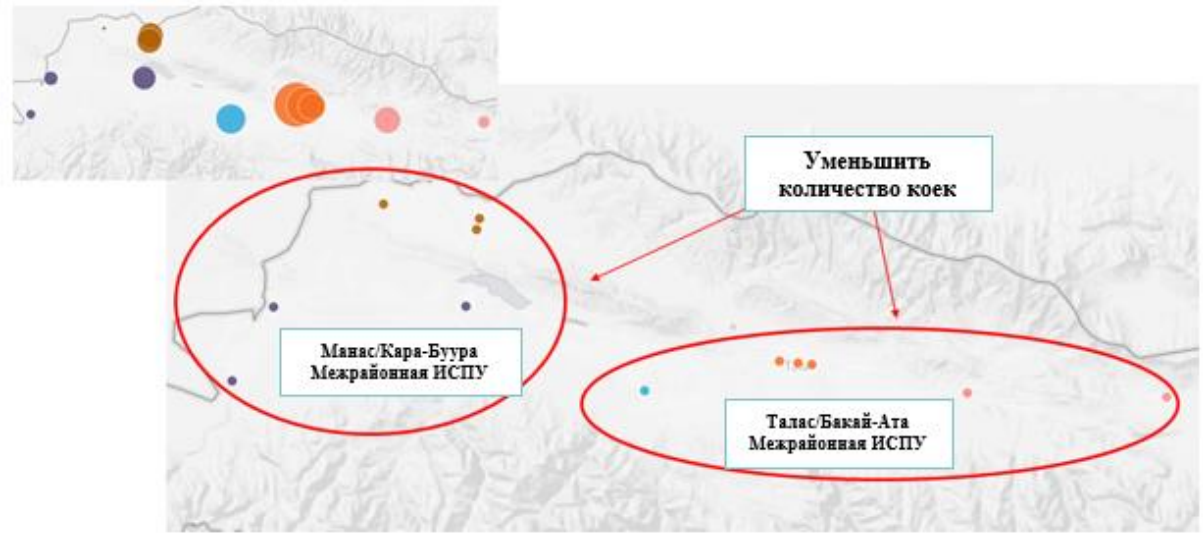


Рисунок 29: Сценарий оптимизации для Таласской области

План оптимизации для Таласской области предусматривает, что все государственные организации здравоохранения региона будут сгруппированы с образованием двух межрайонных ИСПУ. Таласская /Б акай-Атинская ИСПУ должна, также служить областной сетью пернаправлений.

Таблица 24: Предлагаемая конфигурация для 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 район0	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

5.3 План оптимизации для города Бишкек

5.3.1 Географо-демографическая ситуация

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%), и, согласно прогнозам ООН, в области народонаселения мира, эта тенденция сохранится до 2035 года, при этом ежегодный рост будет высоким как 2,3%.

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.

Географически Бишкек находится в центре Чуйской области, в административном отношении независимый, составляющий единицу областного (областного) уровня (схожий с городом Ош). Город занимает площадь 169,9 км², то есть плотность населения составляет 6 046 жителей на км²

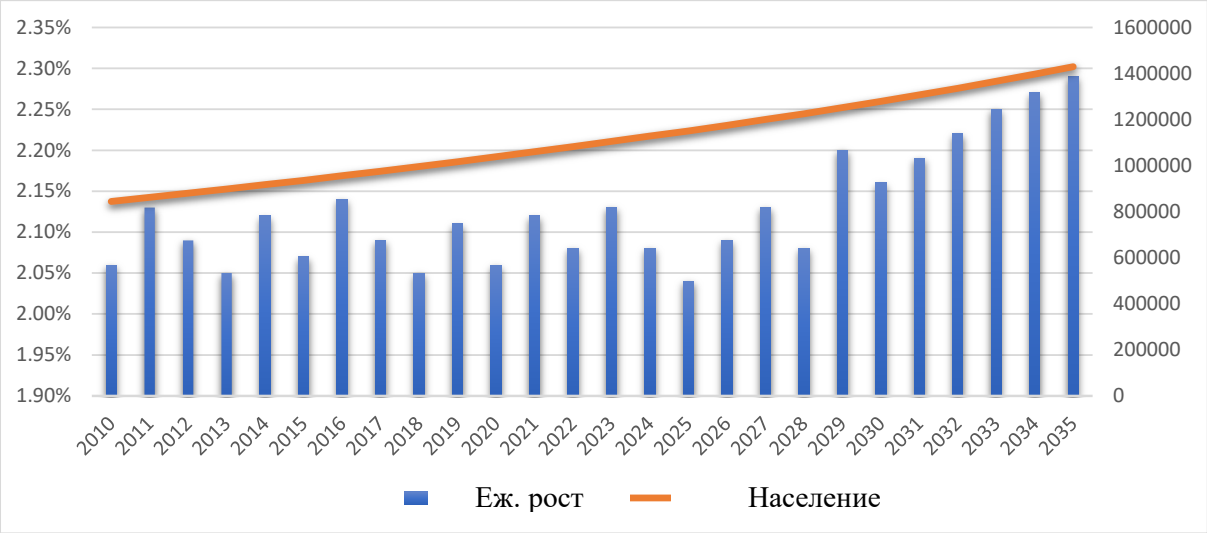
5.3.2 Предоставление медицинской помощи

В ходе нашего опроса мы посетили и проанализировали 32 организации здравоохранения расположенных в 54 различных местах города.

Таблица 13: ОЗ по уровням

Категории	Кол-во	Процент
Республиканские	14	43.8%
Городские (стационар)	12	37.5%
Городские (ПМСП)	5	15.6%
Городские (СМП)	1	3.1%
Всего	**32**	**100.0%**

Рисунок 19: Население города Бишкек, наблюдаемое (2010-2019 гг.) и оценочное (2020-2035 гг.)



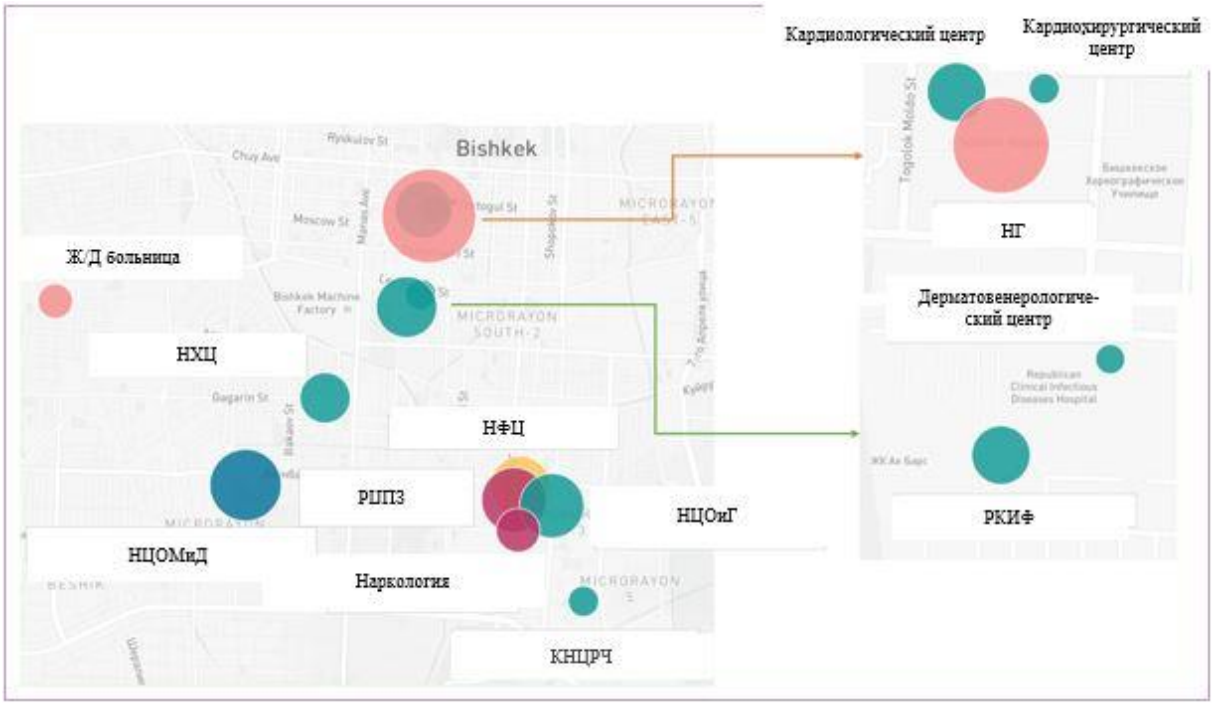


Рисунок 31: Расположение и коечный фонд (зависит от размер пузыря) объектов республиканского уровня

Услуги ПМСП в столице предоставляются сетью из четырех центров семейной медицины (ЦСМ) и одной студенческой поликлиники.

Экстренная медицинская помощь (ЭМП) предоставляется отдельной организацией, имеющей центральный головной офис и пункты скорой помощи, разбросанные по всему городу.

Учреждения, предоставляющие стационарные услуги, были отнесены к категории учреждений республиканского или городского уровня и проанализированы отдельно.

5.3.3 ОЗ Республиканского уровня

Объемы и сфера услуг

Существуют 14 республиканских организаций, два (2) из которых являются больницами общего профиля, два (2) психиатрических учреждения, одно (1) по охране здоровья матери и ребенка, одно (1) для лечения туберкулеза и восемь (8) предоставляют различные виды специализированной помощи. Расположение и деятельность этих организаций представлены на карте и в таблице ниже.

Как и ожидалось, организации здравоохранения республиканского уровня имеют хороший коэффициент использования коечного фонда со средним значением 80,6% для организаций оказывающих стационарную помощь. Тем не менее, некоторые из них имеют неоптимальные показатели использования, такие как Инфекционная больница, Дерматовенерологический центр и Центр репродукции человека.

В 2018 году в организации стационарной/госпитальной помощи поступило около 137 000 пациентов, а 564 000 пациентов получили консультацию в амбулаторных отделениях. Учитывая происхождение пациентов, мы определили, что почти в каждой организации здравоохранения республиканского уровня более 20% пациентов являются жителями Бишкека (доля населения Бишкека: 16,1%), а в некоторых больницах эта доля достигает 72-74 %.

Очевидно, что эти организации действуют не на уровне республиканского уровня, а на уровне города, и мы рекомендуем провести углубленное изучение их моделей медицинской помощи и их структур.

Кадры

Из 6 331 общей численности персонала в стационарных организациях здравоохранения, 60 % составляют медицинские работники. Это соотношение немного ниже в учреждениях длительного и среднесрочного ухода, в которых процент медицинского персонала составляет 56,3%.

Соотношение количества врачей на койку ниже, чем ожидалось, для организаций третичного уровня: в Инфекционной больнице их число составляет всего 0,2 врача на койку, а в Национальном центре кардиологии и терапии - 0,27 врача на койку. Еще ниже соотношение медсестер на койку, который в среднем составляет 0,69 (по сравнению со стандартом 1 медсестра на койку, который мы использовали в качестве национального эталона и приемлемого стандарта).

Для повышения качества медицинской помощи в организациях республиканского уровня мы рекомендуем улучшить соотношение количества врачей на одну койку и медсестры на одну койку в выбранных организациях, как указано (красные поля) в таблице ниже.

Таблица 14: Сводная таблица показателей деятельности организаций республиканского уровня

Наименование	Койки	Ср. пре-бы-ва-ние	Занятость койки	Количе-ство про-леченных	Стац (Бишкек)		Стац (КР)		Амбул. посеще-ния
					Абс.	%	Абс.	%	
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					0
КНЦРЧ	70	3.5	63.0%	4 608					21 647
ЦДВ	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*	*55316*	*43.0%*	*73 396*	*57.0%*	*563 976*
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%	0
НЦФ	390	54.5	74.0%	1 943	465	23.9%	1 478	76.1%	11 505
Промежуточный итог (длительная и промежуточная помощь)	*914*	-	-	*6 325*	*3 532*	*55.8%*	*2 793*	*44.2%*	*16 386*

Таблица 15: Наличие человеческих ресурсов на объектах республиканского уровня

Наименование	Количество коек	Врачи	Врачи/койку	Средний мед-персонал	медсестры/койки	Мед. персонал	Всего персонал
Национальный Госпиталь	1 070	346	0.32	689	0.64	1035	1 728
НЦОМиД	580	311	0.54	542	0.93	853	1 348
НЦОиГ	456	190	0.42	270	0.59	460	818
РКИБ	400	80	0.20	206	0.51	286	508
НЦКТ	349	96	0.27	200	0.57	296	550
НХЦ	255	99	0.39	230	0.90	329	534
РНЦ	180	56	0.31	69	0.38	125	220
ЖД больница	100	64	0.64	98	0.98	204	292
КНЦРЧ	70	60	0.86	87	1.24	147	232
ЦДВ	70	36	0.51	30	0.43	66	102
Промежуточный итог (госпитальная помощь)	*3 530*	*1 339*	*0.38*	*2 420*	*0.69*	*3 801*	*6 331*
РЦПЗ	460	118	0.26	170	0.37	288	555
НЦФ	390	79	0.20	187	0.48	266	469
НИИХСиТО	64	45	0.71	75	1.18	121	175
Промежуточный итог (другие)	*914*	*243*	*0.27*	*432*	*0.47*	*674*	*1 198*

Финансовые ресурсы

Годовой бюджет ОЗ республиканского уровня составляет выше 3,6 млрд. сомов. В отличие от организаций областного и районного уровней, для расходов на персонал выделено меньше чем 1/3 бюджета (~ 31%). Эта пропорция является еще меньшей в ОЗ с высокими расходами на лекарства и ИМН, в таких как Национальный центр онкологии и гематологии с более чем 88%, и Эндокринологический центр с почти 78% их общего объема расходов в этой категории.

Однако, если мы посмотрим на это значение в деталях, мы выявили, что смещение в основном связано с дополнительным внешним финансированием («гуманитарная помощь»), что составляет 87,8% от общих доходов объекта, израсходованных на закупаемые товары, в основном (дорогие). цитотоксические (химиотерапевтические) препараты. График объясняет эту конкретную ситуацию, которая важна для понимания процентов, представленных в таблице ниже.

Таблица 28: Расходы по категориям - объекты республиканского уровня

Наименование организации	Расходы всего	Кадры		Лекарственные сред-ства		Коммунальные услуги		Другие	
НГ	426 889 373	245 226 126	57.4%	81 777 901	19.2%	23 942 401	5.6%	75 942 945	17.8%
НЦОМиД	353 528 289	192 443 083	54.4%	70 58 549	19.9%	14 203 796	4.0%	76 422 862	21.6%
НЦОиГ	1 598 278 448	113 064 841	**7.1%**	1 409 666 363	**88.2%**	11 842 119	0.7%	63 705 125	4.0%
РКИБ	186 311 045	73 752 100	39.6%	39 944 999	21.4%	9 237 820	5.0%	63 376 127	34.0%
НЦКТ	236 727 814	122 681 093	51.8%	51 542 850	21.8%	7 912 410	3.3%	54 591 461	23.1%
НХЦ	113 585 800	70 015 900	61.6%	13 599 600	12.0%	7 864 100	6.9%	22 106 200	19.5%
РНЦ	70 628 300	51 429 400	72.8%	6 573 100	9.3%	2 508 000	3.6%	10 117 800	14.3%
ЖД больница	50 899 375	30 564 002	60.0%	5 729 262	11.3%	3 482 882	6.8%	11 123 228	21.9%
Кыргызский научный центр репродукции человека	46 266 800	31 379 200	67.8%	3 974 500	8.6%	2 331 900	5.0%	8 581 200	18.5%
ЦДВ	35 971 359	21 157 700	58.8%	4 648 110	12.9%	3 787 722	10.5%	6 377 827	17.7%
РЦПЗ	109 180 869	71 086 319	65.1%	6 032 554	5.5%	8 148 243	7.5%	23 913 753	21.9%
НЦФ	245 966 660	71 891 876	29.2%	99 414 684	40.4%	5 711 318	2.3%	68 948 782	28.0%
НИИ хирургии сердца и трансплантации органов	106 042 883	29 802 479	28.1%	67 773 270	63.9%	2 154 488	2.0%	6 312 646	6.0%
Эндокринологический центр	42 479 387	8 532 810	20.1%	33 089 303	77.9%	258 600	0.6%	598 674	1.4%
Итого	**3 622 756 401**	**1 133 026 929**	**31.28%**	**1 894 225 044**	**52.3%**	**103 385 799**	**2.9%**	**492 118 629**	**13.6%**

Рисунок 32. Бюджет Бишкекского Национального Центра Онкологии и Гематологии

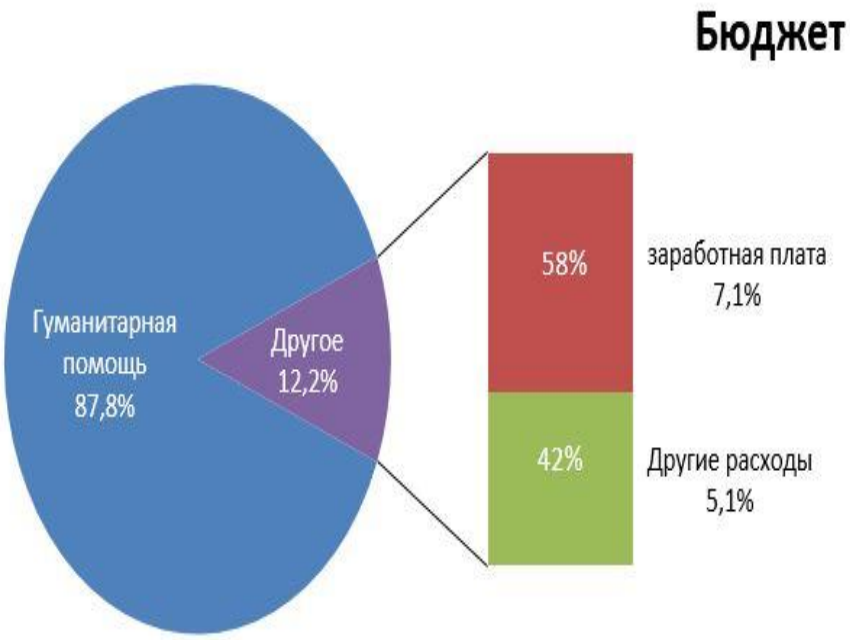


Таблица 16: Расходы на койку и на одного сотрудника на объекты республиканского уровня

Название	Количество коек	Врачи	Персонал всего	Расходы	Расходы/Койку	Расходы/персонал	Расходы/врача
НГ	1 070	346	1 728	426 889 373	398 962	247 078	1 232 893
НЦОМиД	580	311	1 348	353 528 289	609 532	262 261	1 135 834
НЦОиГ	456	190	818	1 598 278 448	3 504 997	1 955 081	8 411 992
РКИБ	400	80	508	186 311 045	465 778	367 115	2 328 888
НЦКТ	349	96	550	236 727 814	678 303	430 806	2 472 353
НХЦ	255	99	534	113 585 800	445 435	212 608	1 147 331
РНЦ	180	56	220	70 628 300	392 379	320 673	1 261 220
ЖД больница	100	64	292	50 899 375	508 994	174 313	792 208
КНЦРЧ	70	60	232	46 266 800	660 954	199 211	767 914
ЦДВ	70	36	102	35 971 359	513 877	353 527	999 204
РЦПЗ	460	118	555	109 180 869	237 350	196 811	923 305
НЦФ	390	79	469	245 966 660	630 684	525 009	3 113 502
НИИХСиТО	64	45	175	106 042 883	1 656 920	605 959	2 343 489
Эндокринологический центр		29	93	42 479 387	NA	459 237	1 464 806
Всего	**4 444**	**1 610**	**7,622**	**3 622 756 401**	**805 643**	**475 334**	**2 249 810**

В целом вышеприведенные таблицы 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. 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 / доступность. Не в качестве бенчмаркинга или целевого показателя – а только для показания 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 этого 62% тратятся на заработную плату врачей и медсестер.

Инвестиционные потребности

Из приведенного выше анализа становится очевидным, что крупные инвестиции необходимы для модернизации существующей инфраструктуры и оборудования, а также для увеличения бюджета эксплуатационных расходов, чтобы позволить больницам третичного уровня предоставлять услуги с надлежащим уровнем качества.

Общие инвестиции для всех больниц, расположенных в столице Бишкек, составят около 76,1 млн. долларов США - без учета синергизма и экономии затрат благодаря предлагаемым мерам по рационализации. В глобальном масштабе эти меры позволят сократить инвестиционные потребности до 25%. Их потенциальное воздействие будет описано и проанализировано в отчете о Национальном Мастер плане.

Из этой суммы 36,8 млн. долл. США требуется для модернизации инфраструктуры (8,292 долл. США на койку) и 39,2 млн. долл. США для модернизации медицинского оборудования (8 830 долл. США на койку).

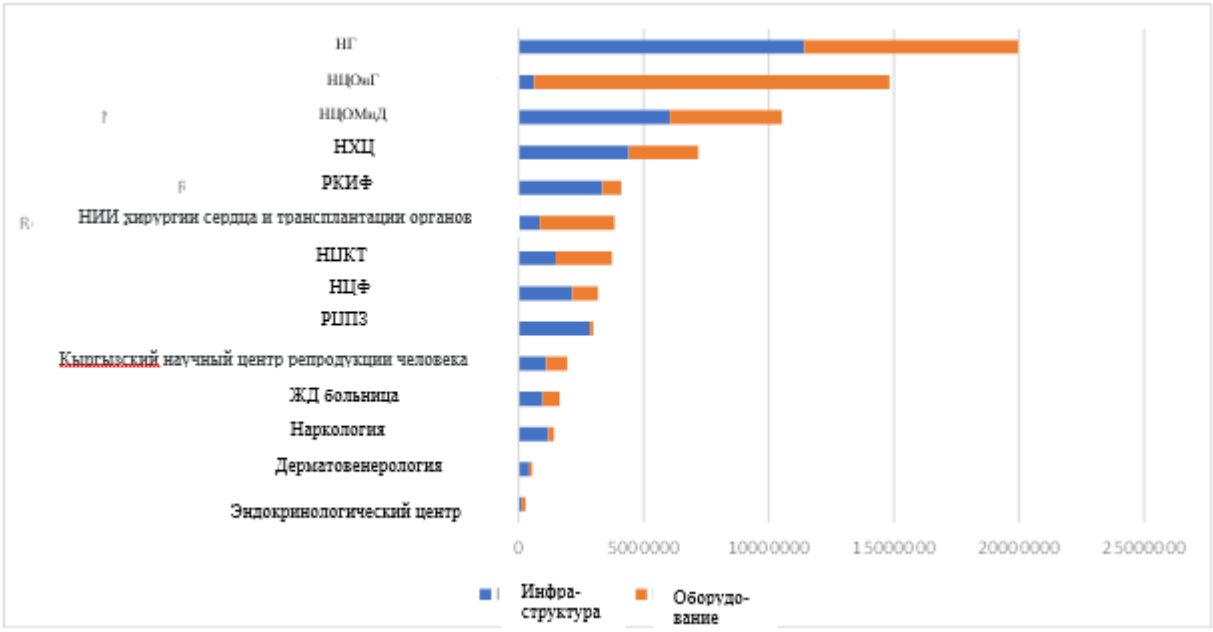
Для Национального Госпиталя требуется более четверти всех инвестиций (19,96 млн. долларов США) или 26,2% от общей суммы.

В области модернизации инфраструктуры, три организации с самыми высокими потребностями являются Национальный Госпиталь с 31,0%, Национальный центр охраны материнства и детства с 16,4% и Национальный хирургический центр с 12,0%.

В области модернизации медицинского оборудования, три организации с самой высокой потребностью в инвестициях являются Национальный центр онкологии и гематологии с 36,3% (более трети от общей потребности в инвестициях), Национальный Госпиталь с 21,8% и Национальный центр охраны материнства и детства - 11,4%.

Когда потребности в инвестициях для двух ведущих организаций - Национального Госпиталя и Национального центра охраны материнства и детства - рассчитываются «на койку», потребность в инвестициях является более разумной и довольно близкой к средней.

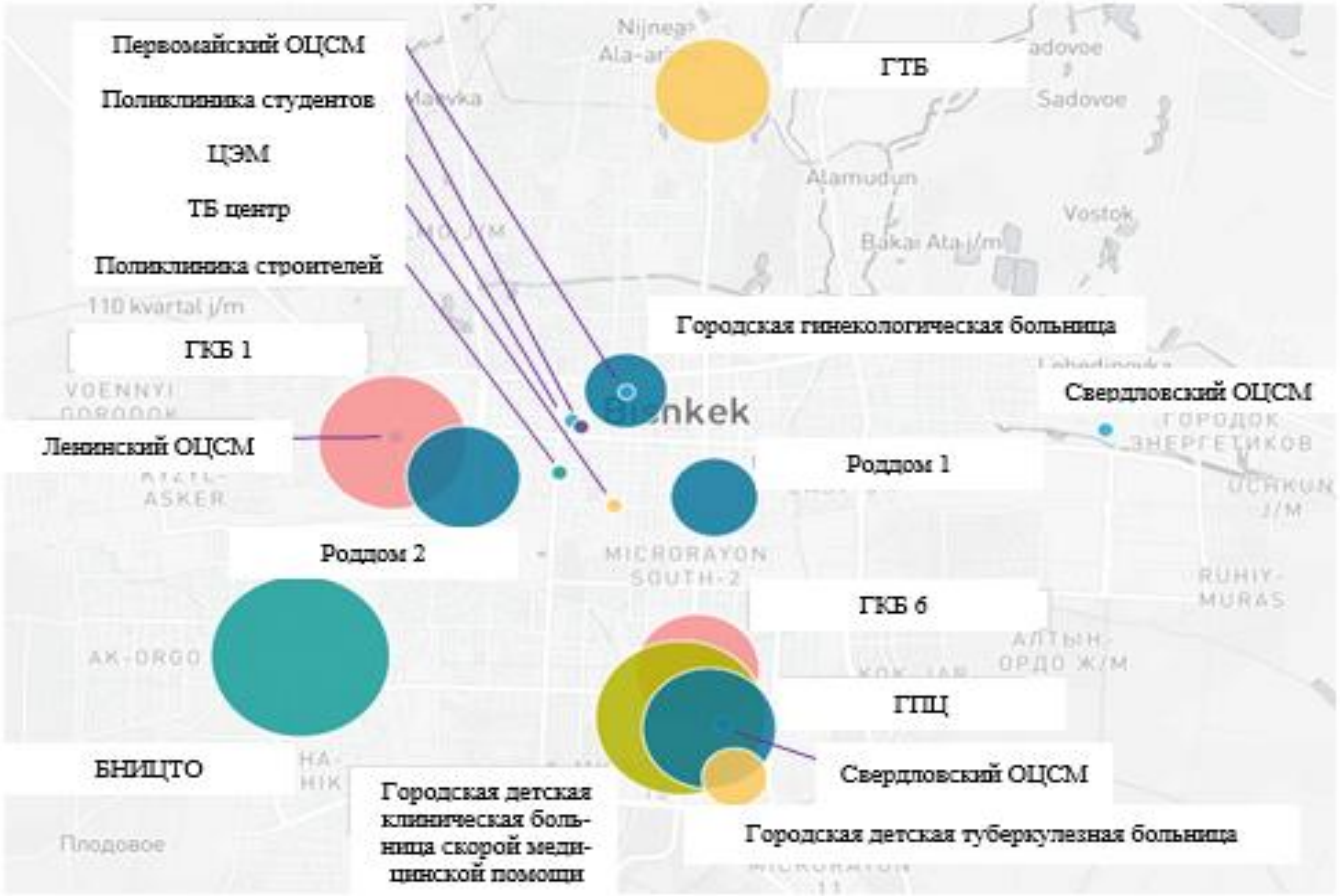
Рисунок 20: Потребности в инвестициях по категориям для всех организаций республиканского уровня



Это указывает на то, что потребности в инвестициях для Национального Госпиталя и Национального центра охраны материнства и детства связаны с размером обеих организаций, а не с состоянием инфраструктуры и медицинского оборудования. Фактически, две организации вместе представляют более одной трети от общего количества коечного фонда республиканского уровня в стране.

Таблица 17: Потребность в инвестициях для ремонта инфраструктуры и модернизации медицинского оборудования

Название	Койки	Инфраструктура		Инвести-ции/койку	Единиц обо-рудования всего	Единиц рабо-чего оборудова-ния		Инвестиции в обору-дование		Инвести-ции/койку
НГ	1 070	11 408 901	31.0%	10 663	564	470	83.3%	8 547 200	21.8%	7 988
НЦОМиД	580	6 037 134	16.4%	10 409	727	596	82.0%	4 483 00	11.4%	7 730
РЦПЗ	460	2 843 888	7.7%	6 182	49	49	100.0%	135 800	0.3%	295
НЦОиГ	456	603 819	1.6%	1 324	144	139	96.5%	14 219 00	36.2%	31 183
РКИБ	400	3 331 445	9.0%	8 329	327	316	96.6%	764 500	1.9%	1 911
НЦФ	390	2 134 026	5.8%	5 472	183	156	85.2%	1 039 650	2.6%	2 666
НЦКТ	349	1 459 230	4.0%	4 181	604	463	76.7%	2 275 500	5.8%	6 520
НХЦ	255	4 405 127	12.0%	17 275	222	183	82.4%	2 770 800	7.1%	10 866
РЦН	180	1 177 001	3.2%	6 539	21	20	95.2%	234 300	0.6%	1 302
ЖД больница	100	963 591	2.6%	9 636	94	90	95.7%	672 600	1.7%	6 726
КНЦРЧ	70	1 106 645	3.0%	15 809	100	99	99.0%	826 100	2.1%	11 801
ЦДВ	70	419 309	1.1%	5 990	26	25	96.2%	120 000	0.3%	1 714
НИИХСиТО	64	836 550	2.3%	13 071	175	158	90.3%	2 997 300	7.6%	46 833
Эндокринологический центр		123 201	0.3%	NA	30	23	76.7%	153 800	0.4%	
Итого	4 444	36 849 865	100.0 %	8,292	3,266	2787	85.3%	39 240 350	100.0 %	8 830


Первомайский ОЦСМ
Поликлиника студентов
ЦЭМ
ТБ центр
Поликлиника строителей
ГТБ
Городская гинекологическая больница
ГКБ 1
Свердловский ОЦСМ
Ленинский ОЦСМ
Роддом 1
Роддом 2
ГКБ 6
ГПЦ
БНИЦТО
Свердловский ОЦСМ
Городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи
Городская детская туберкулезная больница
Nijnego Ala-ar
Sadovoe
Atamudun
Vostok
Baka-Ata j/m
110 kvartal j/m
VOENNYI GORODOK
ASKER
MICRORAYON SOUTH-2
GORODOK ENERGETIKOV
UCHKUN J/M
RUHIY-MURAS
AK-ORGO
ALTYN-ORDO Ж/М
Plodovoe

5.3.4 ОЗ Городского уровня

Из 12 городских больниц две (2) предоставляют обще профильную стационарную помощь, четыре (4) предоставляют родовспомогательную медицинскую помощь, одна (1) обеспечивает педиатрическую помощь, и пять (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 организаций матери и ребенка), город Бишкек имеет самый низкий показатель количества коек на душу населения среди всех регионов 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 СПП, как в стационарных организациях, общего профиля, так и в организациях, оказывающих услуги для здоровья матери и ребенка.

В период 2018 года, ЦСМы города Бишкек приняли более 3,9 миллиона посещений (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.

Рисунок 21: Расположение городских ОЗ в Бишкеке

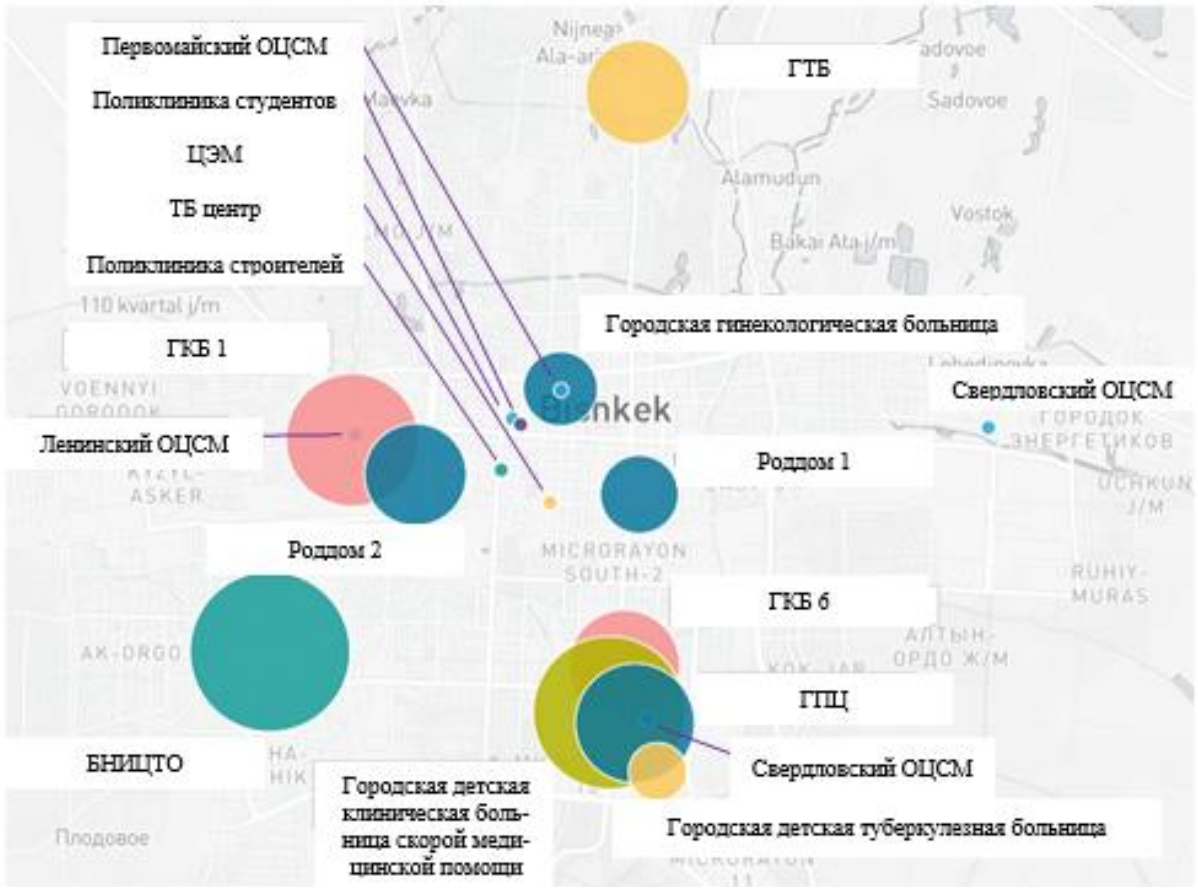


Таблица 18: Краткое изложение стационарной деятельности городских организаций

Название	Койки	СПП	Заня-тость	Стац	Амб
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 (женщина и ребенок)	*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*	*NA*	*NA*	*792*	*0*

Таблица 19: Краткое содержание амбулаторной деятельности организаций городского уровня

	Посещения врачи	Посещения узк. специ-алистов.	Посещения 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

Кадровое обеспечение больниц

Общая численность персонала составила 4029 человек (из которых 2422 являются медицинским и парамедицинским персоналом, включая врачей и средний медицинский персонал), которые предоставляют услуги в стационарных ОЗ города Бишкек.

В стационарных ОЗ задействованы 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, когда соотношение медсестер на койку ниже оптимального.

Кадровое обеспечение в ЦСМ

641 врач общей практики и 407 врачей-специалистов оказывают помощь в четырех (4) объединенных ЦСМ и студенческой поликлинике.

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).

Таблица 33. Наличие человеческих ресурсов в организациях городского уровня

	Койки	Врачи	Врачи /Койку	Средний мед. персонал	Средний мед. персонал /Койку	Медицинский персонал	Всего
ГКБ 1	294	122	0.41	248	0.84	370	584
ГКБ 6	195	53	0.27	95	0.49	148	270
Городская детская клиническая больница ско-рой медицинской помощи	400	138	0.34	283	0.71	420	672
БНИЦТО	445	154	0.35	355	0.80	509	902
Роддом 1	85	52	0.61	110	1.30	162	249
Роддом 2	160	75	0.47	179	1.12	254	392
Городской Перинатальный Центр	230	121	0.52	247	1.07	368	568
Городская гинекологическая больница	75	37	0.49	49	0.66	86	135
Промежуточный итог (экстренная помощь)	*1 884*	*750*	*0.40*	*1 567*	*0.83*	*2 316*	*3 771*
Городская туберкулезная больница (Бишкек)	170	25	0.14	59	0.35	84	203
Городская детская туберкулезная больница	40	4	0.10	19	0.46	23	54

Финансовые ресурсы

Годовой бюджет ОЗ городского уровня составил более 1,8 млрд. сомов. В отличие от республиканских организаций, доля расходов на персонал составляет 67,9% от общего числа расходов. Процент, конечно, выше в тех организациях, которые предлагают амбулаторное лечение в дополнение к стационарным услугам. В свою очередь, расходы на персонал и особенно на врача выше в организациях, предлагающих только стационарную помощь. Однако, как средние, так и индивидуальные расходы на персонал и врача значительно ниже среди организаций городского уровня по сравнению с организациями республиканского уровня (723 000 по сравнению с 2 250 000 сомов в год в 2018 году).

Инвестиционные потребности

Как отмечалось выше, без учета возможного синергизма и экономии средств за счет мер по оптимизации потребуется 52,3 млн. долл. США инвестиций для модернизации существующей инфраструктуры и оборудования для всех объектов городского уровня в столице Бишкек. Из этой суммы 31,3 млн. долл. США будет выделено на модернизацию инфраструктуры (8556 долл. США на больничную койку). Для медицинского оборудования потребуется 21,1 млн. долл. США, что соответствует 7 685 долл. США на койку (для стационарных организаций). Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии, Детская клиническая больница, Городская клиническая больница № 1, ЦСМ Свердловского района и Городской перинатальный центр требуют больше половины инвестиций. В области модернизации медицинского оборудования три организации требуют более 50% от общих потребностей в инвестициях.

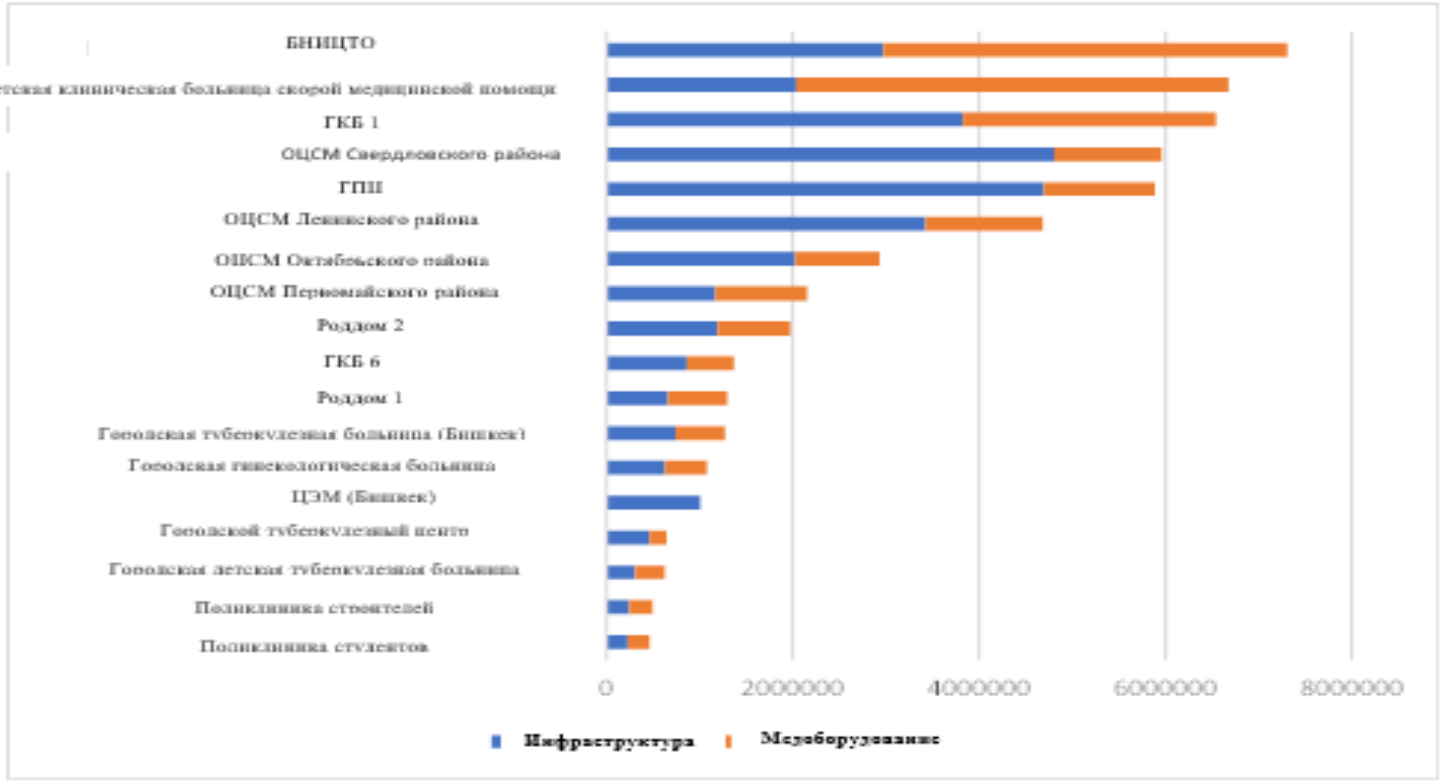
Таблица 34: Расходы по категориям - Объекты городского уровня

Название	Расходы	Персонал		Лекарственные средства		Ком. услуги		Прочие	
ГКБ 1	116 411 079	69 590 800	59.8%	19 345 924	16.6%	4 997 945	4.3%	22 476 411	19.3%
ГКБ 6	57 912 381	31 399 992	54.2%	10 801 679	18.7%	2 618 320	4.5%	13 092 391	22.6%
Городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи	151 673 649	84 332 852	55.6%	26 995 134	17.8%	6 619 523	4.4%	33 726 139	22.2%
БНИЦТО	180 140 658	96 082 783	53.3%	24 953 842	13.9%	17 362 834	9.6%	41 741 199	23.2%
Роддом 1	57 549 959	33 551 427	58.3%	8 551 982	14.9%	2 243 387	3.9%	13 203 163	22.9%
Роддом 2	100 478 948	55 264 009	55.0%	10 484 716	10.4%	3 207 344	3.2%	31 522 879	31.4%
Городской Перинатальный Центр	134 852 941	65 126 664	48.3%	19 613 952	14.5%	5 914 850	4.4%	44 197 475	32.8%
Городская гинекологическая больница	34 595 328	20 698 344	59.8%	3 768 006	10.9%	938 900	2.7%	9 190 079	26.6%
Городская туберкулезная больница (Бишкек)	49 916 646	24 142 950	48.4%	11 049 188	22.1%	1 891 701	3.8%	12 832 807	25.7%
Городская детская туберкулезная больница	8 758 683	7 038 400	80.4%	56 134	0.6%	639 100	7.3%	1 025 049	11.7%
ОЦСМ Ленинского района	228 266 728	187 621 581	82.2%	23 215 339	10.2%	5 813 397	2.5%	11 616 411	5.1%
ОЦСМ Свердловского района	210 728 538	171 072 263	81.2%	18 415 339	8.7%	6 043 583	2.9%	15 197 353	7.2%
ОЦСМ Октябрьского района	173 651 295	138 619 253	79.8%	17 281 915	10.0%	5 057 883	2.9%	12 692 244	7.3%
ОЦСМ Первомайского района	94 916 278	81 074 916	85.4%	7 244 639	7.6%	1 716 505	1.8%	4 880 218	5.1%
Поликлиника студентов	29 800 088	26 566 600	89.1%	1 414 380	4.7%	628 500	2.1%	1 190 608	4.0%
Городской туберкулезный центр	42 984 117	23 974 326	55.8%	14 705 469	34.2%	578 210	1.3%	3 726 112	8.7%
Поликлиника строителей	23 714 258	19 335 700	81.5%	1 143 200	4.8%	926 100	3.9%	2 309 258	9.7%
ЦЭМ (Бишкек)	116 193 263	95 407 000	82.1%	4 623 820	4.0%	1 791 300	1.5%	14 371 143	12.4%
Итого	1 812 544 837	1,230 899 860	67.9%	223 664 658	12.3%	68 989 382	3.8%	288 990 938	15.9%

Таблица 20: Расходы на койку и на персонал (на врача и на весь персонал) для организаций здравоохранения городского уровня

Название	Койки	Врачи	Персонал	Расходы	Расх/койку	Расх/персо-нал	Расх/Врача
ГКБ 1	294	122	584	116 411 079	395 956	199 249	958 116
ГКБ 6	195	53	270	57 912 381	296 987	214 490	1 097 865
Городская детская клиническая больница скорой медицин-ской помощи	400	138	672	151 673 649	379 184	225 873	1 103 081
БНИЦТО	445	154	902	180 140 658	404 810	199 712	1 169 745
Роддом 1	85	52	249	57 549 959	677 058	230 893	1 106 730
Роддом 2	160	75	392	100 478 948	627 993	256 324	1 339 719
Городской Перинатальный Центр	230	121	568	134 852 941	586 317	237 626	1 119 112
Городская гинекологическая больница	75	37	135	34 595 328	461 271	257 214	947 817
Городская туберкулезная больница (Бишкек)	170	25	203	49 916 646	293 627	245 592	2 037 414
Городская детская туберкулезная больница	40	4	54	8 758 683	218 967	161 450	2 189 671
ОЦСМ Ленинского района		448	1 603	228 266 728		142 422	510 093
ОЦСМ Свердловского района		429	1 614	210 728 538		130 543	491 495
ОЦСМ Октябрьского района		287	1 384	173 651 295		125 448	604 530
ОЦСМ Первомайского района		194	676	94 916 278		140 461	489 890
Поликлиника студентов		99	358	29 800 088		83 240	300 253
Городской туберкулезный центр		73	184	42 984 117		234 246	588 824
Поликлиника строителей		56	170	23 714 258		139 496	421 587
ЦЭМ (Бишкек)		145	644	116 193 263		180 494	802 717
Итого	4 444	2 509	10 661	1 812 544 837	426118	170 020	722 489

Рисунок 35: Потребности в инвестициях по категориям - городские организации



Хотя потребности в инвестициях более сбалансированы среди организаций городского уровня по сравнению с организациями республиканского уровня, все же шесть организаций из 12 требуют более 70% от общей потребности в инвестициях.

Примечание к таблице:

Родильный дом № 1

Год постройки всех зданий - 1936 год, за исключением здания УМО, которое было построено в 2017 году. В 2015 и 2016 годах были проведены капитальные ремонты в зданиях администрации, бухгалтерии и в основном корпусе, в которых размещались палаты для пациентов и зоны клинического обслуживания. Рекомендуется снести складские помещения и котельную площадью 154 м². Потребность в инвестициях была рассчитана с учетом существующих зданий родильного дома, которые имеют ограниченную площадь (52 м² на койку по сравнению с предлагаемым эталоном в 70 м² / койка). Чтобы соответствовать международным стандартам, необходимы дополнительные площади или сокращение количества коек.

Родильный дом № 2

Год постройки всех зданий - 1956 год, за исключением здания по утилизации отходов, которое было построено в 2018 году. В последние годы только косметический ремонт проводился ежегодно. Сумма, необходимая для инвестиций, была рассчитана на основе существующих зданий родильного дома (34 м² на койку). Для достижения международных стандартов (актуальных для соблюдения санитарных норм и качества ухода) необходимы дополнительные площади или сокращение количества коек.

Таблица 36. Инвестиции в инфраструктуру и медицинское оборудование. Объекты городского уровня

Название	Койки	Инфраструктура		Инвести-ции/койку	Единиц обору-дования всего	Единиц рабо-чего оборудова-ния		Инвестиции в обору-дование		Инвести-ции/койку
ГКБ 1	294	3 828 678	12.2%	13 023	223	222	99.6%	2 712 800	12.9%	9 227
ГКБ 6	195	860 321	2.7%	4 412	95	90	94.7%	507 600	2.4%	2 603
ГДКБСМП	400	2 039 679	6.5%	5 099	343	336	98.0%	4 638 400	22.0%	11 596
БНИЦТО	445	2 970 711	9.5%	6 676	379	368	97.1%	4 333 600	20.6%	9 738
Роддом 1	85	661 067	2.1%	7 777	119	113	95.0%	631 800	3.0%	7 433
Роддом 2	160	1 190 210	3.8%	7 439	170	161	94.7%	779 500	3.7%	4 872
ГПЦ	230	4 696 410	15.0%	20 419	279	261	93.5%	1 188 500	5.6%	5 167
ГГБ	75	625 775	2.0%	8 344	80	76	95.0%	451 500	2.1%	6 020
Городская туберкулезная больница (Бишкек)	170	739 290	2.4%	4 349	53	49	92.5%	532 250	2.5%	3 131
Городская детская туберкулезная больница	40	304 328	1.0%	7 608	15	6	40.0%	317 100	1.5%	7 928
ОЦСМ Ленинского района		3 422 607	10.9%		309	291	94.2%	1 260 400	6.0%	
ОЦСМ Свердловского района		4 806 903	15.4%		248	232	93.5%	1 149 000	5.5%	
ОЦСМ Октябрьского района		2 025 709	6.5%		413	388	93.9%	908 100	4.3%	
ОЦСМ Первомайского района		1 170 254	3.7%		135	131	97.0%	985 400	4.7%	
Поликлиника студентов		229 320	0.7%		25	24	96.0%	234 400	1.1%	
ГТЦ		463 800	1.5%		23	21	91.3%	178 100	0.8%	
Поликлиника строителей		244 530	0.8%		49	49	100.0%	250 100	1.2%	
ЦЭМ (Бишкек)		1 007 232	3.2%		259	153	59.1%			
Итого	2 904	31 286 821	100.0%	8,556	3217	2971	92.4%	21 058 550	100.0%	7,685

5.3.5 Рекомендации

Рекомендации для ОЗ 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, и.т.д.

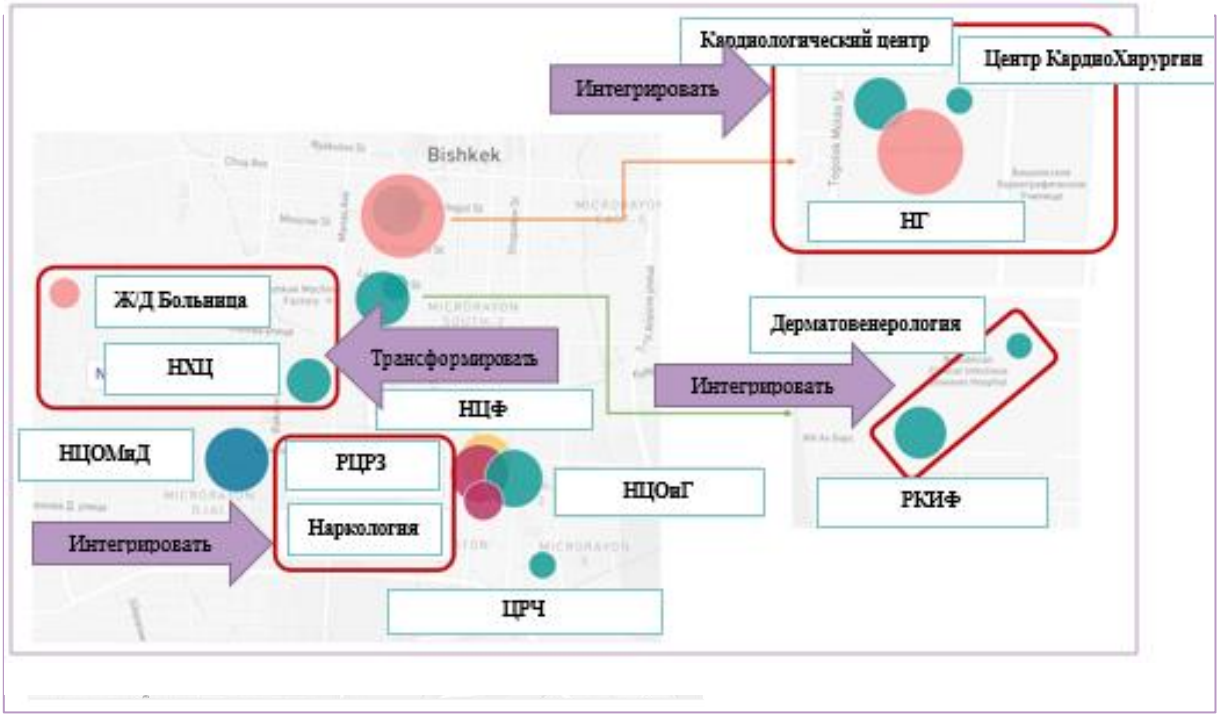
Следующие рекомендации основаны на результатах оценки. Они, вероятно, должны быть настроены на основе результатов детального анализа соответствующих моделей ухода, роли организаций в образовании и исследованиях и т. д.

Мы сгруппировали наши рекомендации следующим образом: (1) рекомендации, способствующие интеграции услуг; (2) рекомендации, создающие синергизм; и (3) рекомендации по преобразованию отдельных объектов в организации городского уровня.

Рекомендации для организаций республиканского уровня:

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. Пересмотреть модель предоставления помощи и реферальной системы (системы перенаправления) с целью достижения сокращения количества коек для наилучшего использования (коечного фонда) к охваченному населению (учитывая тот факт, что Республиканская инфекционная больница в настоящее время использует всего 75% по потенциала для лечения жителей Бишкека).

Рисунок 36: Графическое представление рекомендаций для объектов республиканского уровня



3. 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). В случае преобразования в Учебно-исследовательский центр администрация больницы должны быть объединены с администрацией Национального госпиталя.
4. Право собственности и правовой статус железнодорожной больницы должны быть тщательно изучены. Объект может быть либо передан Министерству здравоохранения, либо договорное соглашение между Министерством здравоохранения и железнодорожной компанией (принадлежащей государству), обеспечивает интеграцию учреждения в систему здравоохранения. С точки зрения оптимизации, мы бы рекомендовали объединение с Национальным госпиталем, в нем железнодорожная больница станет филиалом или отдельным отделением. Другой альтернативой было бы преобразование больницы в организацию городского уровня.
5. Национальный госпиталь и Национальный центр онкологии и гематологии представляют две организации страны с самыми высокими инвестиционными потребностями. В совокупности они включают 34,8 млн. долларов США или 45,7% инвестиций, необходимых для всех объектов республиканского уровня. Потенциальная синергия, особенно в области диагностического оборудования, общих служб (ЦСО, лаборатория, диагностика и т. д.), будет проанализирована и оценена в отчете Национального Мастер плана.
6. 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.

Рекомендации для ОЗ городского уровня

Организации городского уровня представляют собой эквивалент организаций регионального и районного уровня в других регионах страны. В других регионах наш подход к оптимизации основывается на создании Интегрированной сети доставки услуг (ИСПУ).

Из-за особенностей города Бишкек, особенно из-за большого размера ЦСМ, реализация незрелой модели ИСПУ будет рискованной и сложной.

Мы рекомендуем дождаться результатов внедрения ИСПУ в других районах страны, прежде чем пытаться внедрить его в городе Бишкек. До тех пор мы будем продвигать концепции сотрудничества и обмена между стационарными и амбулаторными службами.

Мы предлагаем реализовать три вида вмешательств с целью оптимизации медицинского обслуживания в городе Бишкек:

1. Интеграция стационарных организаций с дополнительным и / или аналогичным объемом услуг.
2. Сотрудничество и объединение ресурсов между стационарными и амбулаторными организациями (то есть больницами и смежными ЦСМ).
3. Внедрение общих услуг для функций клинической и неклинической поддержки.

Интегрированная городская клиническая больница

Мы предлагаем объединить городские клинические больницы № 1 и 6 с Бишкекским научно-исследовательским центром травматологии и ортопедии. Будет построена структура с тремя кампусами и общим количеством 934 койко-мест, чтобы обеспечить синергизм как для повышения качества, так и для повышения эффективности стационарной помощи.

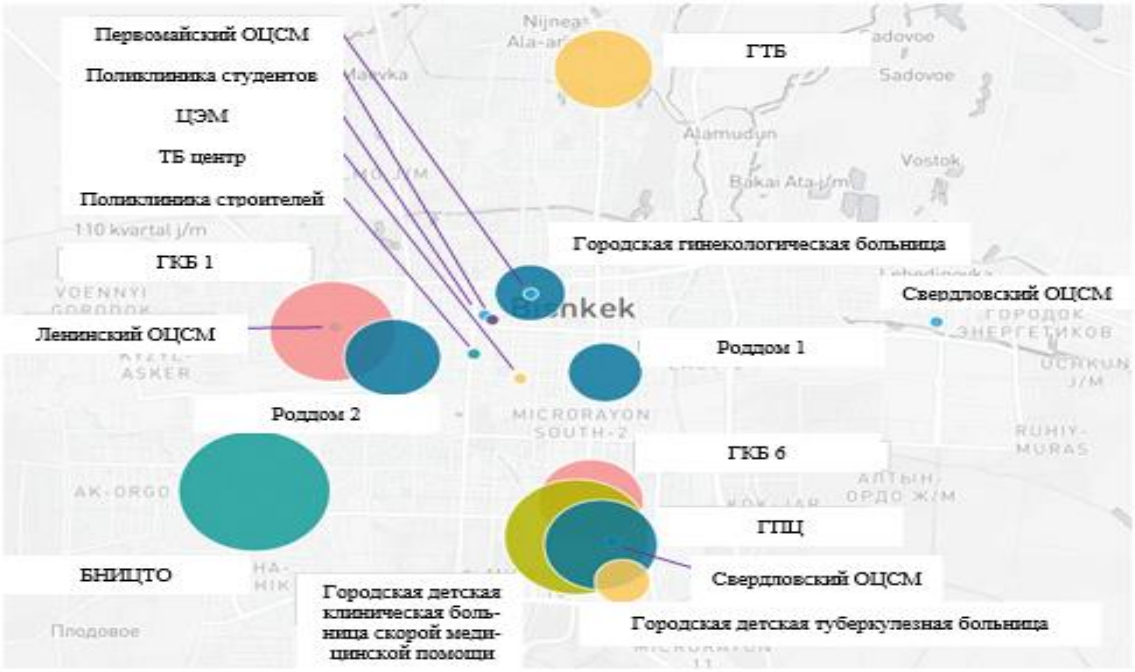
Другие особенности этой интегрированной структуры будут включать:

Таблица 21: Интегрированная городская клиническая больница

Состав	Размер
Койки	934
Персонал	1 756
Медицинский персонал	1 027
Врачи	328
Средний медицинский персонал	699
Годовой операционный бюджет	354 млн. KGS
Потребность в ремонте инфраструктуры	7.7 млн. USD
Потребность модернизации оборудования	7.6 млн. USD

Благодаря слиянию новый объект сможет выполнять процесс стратегического планирования, который в результате приведет к пересмотру концепции распределения услуг отделений в трех зданиях, а также пересмотру (на более рациональные) программ развития/модернизации инфраструктуры и оборудования.

Рисунок 37: Графическое представление рекомендаций для объектов городского уровня



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 масштаба.

Городские больницы по уходу за здоровьем матери и ребенка

В настоящее время функционируют четыре смежных объекта, самым крупным, из которых является Городской Перинатальный Центр (230 коек) и самой маленькой Городская Гинекологическая больница (75 коек). Все четыре организации могут быть объединены в одну Городскую больницу матери и ребенка со следующими характеристиками:

Таблица 22: Городские родовспомогательные и гинекологические стационары

Состав	Размер
Койки	550
Персонал	1 343
Медицинский персонал	870
Врачи	284
Средний медицинский персонал	586
Годовой операционный бюджет	327 млн сом
Потребность в ремонте инфраструктуры	7.2 млн USD
Потребность модернизации оборудования	3.1 млн USD

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.

Снижение уровня рождаемости в сочетании с ожидаемым снижением среднего пребывания на койке приведет к снижению потребности в акушерских кроватях. За счет оптимизации текущих мощностей можно добиться общего сокращения инвестиционных потребностей.

ЦСМ

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

1. Службы ЦСМ недавно прошли процесс реформирования, результаты которого будут описаны отдельно в отчете Национального Мастер плана.
2. Все четыре объединенных ЦСМ в городе Бишкек представляют собой относительно крупные организации с общей численностью персонала 5277 человек.

В дополнение к двум новым объединенным больницам (Городская клиническая больница и Городская больница по родовспоможению) и наличию Детской клинической больницы СМП, четыре ЦСМ продолжат 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.

Центральные институты вертикальных программ

Для центральных институтов вертикальных программ мы предлагаем следующее (будет дополнительно указано в главе о вертикальных программах Национального доклада о Мастер плане).

1. Объединить Республиканский центр психического здоровья с Республиканским наркологическим центром. Эта рекомендация требует тщательного изучения моделей ухода и кадровых профилей обеих организаций, но обеспечит значительный потенциал для синергизма в клинических областях, которые связаны друг с другом.

2. Будущая роль Национального центра фтизиатрии будет проанализирована в контексте вертикальной программы борьбы с туберкулезом. На глобальном уровне мы предлагаем подумать о создании Национального центра респираторных заболеваний (включая такие неинфекционные заболевания, как астма, ХОЗЛ и рак легких), чтобы избежать ограниченного внимания к туберкулезу с учетом ожидаемого эпидемиологического сдвига и современных руководящих принципов лечения, способствующих амбулаторному лечению за больными туберкулезом.

3. Будущая роль Кыргызского научно-исследовательского института курортологии и восстановительного лечения будет описана в рамках (национальной) программы реабилитации (см. Национальный Мастер план).

Совместное использование ресурсов

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 о 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. Мы предлагаем 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.

5.4 План оптимизации города Ош

5.4.1 Географо-демографическая ситуация

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 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.

5.4.2 Предоставление медицинской помощи

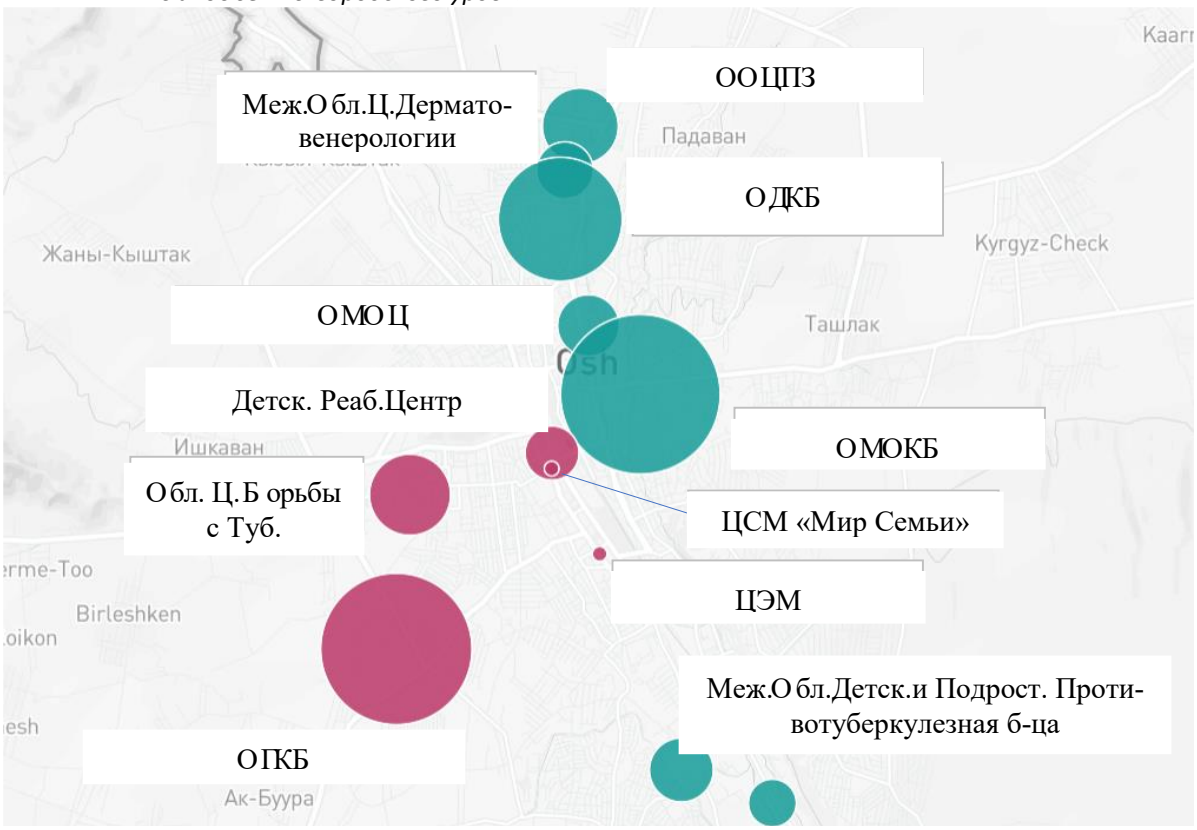
Во время нашего опроса мы проанализировали и оценили 12 организаций здравоохранения, расположенных в 33 разных местах. Услуги ПМСП предоставляются одним ЦСМ («Мир семьи»), который предоставляет услуги через центральное местоположение и 11 филиалов, распределенных по городу.

Таблица 23: ОЗ по уровню медицинской помощи

Категория	Количество	Процент
Межобластные	7	58.3%
Городские (стационарный)	3	25.0%
Городские (первичный)	1	8.3%
Городские (экстренный)	1	8.3%
ВСЕГО	**12**	**100.0%**

Рисунок 22: Медицинские учреждения в городе Ош – коечный фонд и местоположение

Размер пузырька пропорционален количеству кроватей; зеленый: межрегиональные объекты, красный: объекты городского уровня



Как и в городе Б ишкек, экстренная помощь предоставляется отдельной структурой (ЭМП). Стационарные организации были классифицированы как городские или межобластные и проанализированы отдельно.

5.4.3 Межобластные организации здравоохранения

Объемы и сфера услуг

Существует 7 межобластных организаций, четыре (4) из которых предоставляют общую экстренную помощь, две (2) психиатрическая и наркологическая и один (1) лечение туберкулеза (см. рис. 39 ниже).

Как и ожидалось, межобластные организации здравоохранения показывают хорошие показатели использования со средним значением РК 90,5% для организаций экстренной помощи. Тем не менее, относительно высокий показатель СП (8,9 дня для организаций экстренной помощи) поддерживает РК на искусственно высоком уровне. В 2018 году в отделения экстренной помощи поступило 61 599 пациентов, и 140 873 посещений были в амбулаторные отделения.

Среди организаций, предоставляющих долгосрочную и промежуточную помощь, только О шская Межобластная детская и подростковая противотуберкулёзная больница демонстрирует неоптимальное использование, другие организации показывают высокий РК .

Кадры

Из общего числа 2644 человек в стационарных организациях здравоохранения 58,8% составляют медицинские работники (врачи и средний медицинский персонал). Это соотношение ниже в организациях длительного и среднесрочного ухода, где 44,0% персонала являются медицинскими.

Наличие врачей ниже, чем ожидалось, для организаций такого уровня перенаправлений (0,25 врачи на койку в трех организациях и 0,31 врача на койку в О шской Межобластной клинической больнице. Также соотношение медсестры и койки далеко не равно 1: 1, что считается не подходящим.

Для повышения качества медицинской помощи в межобластных учреждениях мы рекомендуем улучшить соотношение количества врачей на одну койку и медсестры на одну койку в выбранных организациях, как указано (красные поля) в таблице ниже.

Таблица 40: Сводные показатели эффективности межрегиональных организаций

Наименование	Койки	ЗК	РК	СП	АП
ОМОКБ	952	9.3	98.0%	36307	3567
ОДКБ	540	7.5	79.0%	20729	75850
ОМОЦ	100	10.7	83.0%	2844	8908
ОМЦД	80	14.9	88.0%	1719	52548
Промежуточный итог (госпитальная помощь)	***1,672***	***8.9***	***90.5%***	***61599***	***140873***
ООЦПЗ	170	31.8	92.0%	1791	0
ОМДППБ	110	197.0	59.0%	120	0
ОМНЦ	50	10.7	86.9%	1481	30294
Промежуточный итог (длительная и промежуточная помощь)	***330***	***NA***	***NA***	***3392***	***30294***

	Койки	Врачи	врачи/койка	Мед-сестры	Медсестры/койка	Медперсо-нал	Всего
ОМОКБ	952	296	0.31	677	0.71	973	1 596
ОДКБ	540	140	0.26	314	0.58	454	780
ОМОЦ	100	26	0.26	49	0.49	75	155
ОМЦД	80	20	0.25	32	0.40	52	113
Промежуточный итог (госпитальная по-мощь)	***1 672***	***482***	***0.29***	***1,072***	***0.64***	***1 553***	***2 644***
ООЦПЗ	170	24	0.14	68	0.40	92	195
ОМДППБ	110	8	0.07	35	0.32	43	142
ОМНЦ	50	25	0.49	30	0.61	55	95
Промежуточный итог (длительная и про-межуточная по-мощь)	***330***	***57***		***133***		***190***	***432***

Финансовые ресурсы

Годовой бюджет объектов межрегионального уровня составляет почти 623 млн.сомов. Почти ровно половина из них идет на расходы по персоналу. На онкологический центр приходится самая низкая доля расходов на персонал, так как большая часть его бюджета направлена на дорогостоящие лекарства и лекарственные препараты.

Таблица 41: Категории расходов среди межобластных ОЗ

Наименование организации	Расходы всего	Кадры		Лекарственные сред-ства		Коммунальные услуги		Другие	
ОМОКБ	295 184 027	158 808 533	53.80%	46 948 598	15.90%	18 517 422	6.27%	70 909 474	24.02%
ОДКБ	166 631 768	87 262 797	52.37%	21 376 448	12.83%	9 192 949	5.52%	48 799 574	29.29%
ОМОЦ	62 469 121	14 196 190	22.73%	34 102 418	54.59%	2 012 894	3.22%	12 157 619	19.46%
ОМЦД	19 782 433	12 245 427	61.90%	2 645 726	13.37%	601 400	3.04%	4 289 880	21.69%
ООЦПЗ	36 695 264	19 344 215	52.72%	3 134 463	8.54%	1 850 603	5.04%	12 365 983	33.70%
ОМДППБ	28 849 808	16 429 585	56.95%	1 651 861	5.73%	1 876 749	6.51%	8 891 613	30.82%
ОМНЦ	13 275 743	8 717 541	65.67%	994 043	7.49%	557 437	4.20%	3 006 721	22.65%
Всего	**622 888 165**	**317 004 288**	**50.89%**	**110 853 557**	**17.80%**	**34 609 455**	**5.56%**	**160 420 865**	**25.75%**

Table 24: Расходы на койку и на одного сотрудника в объектах республиканского уровня

Название	Количество коек	Врачи	Персонал всего	Расходы	Расходы/Койку	Расходы/персонал	Расходы/врача
ОМОКБ	952	296	1 596	295 184 027	310 067	184 981	998 086
ОДКБ	540	140	780	166 631 768	308 577	213 562	1 190 227
ОМОЦ	100	26	155	62 469 121	624 691	404 331	2 402 659
ОМЦД	80	20	113	19 782 433	247 280	174 679	1 001 642
ООЦПЗ	170	24	195	36 695 264	215 854	188 422	1 513 207
ОМДППБ	110	8	142	28 849 808	262 271	203 526	3 606 226
ОМНЦ	50	25	95	13 275 743	265 515	139 378	541 867
Всего	**2 002**	**538**	**3 076**	**622 888 165**	**311 133**	**202 532**	**1 157 247**

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 ухода имеют более низкие расходы на койку и на одного сотрудника.

Инвестиционные потребности

Для проведения ремонта и модернизации медицинского оборудования в городе Ош требуются общие инвестиции в размере 32,3 млн. долларов США.

Этот инвестиционный бюджет почти поровну разделен между инфраструктурой и оборудованием (49,3% против 50,7%).

Бюджет на ремонт инфраструктуры составляет 7 967 долларов США на койку, а бюджет на модернизацию оборудования - 8 188 долларов США на койку.

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 лучшие организации – Межобластная клиническая больница (38,5%) и Межобластной онкологический центр (36,7%), за которыми следует Межобластная детская клиническая больница (19,5%).

Больше чем 45% общих потребностей в инвестициях требуется для Ошской межобластной клинической больницы, и Ошскому межобластному онкологическому центру.

Рисунок 39: Потребности в инвестициях по категориям для всех организаций межобластного уровня

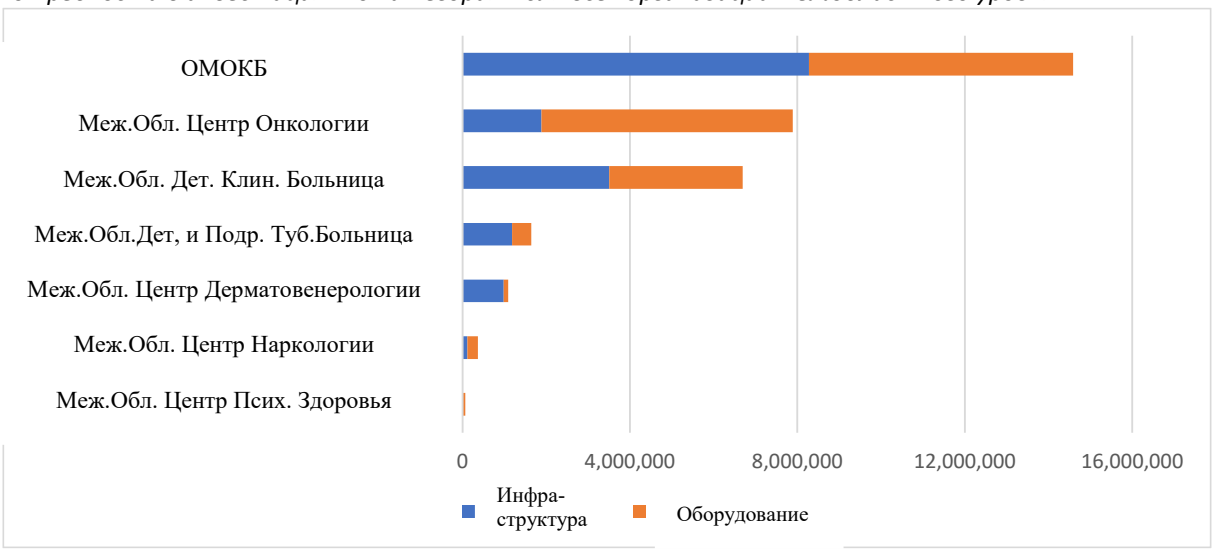


Таблица 43: Потребности в инвестициях для ремонта инфраструктуры и модернизации медицинского оборудования

Наименование	Койки	Инфраструктура		Инвести-ция/койка	Оборудование		Инвести-ция/койка
ОМОКБ	952	8 278 160	51.9%	8 696	6 314 300	38.5%	6633
ОДКБ	540	3 506 265	22.0%	6 493	3 188 500	19.5%	5905
ООЦПЗ	170	0	0.0%	0	66 500	0.4%	391
ОМДППБ	110	1 182 255	7.4%	10 748	457 600	2.8%	4160
ОМОЦ	100	1 883 595	11.8%	18 836	6 010 300	36.7%	60 103
ОМЦД	80	981 006	6.2%	12 263	108 600	0.7%	1 358
ОМНЦ	50	119 520	0.7%	2 390	247 100	1.5%	4 942
Всего	**2 002**	**15 950 801**	**100.0%**	**7 967**	**16 392 900**	**100.0%**	**8 188**

5.4.4 ОЗ Городского уровня

Из 12 городских больниц две (2) предоставляют стационарную медицинскую помощь, четыре (4) предоставляют медицинскую помощь по уходу за здоровьем матери и ребенка, одна (1) предоставляет педиатрическую помощь, а пять (5) предоставляют медицинскую помощь в лечении туберкулеза и других специфических заболеваний. В городе Ош имеется 2,8 коек для оказания стационарной помощи на 1000 жителей. Показатель СПП 6,6 дней и показатель РК 87,0% указывают на хорошее использование ресурсов и эффективную помощь. 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.

Таблица 44: Сводная информация о стационарной деятельности организаций городского уровня

Наименование	Койки	СПП	РК	СП	АП
ОГКБ	846	6.6	87.0%	40 562	2 183
ООЦБТ	200	60.4	86.0%	1 121	27 823
ООДРЦ	70	27.3	107.0%	1 000	1 213
Всего	**1116**	**NA**	**NA**	**42683**	**31 219**

Таблица 45: Сводная амбулаторная деятельность организаций городского уровня

	Семейные врачи/Посещения	Посещения специал.	Посещения фельдш.	ЭМП посещения	Всего
ЦСМ «Мир семьи»	457 111	392 748	87 194	-	93 7053
ЦСМ нагрузка посещений	48.8%	41.9%	9.3%	-	100.0%
Станция скорой медицинской помощи (г. Ош)	0	0	0	87 739	87 739

Кадровое обеспечение в больницах

В общей сложности 1819 человек (из которых 1081 человек (врачи и медицинские сестры)) 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.

Кадровое обеспечение в ЦСМ

Медицинский персонал ЦСМ «Мир семьи» состоит из 172 врачей общей практики и 125 врачей-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.

Таблица 46. Человеческие ресурсы на объектах городского уровня

	Койки	Врачи	Врачи/койки	Мед-сестры	Мед-сестры /койки	Медперсонал	Всего
ОГКБ	846	276	0.33	620	0.73	896	584
ООЦБТ	200	57	0.29	103	0.51	160	270
ООДРЦ	70	8	0.11	18	0.26	26	672

Финансовые ресурсы

Годовой 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.

Таблица 47: Категории расходов по объектам городского уровня

Название	Ошская городская клиническая больница	Ошский областной центр борьбы с туберкулезом	Ошский городской центр восстановительного лечения	ЦСМ «Семейный мир»	Центр скорой помощи	Всего
Расход	267 361 704	63 884 911	7 322 660	186 202 066	30 547 874	555 319 215
Персонал	141 514 358	34 960 853	4 821 000	125 089 402	21 761 289	328 146 902
Персонал (%)	52.93%	54.72%	65.84%	67.18%	71.24%	59.09%
Лекарство	37 373 122	4176 200	189 000	42 388 356	645 859	84 772 537
Лекарство (%)	13.98	6.54%	2.58%	22.76%	2.11%	15.27%
Коммунальные услуги	16 447 046	3 026 298	900 000	5 218 293	679 785	26 271 421
Коммунальные услуги (%)	6.15%	4.74%	12.29%	2.80%	2.23%	4.73%
Другие	72 027 178	21 721 560	1 412 660	13 506 016	7 460 941	116 128 354
Другие (%)	26.94%	34.00%	19.29%	7.25%	24.42%	20.91%

Таблица 48: Расходы на койку и на персонал (врач и весь персонал) для объектов городского уровня

Наименование	Койки	Врачи	Персонал	Расходы	Расх/койка	Расх/персонал	Расх/врачи
ОГКБ	846	276	1,483	267 361 704	316 030	180 284	969 580
ООЦБТ	200	57	277	63 884 911	319 425	230 840	1 120 788
ООДРЦ	70	8	59	7 322 660	104 609	124 113	915 333
ЦСМ "Мир семьи"		356	1 460	186 202 066		127 579	522 672
Станция скорой медицинской помощи (г. Ош)		48	244	30 547 874		125 196	636 414
Всего	**1 116**	**745**	**3 522**	**555 319 215**	**303 377**	**157 660**	**745 395**

Инвестиционные потребности

На ремонт и модернизацию инфраструктуры в городе Ош необходимо 17,6 млн. долларов США (соответственно 60,5 и 39,5%).

Большая часть инвестиций необходима для двух организаций - ЦСМ «Мир семьи» (40,2%) и Ошской городской клинической больницы (38,3%).

Для стационарных организаций средняя сумма инвестиций на одну койку, которая необходима, является следующей:

- Инфраструктура: 5439 долларов США на койку
- Медицинское оборудование: 3698 долларов США на койку

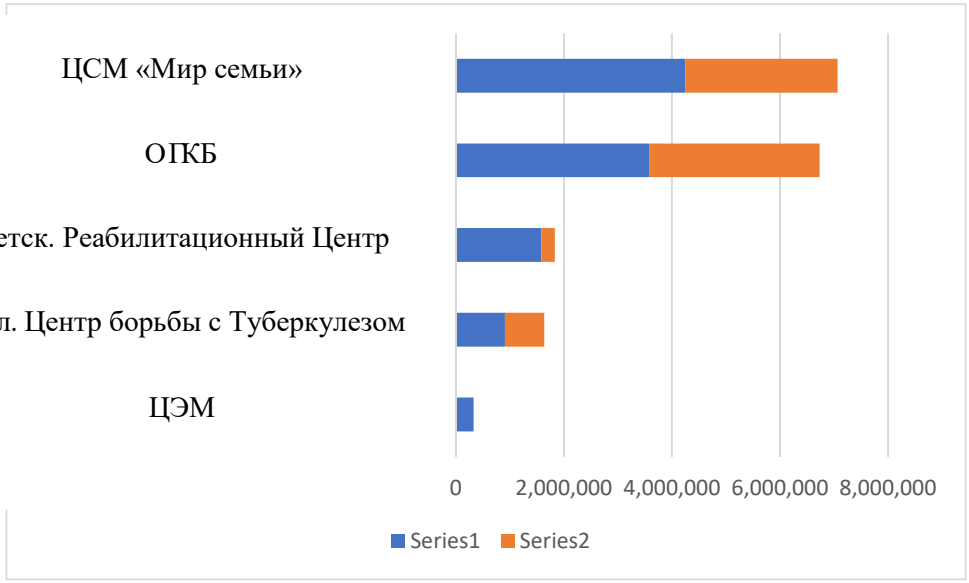


Рисунок 40: Потребности в инвестициях по категориям для организаций городского уровня

Таблица 49: Инвестиции в инфраструктуру и медицинское оборудование для организаций городского уровня

Наименование	Койки	Инфраструктура		Ин-вест/койка	Оборудование		Ин-вест/койка
ОГКБ	846	3 579 917	33.6%	4 232	3 154 900	45.4%	3 729
ООЦБТ	200	908 036	8.5%	4 540	724 050	10.4%	3 620
ООДРЦ	70	1 582 416	14.9%	22 606	248 000	3.6%	3 543
Станция скорой медицинской помощи (г. Ош)		322 818	3.0%			0.0%	
ЦСМ "Семейный мир"		4 247 367	39.9%		2 820 900	40.6%	
Всего	1 116	10 640 554	100.0%	5 439	6 947 850	100.0%	3 698

5.4.5 Рекомендации

Мы предлагаем следующие меры 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, солидная организация здравоохранения на 1192 койко-места с общим бюджетом, персоналом и структурой управления.

С созданием предстоящего Межобластного перинатального центра количество акушерских коек как в городской больнице, так и в Межобластной объединенной больнице может быть сокращено.

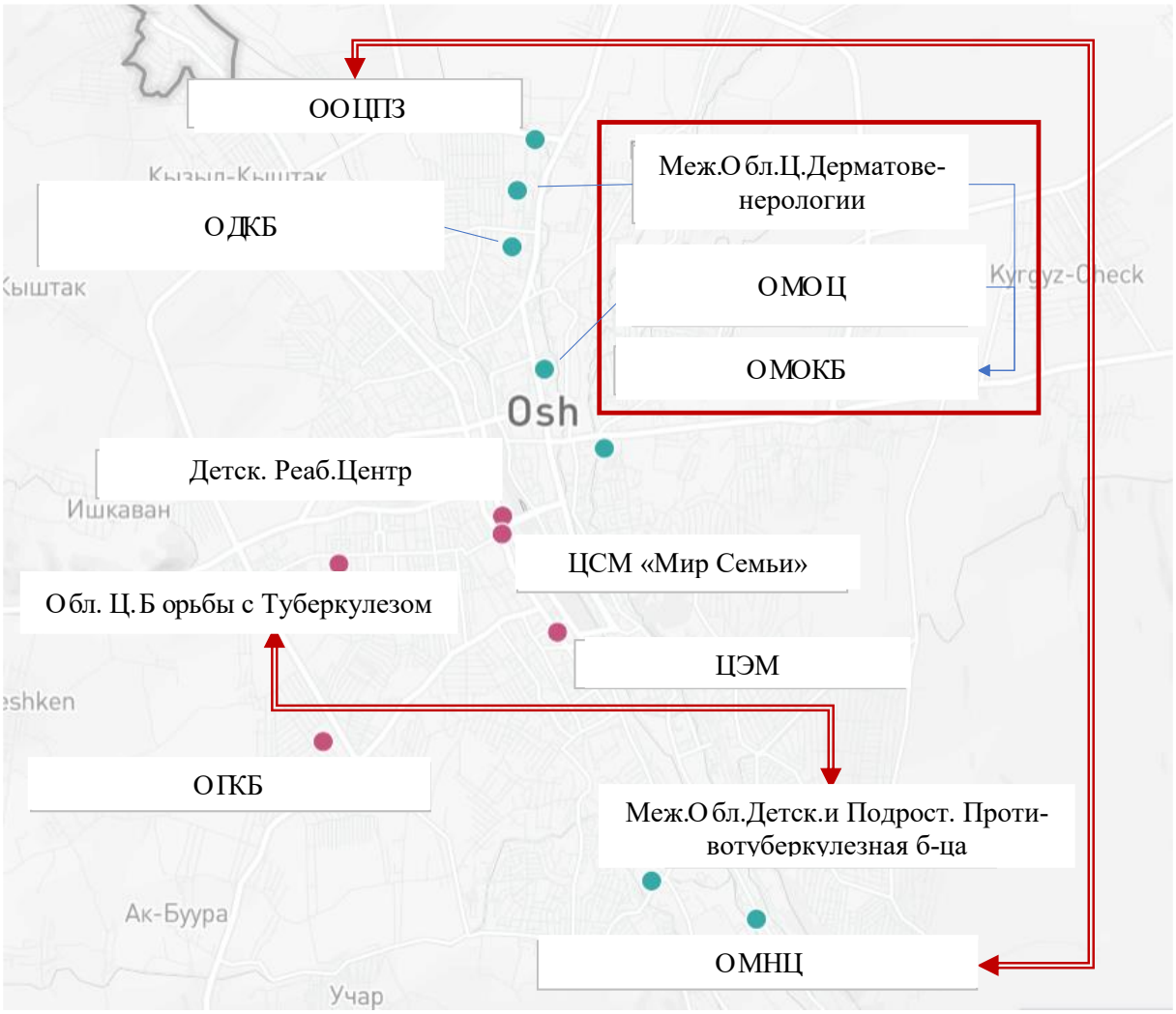


Рисунок 23: Графическое представление мероприятий для организаций здравоохранения города Ош

1. Объединить Ошский областной центр психического здоровья с Ошским межобластным центром наркологии.

2. В контексте вертикальной программы по туберкулезу рассмотреть возможность объединения Ошского областного центра по борьбе с туберкулезом с Ошской межобластной детской и подростковой противотуберкулезной больницей.

Ошская городская клиническая больница должна продолжать функционировать, как и в настоящее время. Однако создание ИСПУ путем слияния Ошской городской клинической больницы с ЦСМ «Семейный мир» должно быть тщательно продумано после анализа результатов первого опыта использования подхода ИСПУ и после дополнительного и тщательного обсуждения с Министерством здравоохранения.

Шаги по интеграции должны быть изучены тщательно, так как размер обеих организаций может сделать невозможным управление этой большой и стать сложной структурой.

В результате этих мер по оптимизации население города Ош будет обслуживаться одной городской больницей и двумя межобластными больницами (одна предназначена для ухода за взрослыми, а другая - для педиатрической помощи).

5.5 Оптимизация вертикальных программ здравоохранения

5.5.1 Уход за больными туберкулезом

Туберкулез и лечение туберкулеза в Кыргызстане

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

Закон по борьбе с туберкулезом в Кыргызстане допускает принудительные меры, включая тестирование и лечение, изоляцию и госпитализацию. Больные лица туберкулезом в Кыргызстане, которые не могут придерживаться требований лечения, могут быть принудительно изолированы, и даже подвергнуты штрафованию (Беликович и др., 2012). В 1990-х годах, после распада Советского Союза, Кыргызстан испытывал серьезные задержки с обеспечением лекарств. Для больных туберкулезом нехватка лекарств приводила к не достаточному объему лечения.

Эпидемиология

Туберкулез является высокоэндемичным в Кыргызстане. По оценкам, в 2018 году было выявлено 7300 новых диагностированных случаев (диапазон вариаций: 6200 - 8400). Заболеваемость туберкулезом составляет 116 (99-134) на 100 000 населения (ВОЗ, 2020 г.).

ВОЗ определила Кыргызстан как одну из 30 стран мира с высоким бременем МЛУ-ТБ с 1400 новыми случаями в год. По оценкам, 26 процентов новых случаев ТБ являются МЛУ, по сравнению с 3 процентами новых случаев ТБ во всем мире. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), только 55 процентов случаев МЛУ в Кыргызской Республике были успешно вылечены в 2011 году. (Grohma 2013)

Летальность от туберкулеза имеет тенденцию к снижению. В 2017 году уровень смертности составлял 5 на 100 000 населения против 5,6 в 2016 году. Самый высокий уровень смертности был зарегистрирован в 2001 году: 27 случаев на 100 000 населения.

Эпидемия ВИЧ в значительной степени ограничена группой риска (потребители наркотиков, работники секс-бизнеса и мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами). Зарегистрировано 8754 случая ВИЧ-инфекции (декабрь 2018 года), из которых 1 987 коинфицированы туберкулезом.

Сообщается, что распространенность туберкулеза в тюрьмах в 100 раз выше, чем среди населения в целом. Это связано с переполненностью и плохими гигиеническими условиями. В 2019 году показатель заболеваемости туберкулезом среди тюрем превысил 1000 случаев на 100 000 заключенных (ВОЗ). Внутренние мигранты составляли почти половину всех больных туберкулезом в Бишкеке; в этой популяции преобладает лекарственная устойчивость, а результаты лечения неудовлетворительные (Гончарова и др., 2017).

Текущие меры по борьбе с туберкулезом

Система борьбы с туберкулезом в Кыргызстане организована через сеть стационарных противотуберкулезных учреждений с вместимостью 2095 коек по всей стране (2019 год; в 2017 году вместимость коек составляла 2605 человек). К сожалению, существует небольшая интеграция с ор-

ганизациями ПМСП, а координация лечения и ухода осуществляется специалистами, работающими в противотуберкулезных больницах. В Кыргызстане общепринятой практикой является прием подозреваемых пациентов в туберкулезные больницы даже после первого контакта, где были представлены только начальные симптомы.

В настоящее время ни одно из существующих стационарных учреждений не соответствует требуемым стандартам инфекционного контроля (NICE 2016), таким как:

- нахождение в одной комнате с отрицательным давлением, особенно для пациентов с высоким риском легочным или гортанным туберкулезом,
- надлежащим образом спроектированная и вентилируемая зона (с помещением с отрицательным давлением) для проведения процедур, генерирующих аэрозоль (бронхоскопия, индукция мокроты, небулайзерная обработка).

Комнаты для пациентов в основном перенаселены (от 3 до 6 пациентов в комнате), с длительным пребыванием показателя 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 покрывает главным образом заработную плату персонала и содержание туберкулезных больниц.

Все случаи туберкулеза	7 695 (из которых 940 детей) - национальные данные, 2017 Данные немного отличаются от других надежных источников (ВОЗ / ЕЦПКЗ) 7300, с вариацией от 6200 до 8400
Новые случаи и рецидивы	6 687 (из которых 436 детей младше 14 лет)
Уровень заболеваемости	116 (99-134)/ 100, 000
Уровень смертности	6,3 / 100000; * 4 среди инфекционных заболеваний в КР
Уровень МЛУ-ТБ	В новых случаях 29 (27-31)% У пролеченных пациентов 68 (66-71)%
Оценка случаев туберкулеза с устойчивостью к МЛУ / туберкулёз устойчивый к рефампицину	2,300 (2,200 – 2,400)
МЛУ / туберкулёз устойчивый к рефампицину случаи, начатые на второй линии лечения в 2015 году	54%
Количество неподтвержденных случаев / количество госпитализированных пациентов	1,249 / 11, 685 =11%
Охват противотуберкулезным лечением (количество зарегистрированных / оценочных случаев), 2018	87% (75–100%)
Частота успешных исходов лечения новых и рецидивирующих случаев ТБ (%)	81.8
Текущее количество туберкулезных коек	2, 095 (Центр электронного здравоохранения МЗ КР, 2019 г.) **Собственные оценочные данные: 2,315**
Продолжительность пребывания в стационаре (средняя)	Взрослые: 35 - 159 дней. Дети: 56 - 197 дней
Коэффициент эффективности лечения ТБ в условиях ПМСП	85% Цель
Частота выявления случаев	91%

Таблица 25: Ситуация с туберкулезом в Кыргызстане - Обзор

Национальный бюджет ТБ 2019	19 миллионов долларов США (1300 миллионов сомов) - из которых 60% внутренние, 40% международные
Потенциальная экономия за счет оптимизации	139,7 млн. Сомов в соответствии с целевым показателем 2022 года

Новая парадигма борьбы с туберкулезом

В странах бывшего Советского Союза финансирование туберкулеза (ТБ) все еще в значительной степени зависит от модели лечения в стационарных организациях. Всемирная организация здравоохранения выступает за переход к амбулаторному лечению, поскольку оно дешевле и ориентировано на пациента. К роме того, наблюдается переход лечения, ориентированного на многосторонний комплексный подход.

Следовательно, основанные на фактических данных рекомендуемые ВО З практики (см. Публикацию ВО З 2017 г. О риентированная на человека модель лечения туберкулеза - проект для стран Восточной Европы и Центральной Азии) должны быть внедрены и масштабированы в рамках реализации плана оптимизации системы здравоохранения К ыргызстана.

МЗ должно привлекать другие заинтересованные стороны и содействовать следующим событиям:

- **Приоритет амбулаторного лечения**. Чрезмерное использование и длительность стационарного лечения (3-6 месяцев) является частью советского наследия. Амбулаторное лечение дешевле и удобнее для пациентов. К роме того, плохое состояние большинства туберкулезных больниц приводит к внутренней передаче туберкулеза).
- **Привлечение организаций здравоохранения первичной медико-санитарной помощи** к выявлению и лечению ТБ . До недавнего времени только специальные туберкулезные организации имели дело с туберкулезом. Этот подход меняется, чтобы сделать диагностику ТБ услуги ближе к пациентам и такой подход должен продолжать развиваться.
- **Фонд социально-психологической поддержки** больных туберкулезом. Такая поддержка особенно важна для пациентов, которые находятся в трудной жизненной ситуации, и чья низкая приверженность лечению ставит под угрозу их здоровье.

Участие общественности в борьбе с туберкулезом

Участие активистов общества и лиц, выздоровевших после заболевания туберкулёзом важно на всех уровнях: от защиты прав пациентов и до снижения стигмы и дискриминации, предоставления социально-психологической поддержки. Управление на уровне обществ является эффективным подходом в расширении доступа к качественному лекарственно-устойчивому лечению туберкулеза. Используя существующие структуры и ресурсы, вмешательство продемонстрировало, что благоприятных результатов лечения можно достичь и поддержать путем лечения пациентов с лекарственно-устойчивым туберкулезом у себя дома. Международный опыт показывает, что переход от стационарного лечения ТБ с лекарственной устойчивостью на местном уровне привел к увеличению числа обращения за лечением, уменьшению задержек начала лечения, улучшению наблюдения и приверженности, снижению неэффективности лечения и было связано с более высокими показателями излечения и более низкой смертностью. Доступны мобильные приложения для здравоохранения, обеспечивающие платформу для мониторинга посещений на дому и администрирования суточных доз поставщиками DOTS.

Обнадеживающие результаты в Латвии

Латвия является хорошим примером для Кыргызстана. Он унаследовал тот же подход Советского Союза, но сумел реформировать практику здравоохранения с целью вовлечения служб ПМСП в ведении случаев ТБ , внедрения амбулаторного лечения, создания устойчивой системы социальной поддержки и обновления инфраструктуры ТБ больниц в соответствии с современными требованиями к инфекционному контролю. В результате Латвия сократила свою долю МЛУ-ТБ среди новых случаев туберкулеза почти на 50%, с примерно 15% в 2002 году до 8,2% в 2014 году.

Улучшение методов лечения

Кыргызстан включен в 18 высокоприоритетных стран, определенных в Плане по борьбе с туберкулезом в Европейском регионе ВОЗ, наряду с другими странами региона в Европейский регион ВОЗ (Армения, Азербайджан, Беларусь, Болгария, Эстония, Грузия, Казахстан), где управление ТБ традиционно рассматривалось как так называемая «вертикальная» модель предоставления услуг ТБ .

Меры по борьбе с туберкулезом осуществляются через сеть специализированных организаций. К ним относятся туберкулезные больницы и центры семейной медицины (первичные поликлинические услуги). Центры семейной медицины считаются организациями первой линии для всех пациентов, в том числе с предполагаемым ТБ . В Бишкеке есть одна ТБ референс-лаборатория, где проводятся тесты на культуральную и лекарственную чувствительность (DST).

Все новые и повторные пациенты с туберкулезом начинают лечение по стандартизированным схемам лечения туберкулеза и отдают образцы мокроты для анализа культуры и чувствительности. Если результаты, которые станут доступны примерно через 6 недель, выявили МЛУ-туберкулез, пациенты будут переведены на режим МЛУ-туберкулеза. С 2013 года анализ «Xpert® МТБ / RIF» доступен и в Кыргызстане.

Национальная программа борьбы с туберкулезом в Кыргызской Республике включает пациентов с туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью в новых, более эффективных схемах лечения, рекомендованных ВОЗ. Пациенты с множественной лекарственной устойчивостью впервые получают лечение по более короткой схеме, а более сложные случаи МЛУ-ТБ и ШЛУ -ТБ - по индивидуальной схеме, адаптированной к каждому пациенту и усиленной новыми препаратами бедаквилин или деламанид. К концу 2018 года Кыргызская Республика полностью перешла на новые варианты лечения. Противотуберкулезное лечение предоставляется жителям бесплатно. Для иностранных лиц не существует стандартизированного нормативного регулирования, и решения о стоимости услуг являются прерогативой данной медицинской организации.

Международная поддержка

В Кыргызстане был запущен ряд международных инициатив по борьбе с туберкулезом:

- Гранты, предоставленные Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, для поддержки доступа к лечению, связанному с ВИЧ и туберкулезом.
- Партнерство «Остановить туберкулез», программа, управляемая ВОЗ, при поддержке Канадского агентства международного развития (CIDA). Программа «Врачи без границ» (MSF) реализует программу в Ошской области.
- Агентство США по международному развитию (USAID) поддерживает проект «Победим туберкулез», поддерживающий равный доступ к туберкулезным услугам для уязвимых групп населения.

Продвижения в лечении туберкулеза в Кыргызстане: реорганизация и интеграция

От больницы до амбулаторной организации

Кыргызстан отходит от обычной практики госпитализации пациентов с МЛУ-ТБ от периода их очень длительного лечения.Б орьба с туберкулезом и ПМСП взаимозависимы. Прогресс в борьбе с туберкулезом в ситуации, когда туберкулез является эндемическим заболеванием, не может быть достигнут, если борьба с туберкулезом не интегрирована в систему ПМСП. В свою очередь, программа ПМСП не может считаться достаточной, если она не предусматривает участие в борьбе с туберкулезом. В интегрированной модели выявление случаев заболевания туберкулезом и их лечение могут быть улучшены и расширены, чтобы принести пользу всему населению.

Поставщики ПМСП являются важным компонентом выявления случаев ТБ и направления их на лечение, что помогает предотвратить распространение заболевания и повысить экономическую эффективность. Например, переход от стационарного лечения к амбулаторному лечению в Молдове привел к снижению затрат на лечение на 24% (2,8 млн. Евро) в год, при этом наибольшая экономия достигается за счет сокращения госпитализации при лечении ЛУ-ТБ с 40 до 14 дней.

Хотя роль ПМСП в борьбе с туберкулезом может варьироваться от страны к стране, существуют общие элементы, включая связь поставщиков ПМСП со специализированными услугами по борьбе с туберкулезом. Установление надежных отношений между специализированными противотуберкулезными службами и поставщиками ПМСП может помочь улучшить качество услуг, а также выявление и лечение пациентов с туберкулезом (см. Таблицу 26, принятую из руководства по борьбе с туберкулезом для поставщиков первичной медико-санитарной помощи для стран в ВОЗ). Европейский регион с высоким и средним бременем туберкулеза, ВОЗ, 2004 г.

Также существует необходимость в инвестициях для закупки оборудования (такие как средства индивидуальной защиты органов дыхания и ультрафиолетовые [УФ] лампы) и разработки планов инфекционного контроля, которые включают своевременный контроль выписки пациентов из больницы для амбулаторного лечения на дому. Реализация этих мер позволяет больницам снизить риск распространения инфекции ТБ до 80 процентов:

- Поддержка общественных групп и местных НПО в борьбе с туберкулезом;
- Обучение и наращивание потенциала для работников здравоохранения
- Поддержка улучшения качества лаборатории
- Инфекционный контроль
- Связь между вертикальной системой лечения туберкулеза и горизонтальной системой ПМСП
- Создание специализированной противотуберкулезной больницы для заключенных
- Политический диалог и межсекторальное сотрудничество для улучшения общей поддержки больных туберкулезом, а также нормативно-правовой базы и системы финансирования.

Основы политики

Туберкулез является одной из четырех приоритетных областей (сердечно-сосудистые заболевания, охрана здоровья матери и ребенка, борьба с туберкулезом и ВИЧ/СПИДом), определенных в Национальной программе реформы здравоохранения «Ден соолук». В своем плане реализации на 2017–2018 годы ряд мероприятий был сосредоточен на профилактике и лечении туберкулеза. Актуальны те мероприятия, которые связаны с реструктуризацией и оптимизацией лечения туберкулеза в соответствии с дорожной картой, направленной на модель лечения, ориентированную на пациента.

Соответственно, дорожная карта и национальная пятилетняя программа борьбы с туберкулезом направлены на существенное сокращение существующих коек и укрепление амбулаторно-поликлинической помощи для повышения эффективности использования ограниченных ресурсов, что соответствует целям «Проекта по борьбе с туберкулезом в регионе Восточной Европы и Центральной Азии по трансформации системы здравоохранения и финансированию реформы для расширения лекарственно-устойчивого противотуберкулезного контроля» (Tb-REP).

В соответствии с «дорожной картой» правительство Кыргызстана в январе 2017 года издало Постановление 9б «План действий по оптимизации системы предоставления помощи при туберкулезе населению Кыргызской Республики на 2017–2026 годы», подписанное премьер-министром. В феврале 2017 года Министерство здравоохранения издало Приказ №123 об осуществлении Плана на период 2017–2019 годов.

Курс болезни	Первоначальное проявление	Подозрение на Туберкулез	Диагноз	Стационарное лечение	Амбулаторное лечение	Результаты лечения	Последующие действия
Время		Как можно скорее	Прибл. 2 недели	2-3 месяца	4-6 месяцев		
Курс лечебных мероприятий	ПЗЗ провайдер: Осмотреть пациента; Взять историю болезни;	ПЗЗ провайдер: обратится для тестирования - 3 исследования мазка мокроты - рентген и другие анализы по необходимости; - обучить пациента - Проконсультироваться с ТБ службами (при необходимости) - обратится к услугам по туберкулезу (на основании результатов теста)	В тб сервисах	В тб сервисах	- Лечение туберкулезными службами. - ПЗЗ может предоставлять ДОТС, консультировать службы по борьбе с туберкулезом (при необходимости) и контролировать состояние пациента	Определяется в туберкулезных службах	Услуги по борьбе с туберкулезом или ПЗЗ в соответствии с руководящими указаниями национальной системы борьбы с туберкулезом

Таблица 26 Ведение больных туберкулезом - диагностика, лечение и последующее наблюдение

В настоящее время «TB-REP» поддерживает реализацию вышеупомянутых реформ, претворяя в жизнь политику страны и соответствующие технические документы. За последние несколько лет общие цели борьбы с туберкулезом в Кыргызстане были четко сформулированы в различных государственных постановлениях и правительственных документах, направленных на снижение смертности, заболеваемости, передачи заболеваний и лекарственной устойчивости как в новых случаях, так и в случаях лечения. Тем не менее, основные проблемы с профилактикой и контролем туберкулеза в Кыргызстане остаются:

• Высокая распространенность ТБ и высокий уровень МЛУ-ТБ .

• Низкая эффективность лечения туберкулеза по сравнению с международными стандартами

• Продолжающееся доминирование стационарной помощи

• Низкие стандарты инфекционного контроля в противотуберкулезных организациях

• Финансовая зависимость от международных организаций в поставках лекарств и расходных материалов для лабораторной диагностики.

• Недостаточные ресурсы служб ПМСП для оказания качественной помощи больным туберкулезом.

Предлагаемые меры по оптимизации

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 2095 до 735 коек. Европейское региональное бюро ВОЗ разработало модель расчета коек для стран. Применение модели в Кыргызстане с 5570 вновь диагностированными и 2065 ранее пролеченными случаями при условии, что распределение категорий дел аналогично предложенной модели, приведет к оценке потребностей в 720 коек. Таким образом, запланированное сокращение количества коек будет идеально соответствовать предложенной модели расчета.

В Плане действий Постановления Правительства КР № 9b от января 2017 года по оптимизации системы оказания противотуберкулезной помощи населению Кыргызской Республики на 2017–2026 годы приведен список всех функциональных противотуберкулезных больниц и запланированные изменения до 2026 года. На основании этого списка мы разработали наши рекомендации с учетом таких факторов, как географический доступ, плотность населения и качество существующих зданий.

Основываясь на нашем анализе, мы предлагаем сконцентрировать стационарную противотуберкулезную помощь в 3 или 4 (в зависимости от решения о межрайонной больнице в г. Кызыл-Кия) организациях комплексной помощи при респираторных заболеваниях, модель, которую мы успешно продвигали и внедряли 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, ХОБЛ или рак легких. Кроме того, мы предложили сохранить ряд небольших областных организаций среднего уровня и два специализированных лечебно-реабилитационных центра для детей и подростков.

Таблица 27: Расчет вместимости коек для каждой категории пациентов - на основе модели ВОЗ

Типы коек	Страна модель	Кыргызстан	Комментарии
Койки для пациентов с лекарственно-чувствительным туберкулезом	270	290	
Койки для больных ЛУ-ТБ	393	420	Во всех остальных помещениях будут выделены койки
Койки для симптоматического лечения	20	25	В трех основных интегрированных организациях (для пациентов с ШЛУ)
Всего	**683**	**735**	

Таблица 28: Больничные койки ТБ, Кыргызстан 2019 г. и прогнозы на 2026 г.

Регион / Местоположение	Организация	Количество коек (2019)	Стационарные пациенты (2018)	Амбулаторные пациенты (2018)	Количество коек (2026)	Комментарии	Комментарии к инфраструктуре
Баткенская Область	БОЦБТ	35	149	297	-	Закрыть объект	
	Кызыл-Кыйская межрайонная противотуберкулезная больница	70	363	2,507	20	*Областной центр вторичного уровня Вариант: Развить как комплексное учреждение легочной помощи для южной области совместно с Ошским областным противотуберкулезным центром*	*Большая туберкулезная больница размером 7 892 м2.*
	Туберкулезная территориальная больница Лейлек	10	57	-	-	Закрыть объект	
Г. Бишкек	Городской детский центр профилактики и реабилитации туберкулеза г.Бишкек	40	44	-	20	Небольшой специализированный объект в столице	
	Городская Противотуберкулезная Больница	170	748	116,392	-	Развить в специализированную амбулаторную организацию	

Регион / Местоположение	Организация	Количество коек (2019)	Стационарные пациенты (2018)	Амбулаторные пациенты (2018)	Количество коек (2026)	Комментарии	Комментарии к инфраструктуре
	Городской центр борьбы с туберкулезом и Национальный Центр Фтизиатрии	390	1,943	11,505	250	(KRGO) До 2022 года: создать «Объединенную противотуберкулезную больницу» для городов Бишкек и Чуйской области Один из трех предлагаемых крупных интегрированных учреждений легочной помощи и Республиканский центр легочных заболеваний	Крупнейший в Бишкеке и Чуйской области Имеет 11 705 м2 полезной площади. Все его блоки в рабочем состоянии
Чуйская Область	Областной центр борьбы с туберкулезом	170	555	-	-	(KRGO) До 2022 года: реорганизовать Чуйский областной противотуберкулезный центр, подключив его к противотуберкулезной больнице в Бишкеке.	
	Республиканская противотуберкул. больница г.Карабалта	100	352	-	-	Закрыть объект	
	Республиканская больница паллиативной помощи больным туберкулезом №1 Г.Кемин	60	66	-	-	Закрыть объект	
Иссык-Кульская область	Иссык-Кульский областной противотуберкулезный и реабилитационный центр для детей «Чолпон Ата»	100	446	-	50	Основное лечебно-реабилитационное учреждение у детей (30 коек) и региональное учреждение вторичного уровня (20 коек)	
	Республиканский реабилитационный центр для взрослых Джети-Огуз	120	260	-		Закрыть объект	
	Областной центр по борьбе с туберкулезом	60	127	2,349	20	Каракольский областной центр вторичного уровня	
Жалал-Абадская область	Межрайонный противотуберкулезный диспансер	40	87	0	-	Закрыть объект	

Регион / Местоположение	Организация	Количество коек (2019)	Стационарные пациенты (2018)	Амбулаторные пациенты (2018)	Количество коек (2026)	Комментарии	Комментарии к инфраструктуре
	Жалал-Абадский Центр по борьбе с туберкулезом	370	1,068	30,155	150	Одна из трех предлагаемых основных организаций комплексной помощи с легочными заболеваниями	Крупнейшая противотуберкулезная больница в регионе (21 833 м2, 23 блока в хорошем состоянии)
	Республиканская туберкулезная больница «Шекафтар»	40	185	0	-	(KRGO) Реорганизовать больницу туберкулезно-паллиативной помощи в с. Шекафтар, переведя 8 коек в ЦОВП с. Шекафтар	
Нарынская Область	Нарынский областной центр борьбы с туберкулезом	30	133	-	20	Региональный центр вторичного уровня	
Город Ош	Ошская межобластная детская противотуберкулезная больница	110	120	0	25	Из которых 10 будут для детей и 15 для подростков	
	Ошский областной туберкулезный центр	200	1,121	27,823	150	Одна из трех предлагаемых основных организаций комплексной помощи с легочными заболеваниями	11 блоков (4471 м2) в удовлетворительном состоянии.
Ошская Область	Ноокатская Туберкулезная больница	40	87	-	-	(KRGO) До 2026 года: реорганизовать Туберкулезную больницу в Ноокатском районе и перевести 10 больничных коек в Ноокатскую районную территориальную больницу	
	Кара-Сууйская тебуркулезная больница	80	170	-	-	Закрыть объект	
	Узгенский ПТБ	40	129	-	-	(KRGO) До 2026 года: реорганизовать противотуберкулезную больницу в Узгенском районе и перевести 10 больничных коек в Узгенскую районную территориальную больницу	
Таласская область	ТОЦБТ	40	207	-	20	Региональный центр вторичного уровня	
Всего		**2,315**			**735**		

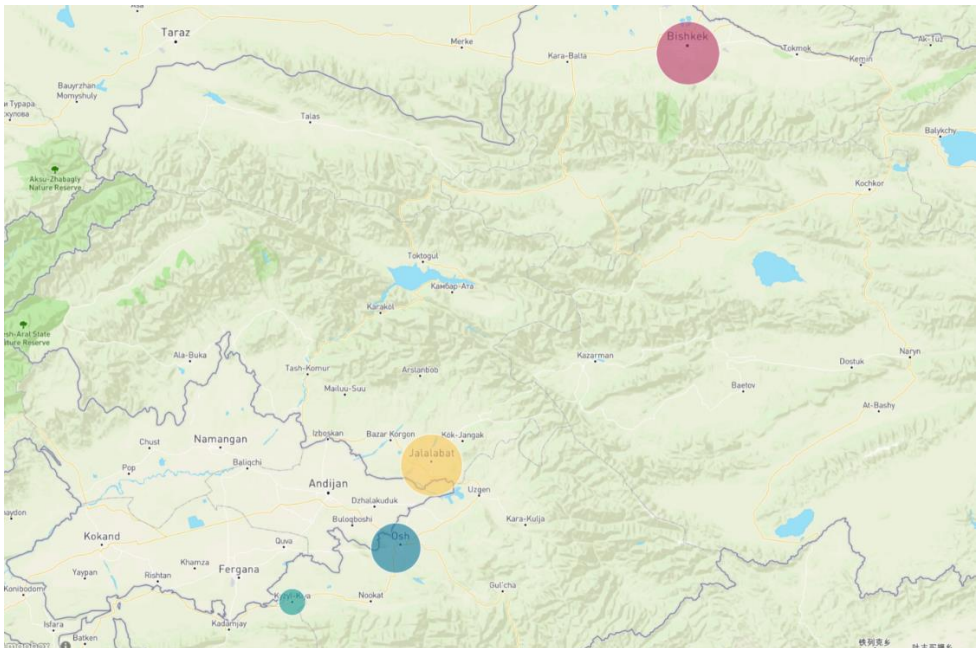


Рисунок 24: Четыре центра комплексной помощи при легочных заболеваниях

Таблица 28 выше предоставляет обзор предлагаемых изменений. На рисунке 39 показано предполагаемое расположение четырех Центров комплексной помощи при заболеваниях легких.

Обратите внимание.: Предлагаемые изменения основаны на Постановлении Правительства КР № 9-р от 17-января 2017 года. Дополнительные предположения: (i) около 7,2% новых случаев - дети, следовательно, около 50 коек должно быть отведено для детей; (ii) В стране будет три основных интегрированных учреждения легочной помощи: Бишкек, Ош и Джалал-Абад, где будут лечиться и другие заболевания, такие как астма и рак легких, (iii) Для простоты доступа имеется несколько небольших региональных учреждений среднего уровня, все из которых включают в себя койки для лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза; (iv) MDR и XDR будут рассматриваться только в трех основных учреждениях; (v) в трех учреждениях будут выделены детские койки: Иссык-Куль, Бишкек и Ош; (vi) ряд объектов необходимо будет закрыть, чтобы сконцентрировать опыт и добиться некоторой экономии за счет масштаба.

Укрепления первичной медицинской помощи

предлагаются следующие меры:

- Внедрение амбулаторного лечения туберкулеза на уровне ПМСП в Ленинском и Первомайском районах города Бишкек, обеспечивающего не менее 50% охвата существующего числа больных туберкулезом.
- Меры по борьбе с ТБ инфекцией и введение амбулаторного лечения пациентов с ТБ в организациях первичного уровня в городах Майли-Суу, Таш-Кумыр, Кочкор-Ата и Ноокенском районе Жалал-Абадской области.
- Меры по борьбе с инфекцией туберкулеза и введение амбулаторного лечения больных туберкулезом в организациях ПМСП в Алайском и Чон-Алайском районах Ошской области

Диагностическая микробиология, микроскопия мазка мокроты, референс диагностические лаборатории Лаборатории молекулярной ПЦР Xpert MTb / RIF	***6** в Бишкеке* ***3** в Ошской области* ***3** в Баткене*
Лаборатории тестирования мокроты в пяти местах	Жалал-Абад (1), Талас (2), Нарын (3), Иссык-Куль (4), Карабалта (5)
Количество лабораторий микроскопии	Уменьшить с 124 до 22: (Бишкек 8, Ошская область 8, Баткен 4 и Талас 2)

Таблица 29: Обзор предлагаемых лабораторий

Укрепление лабораторий

- Уменьшить количество ТБ-лабораторий, обслуживающих город Бишкек, с 14 до 6. Расширить диагностические возможности остальных лабораторий, расширив их возможности с помощью аппаратов для молекулярного ПЦР-тестирования Xpert MTb / RIF по требованию
- Оптимизировать количество лабораторий для тестирования ТБ в Ошской области и городе Ош, сократив число лабораторий с 17 до 9, и расширив технические возможности 3 из этих лабораторий с помощью аппаратов для молекулярного тестирования Xpert MTb / RIF по требованию и логистики транспортировки мокроты
- Оптимизировать количество лабораторий для тестирования ТБ в Баткенской области, сократив количество лабораторий с 8 до 4 и расширив технические возможности 3 лабораторий с помощью аппаратов для молекулярного тестирования Xpert MTb / RIF по требованию и логистики транспортировки мокроты.
- Оптимизировать количество лабораторий по тестированию на ТБ в Таласской области, сократив количество лабораторий с 4 до 2 и внедрив логистику транспортировку мокроты.
- Внедрить процедуры тестирования мокроты для Чуйской, Таласской, Нарынской и Иссык-Кульской областей и города Бишкек, предоставленные Республиканской референс-лабораторией.

Финансирование интегрированной помощи при туберкулезе

Катастрофический уровень расходов, затрачиваемые на лечение туберкулеза, являются одной из основных причин прекращения лечения, которая должна быть устранена. Всеобщий охват услугами здравоохранения и социальная защита необходимы для обеспечения адекватной финансовой поддержки.

Улучшить общее финансирование

Для улучшения доступа к лечению ТБ и снижения финансового бремени, особенно в сельской местности, в рамках Фазы II программы по борьбе с ТБ в Китае и Гейтсе была разработана новая модель финансирования и оплаты ТБ, включающая: 1) повышение ставок возмещения расходов по медицинскому страхованию на госпитализацию и амбулаторное лечение ТБ до 70 %; 2) изменение метода оплаты поставщика основанный на конкретном случае т.е. платеж с текущей платы за обслуживание, чтобы стимулировать сдерживание расходов больниц, назначенных для борьбы с ТБ. По практическим соображениям схема оплаты по конкретным случаям включала различные пакеты оплаты для стационарных и амбулаторных услуг; и 3) предоставление транспортных и суточных пособий больным туберкулезом, которые придерживались лечения (в том числе без медицинской страховки).

Недавний анализ фазы II программы Китай – Врата ТБ (Издание, 2019) обнаружил улучшение доступа к стационарному и амбулаторному лечению ТБ, сокращение повторных госпитализаций,

повышение приверженности к лечению и повышение удовлетворенности пациентов результатами лечения. К роме того, это улучшило справедливость в доступе к стационарной помощи при ТБ среди различных групп бедности. Увеличенное количество амбулаторных посещений, наблюдаемых в этом исследовании, и качественные результаты этого исследования позволяют предположить, что пациенты на самом деле лучше управляемы, то есть в большей степени соответствуют установленным клиническим рекомендациям. Вероятно, это произошло главным образом потому, что стандарт оплаты амбулаторного пакета был достаточным с точки зрения покрытия полной стоимости услуг и лекарств, рекомендованных в соответствии с рекомендациями по клиническому лечению.

Часть (ii) Установление стимулов

Установление стимулов

Действующая схема оплаты услуг ТБ в К ыргызской Республике представлена ниже.

Таблица 30: Финансирование противотуберкулезных служб в Кыргызстане

Уровень ухода	Характеристика
Первая медицинская помощь	Подушевой норматив
Специализированные амбулаторные услуги	бюджет
Больницы	КЗГ / за пролеченный случай, (в переходный период)
Влияние на схему госпитализации при лечении первой линии	Высокая скорость поступления; высокое СПП
Отдельное агентство по стратегическим закупкам	да

Источник: Обзоры национальных программ по туберкулезу, проведенные Европейским региональным бюро ВОЗ (http: //www.euro. Who.int/en/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis/publications, по состоянию на 9 мая 2017 г.)

Следовательно, необходимо изменить финансирование занятости койко-мест для продвижения современной амбулаторной и основанной на результатах схемы.

Опыт Армении показывает, что ключевыми факторами были совместное партнерство и политическая воля, что привело к тщательному выбору адаптированной схемы финансирования, позволяющей избежать финансового наказания больниц и работников здравоохранения. Операционные проблемы, недостатки в стратегическом планировании, неуверенность / страх, что существующее финансирование больниц будет сокращено, и нежелание меняться, активно решались.

До 2014 года финансирование лечения туберкулеза основывалось на занятости койки. Тарифы на амбулаторные мероприятия были фиксированными (на основе охвата населения, а не на результатах), и персонал по борьбе с туберкулезом не получит никаких стимулов для увеличения количества консультаций. Врачи в противотуберкулезных больницах получали фиксированную зарплату без стимулов для ведения случаев в амбулаторных условиях. Таким образом, 80% всех случаев ТБ проходили в условиях стационарного лечения и только 20% - в амбулаторных.

После интенсивного обсуждения со всеми заинтересованными сторонами МЗ Армении изменило схему финансирования, которая также позволила реинвестировать любые сэкономленные деньги в амбулаторную программу по борьбе с туберкулезом. Амбулаторные услуги финансировались за счет сочетания фиксированных сборов и платежей, связанных с эффективностью. Сегодня семейные врачи Армении получают множество стимулов (надбавок к зарплате) за предоставление конкретных услуг. Система работает очень хорошо в Армении, а также была принята в Молдове, Латвии и Украине.

Переключиться с наивысшего уровня госпитализации на местное выявление случаев при поддержке больниц

На основе новой парадигмы выявления случаев и лечения, описанной выше, предлагается использовать механизмы финансирования и стимулирования, которые поддерживают подход, основанный на сообществе, сочетая активное выявление случаев с координацией между различными уровнями медицинской помощи. Для обеспечения того, чтобы текущие расходы на туберкулез оставались в секторе здравоохранения, бюджеты должны передаваться и управляться ФОМС в рамках его стратегического подхода к закупкам, таким образом, оптимизируя эффективность в распределении ресурсов.

Рисунок 25: Выявление случаев заболевания под общественным руководством и ПМСП при поддержке больницы

Источник: ВОЗ. Ориентированная на людей модель лечения туберкулеза. Проект для стран Восточной Европы и Центральной Азии. Копенгаген 2017. FFS Плата за услуги - P4P Плата за производительность - DOT Терапия под непосредственным наблюдением VOT Терапия под наблюдением

Чтобы поддержать переход, проект «Финансирование и управление здравоохранением» (HFG), поддержанный USAID, работает с ФОМС для реструктуризации схем оплаты ТБ. Финансирование, основанное на конкретных случаях, обеспечит стимулы для рационального использования ресурсов. Тем не менее, оплата по конкретному случаю потребовала бы разных КЗГ для разных форм ТБ, например, более высокая плата за лечение открытых форм МЛУ ТБ. Плата за незаразные, не МЛУ случаи без осложнений должна быть чрезвычайно низкой, чтобы не стимулировать госпитализацию и поддержать переход к амбулаторной помощи. Такие специфические для ТБ - КЗГ разрабатываются при поддержке, оказываемой проектом «Финансирование и управление здравоохранением» в следующие четыре этапа:

1) Сбор и анализ клинических и стоимостных данных
2) Определение 37 клинически связанных групп ТБ (или подкатегорий заболевания ТБ)
3) Объединение этих групп в 13 категорий на основе статистической сплоченности); и
4) Внесение политических корректировок в относительные веса платежей для дальнейшей дифференциации чувствительных к лекарственным препаратам и резистентных случаев для стимулирования быстрого перехода случаев ТБ без МЛУ к амбулаторным услугам по ТБ, а также стимулирования бактериологического подтверждения, а не клинического диагноза.

https://www.hfgproject.org/improved-payment-system-moves-tb-hospitals-out-of-soviet-era/)

Эти изменения означают, что в их сообществе будет проходить лечение больше людей, будет пропущено меньше случаев ТБ, и больницы получат соответствующую компенсацию за лечение более серьезных случаев.

Движение вперед: Пример ВИЧ

Национальная политика в области ВИЧ основана на многосекторном подходе, регулируемом законами Кыргызской Республики и Национальной программой по ВИЧ на 2017–2021 годы, утвержденными постановлением Правительства Кыргызской Республики № 852 от 30 декабря 2017 года. Указ определяет цель, задачи и основные направления государственной политики по предотвращению распространения заболевания. Он также одобряет переход мер в ответ на ВИЧ к национальной схеме финансирования.

Стратегия реализации

1. Скоординированные усилия, возглавляемые МЗ с участием национальных и международных партнеров, необходимы для обсуждения моделей финансирования услуг по борьбе с туберкулезом, чтобы обеспечить доступ к качественной помощи и реализацию новых, экономически эффективных стратегий.

2. Предлагаемое изменение в организационной и финансовой структуре лечения туберкулеза представляет собой серьезное и фундаментальное изменение. Мы настоятельно рекомендуем создать специальную команду (в том числе противотуберкулезных врачей), координирующую все соответствующие усилия. Эта команда должна быть поддержана экспертами ВОЗ и международными партнерами. В соответствии с национальной стратегией борьбы с туберкулезом необходимо сделать серьезный шаг вперед, чтобы перейти от стационарных услуг к амбулаторной помощи.

3. Поставщики ПМСП (врачи, фельдшеры, медсестры) должны играть все более важную роль в борьбе с туберкулезом посредством точного и своевременного выявления случаев и направления их на лечение для снижения передачи заболевания и предотвращения развития лекарственно-устойчивого ТБ. Для этого они должны получить стимул на основе производительности.

4. Количество лабораторий должно быть сокращено; в то же время оставшиеся объекты должны быть технически модернизированы. Регулярно применяемое прямое исследование мазка с окрашиванием является дешевым и простым в использовании методом, но с низкой чувствительностью; ПЦР-тест является альтернативой; тем не менее, его экономическую эффективность следует оценить до его внедрения на уровне города / области.

5. Связь между ПМСП и специализированными противотуберкулезными службами на районном и региональном уровнях должна быть усилена для поддержки выявления и лечения больных туберкулезом. Предполагается достичь уровня 70% для выявления туберкулеза и 85% для лечения на уровне ПМСП. Эти показатели должны регулярно (т.е. ежегодно) контролироваться.

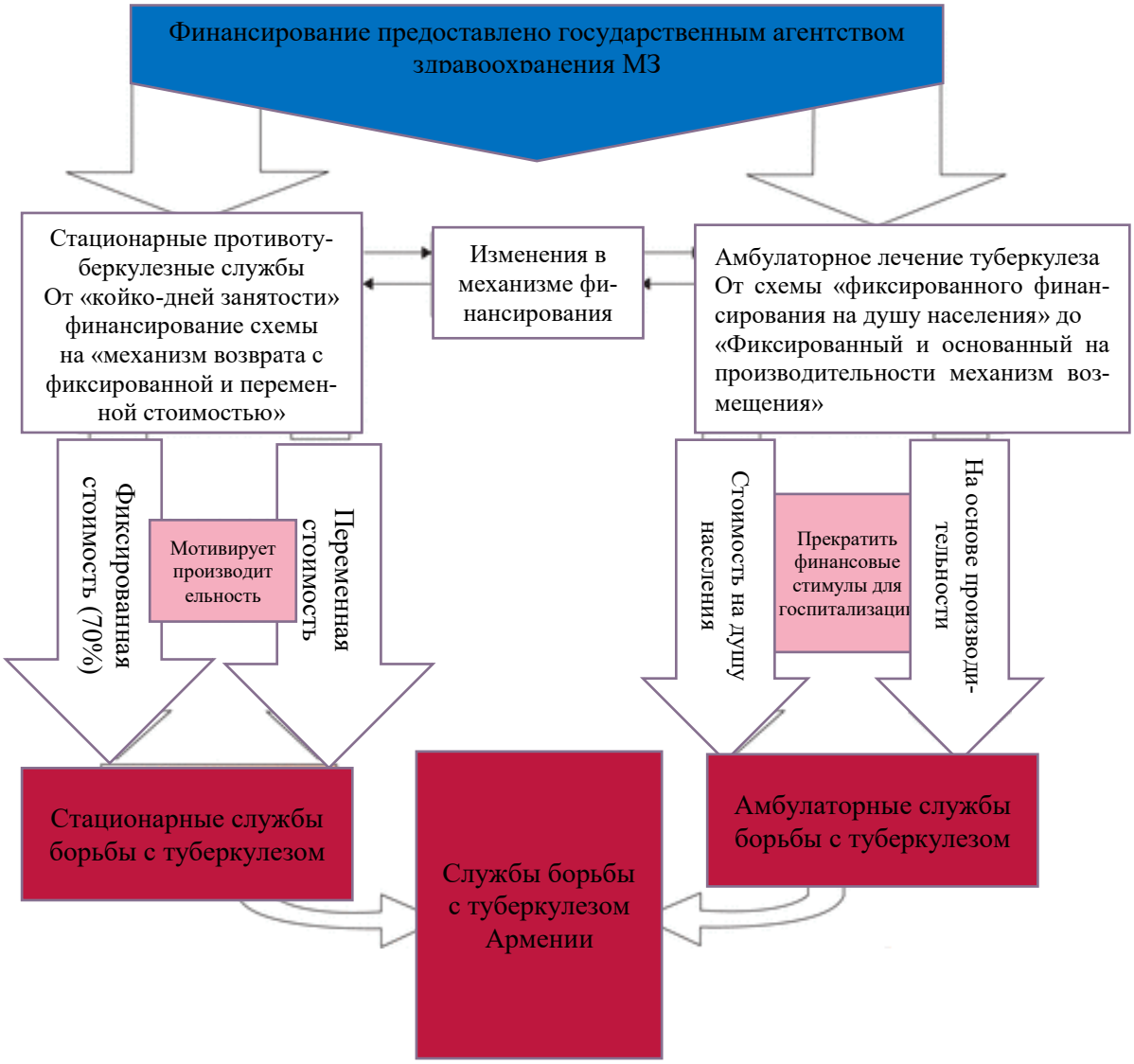
6. Внедрить изменения в платежные механизмы. (i) амбулаторное лечение: от платы на душу населения до сочетания фиксированных и основанных на результатах платежей; (ii) стационарное лечение: от оплаты за койку до схемы КЗГ для конкретного ТБ.

7. Вполне вероятно, что предполагаемый переход от стационарной модели к модели ПМСП при поддержке механизмов стратегического финансирования приведет к снижению общих затрат. Наибольшая доля экономии будет обеспечена лечением МЛУ и ШЛУ, которое в настоящее время требует стационарного лечения в течение 18-24 месяцев.

Ссылки

- Беликович И.Е. и соавт. Права человека в лечении пациентов. Руководство для практиков. Фонды Открытого Общества 2012
- Донг Д и соавт. Влияние инновационной модели финансирования и оплаты туберкулеза на использование медицинских услуг пациентами с туберкулезом в Китае: лучше ли бедные люди, чем богатые? Инфекционные болезни бедности (2019) 8:44 https://doi.org/10.1186/s40249-019-0559-z
- Гончарова О., Денисюк О., Захария Р. и соавт. Туберкулез среди мигрантов в Бишкеке, столице Кыргызской Республики. Акция общественного здравоохранения. 2017; 7 (3): 218-223. DOI: 10,5588 / pha.17.0002
- Грохма П. Обзор «Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью в Кыргызстане». Лекарственные средства без границ, 2013
- Кыргызская Республика Постановление Правительства № 9-р от 17.0.2017, Бишкек
- NICE (Национальный институт медицины и клинического мастерства). Руководство № 33. Туберкулез: профилактика, диагностика, лечение и организация обслуживания. Лондон 2016
- Н.Н. Оптимизация инвестиций в борьбу с туберкулезом в Молдове. Окончательный отчет за август 2018 г. Доступно по адресу: http://optimamodel.com/pubs/Moldova%202018.pdf (по состоянию на 9 января 2020 г.)
- ВОЗ. Краткое руководство по борьбе с туберкулезом для поставщиков первичной медико-санитарной помощи для стран Европейского региона ВОЗ с высоким и средним бременем туберкулеза. Женева 2004
- ВОЗ. Дорожная карта по реализации плана действий по борьбе с туберкулезом для Европейского региона ВОЗ на 2016–2020 гг. На пути к прекращению туберкулеза и туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. Женева, 2016
- Глобальный отчет ВОЗ по туберкулезу. Женева 2017
- ВОЗ. Региональный проект по борьбе с туберкулезом в Восточной Европе и Центральной Азии (Tb-REP). Женева, 2017

Рисунок 27: Реформа финансирования туберкулеза в Армении



5.5.2 Психическое здоровье

Растущее значение психического здоровья

Психические расстройства являются одной из самых больших и быстро растущих категорий бремени болезней во всем мире. Психическое здоровье недавно было включено в список «Ведущие показатели здоровья 2030», рекомендованный Национальными академиями наук, инженерии и медицины США (NASEM, 2020).

Психическое заболевание часто оказывает разрушительное воздействие на людей, семьи и сообщества. Подсчитано, что один из каждых двух людей в течение жизни страдает психическим заболеванием. 80% людей, страдающих психическими расстройствами, и до 50% людей с тяжелыми психическими расстройствами не обращаются за медицинской помощью или не получают соответствующего лечения. Психическое заболевание также сильно влияет на общество и экономику; экономическое бремя психического заболевание может возрасти до 4% ВВП, а у лиц с психическими заболеваниями результаты обучения и работы хуже, чем у людей с хорошим психическим здоровьем. (ВОЗ 2019).

Трудно поверить, что правительства продолжают признавать, что люди с любым психическим заболеванием умирают на 10 лет раньше, чем другие в их сообществах; и что люди с тяжелыми психическими заболеваниями умирают на 15-30 лет раньше, независимо от уровня ресурсов в соответствующей стране. Серьезное отношение к этому означает уменьшение факторов риска не только для сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний, но также для психических заболеваний и самоубийств, задачи, которые должны быть интегрированы в первичную и общественную помощь. (Торникрофт и др., 2016)

Глобальный консенсус и национальная политика подчеркнули сдвиг в предоставлении психиатрической помощи от стационарных объектов к сообществу. Тем не менее, психиатрические больницы и приюты получают большую часть средств, связанных с психическим здоровьем, во многих странах, что противоречит научным данным, свидетельствующим о том, что услуги должны оказываться в обществе.

Психическое здоровье в Кыргызской Республике - ситуационный анализ

В Кыргызской Республике нет комплексной оценки состояния психического здоровья и связанных с ним услуг. Последний обзор относится к 2008 году. Следует выделить несколько аспектов: депрессивные расстройства имеют распространенность в 4,1% в Кыргызстане (против 5% в среднем по региону), в результате чего 8,5% составляет индекс лет здоровой жизни с учетом нетрудоспособности. Тревожные расстройства встречаются реже (3,2%), в результате чего 3,5% составляет индекс лет здоровой жизни с учетом нетрудоспособности. Данные, опубликованные Ritchie and Roser (2019), используют комбинацию источников для оценки общей распространенности проблем и расстройств психического здоровья и избегают занижения данных.

Показатель	Население с любым психическим расстройством или расстройством, связанным с употреблением психоактивных веществ, включая депрессию, тревогу, биполярность, расстройства пищевого поведения, расстройства, связанные с употреблением алкоголя или наркотиков, и шизофрению.	Нарушения психического здоровья и токсикомании как доля общего бремени болезней
Кыргызстан	11,10%	4,77%
Казахстан	11,24%	4,50%
Узбекистан	10,73%	4,38%

Туркменистан	10,60%	4,06%
Таджикистан	10,68%	3,68%

В отчете ВОЗ за 2017 год был сделан вывод: «Кыргызстан внедрил достаточно сильную политику налогообложения алкоголя в период 2012–2014 гг., Которая снизила доступность алкоголя в стране и привела к снижению оборота алкоголя, потребления алкоголя и вреда, связанного с алкоголем». (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2017 г.). Потребление наркотиков среди населения в целом было изучено в 2002 году, но подробная информация о методологии исследования отсутствует. Авторы сообщили, что от 2,6 до 3,3% в возрастной группе от 16 до 64 лет употребляют любые наркотики, а 1,8% - потребители «проблемных наркотиков». (Розенкранц и др., 2016)

Масштабная реформа системы здравоохранения Кыргызстана была начата во второй половине 1990-х годов, но не включала психиатрические услуги в качестве одного из своих приоритетов, несмотря на серьезные недостатки в системе, такие как чрезмерная институционализация, ограниченные услуги на уровне общин и нехватка финансовых ресурсов.

Психическое здоровье в Кыргызстане регулируется специальным Законом о психиатрической помощи, обеспечивающем права граждан в процессе его реализации, принятым 17 июня 1999 года. Эта правовая база соответствует международным стандартам в области прав человека. (Ибраимова и др., 2011)

Во многих частях страны все еще существует большая популярность народных целителей (Penkala-Gawęcka 2019), но психиатрическая помощь в Кыргызской Республике по-прежнему преимущественно основана на стационарном уровне.

Восемь психиатрических больниц / центров (Таблица 2), 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.

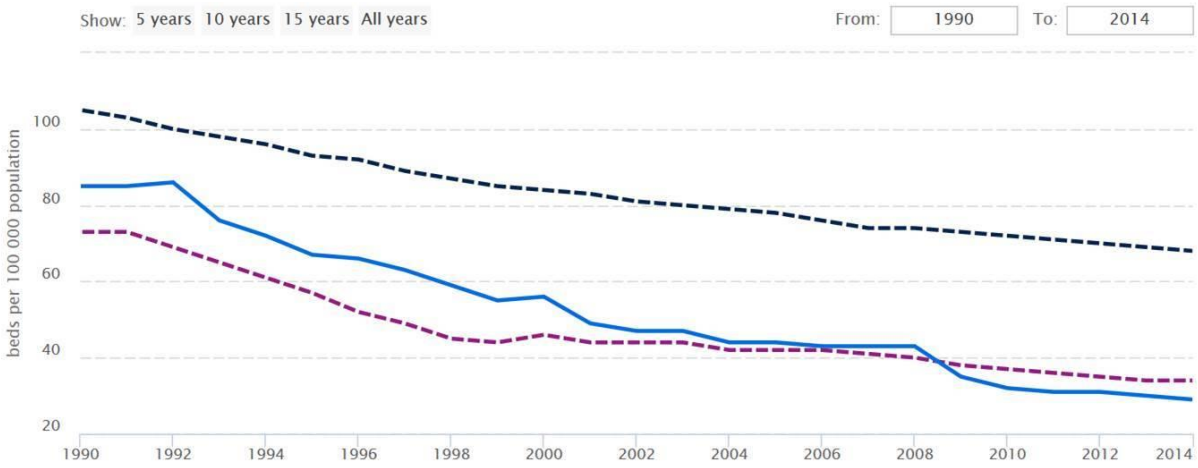
В сети больниц общего профиля в стране нет специализированных психиатрических отделений, а также нет признанных специалистов в амбулаторных условиях. Современные методы ухода, такие как амбулаторные отделения, дневные стационары, приюты, находятся в стадии разработки.

Перечисленные выше 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.

Страна не дотягивает до коек в приютах (1,6 на 100 000 населения).

Рисунок 28: Количество психиатрических больничных коек на 100,0000 человек населения



Черная пунктирная линия: среднее значение по ВОЗ; Фиолетовая пунктирная линия: средняя для республик Центральной Азии; Синяя линия: данные по Кыргызстану.

Современные методы лечения, такие как амбулаторные отделения, дневные стационары, дома инвалидов и приюты, а также другие амбулаторные услуги для восстановления психического здоровья, постепенно развиваются. Услуги, доступные в стране, включают различные частные психологические и кризисные центры, в основном поддерживаемые международными партнерами по развитию, а также врачи первичной медицинской помощи, которые имеют некоторые базовые знания о психических расстройствах.

Однако существующие нормативные акты запрещают передачу ресурсов или объединение бюджетных средств для координации оказания психиатрической помощи между секторами, например, для инвестирования в социальное жилье, поддержку занятости или услуги профессиональной реабилитации. Это фактически не оставляет ничего для развития охраны психического здоровья на уровне сообщества.

Общие расходы правительства на охрану психического здоровья составляют всего 0,1% от общих расходов правительства на здравоохранение (в среднем по Европе: 4%), а соотношение персонала службы охраны психического здоровья к населению далеко не соответствует рекомендованным уровням ВОЗ. По данным ВОЗ, на 100 000 человек приходится всего 11 работников службы охраны психического здоровья, в среднем по 20 новым странам. (Атлас психического здоровья ВОЗ, 2017 г.)

Только 4% учебных мест для врачей и 5% учебных мест для медсестер посвящены психическому здоровью. Только 1% врачей первичной медико-санитарной помощи прошли, как минимум, два дня переподготовки по психическому здоровью, и 12% медсестер ПЗЗ прошли такую же подготовку (ВОЗ 2008). Как описано выше, психиатрия и психические расстройства подвергаются стигматизации, и, следовательно, психиатрия не считается привлекательным вариантом обучения для молодых врачей и медсестер.

Почти все рекомендуемые ВОЗ лекарства для психиатрической помощи доступны и покрываются государством. Другие возможные методы лечения оплачиваются пациентом. Нейрорадиология как диагностический инструмент или психотерапия используются редко.

Современное управление психическим здоровьем

Международные руководящие принципы и тенденции

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. Чтобы поддержать это видение, была разработана Программа действий в области психического здоровья (mhGAP), чтобы сделать доступным лечение для людей, страдающих психическими и неврологическими расстройствами и токсикоманией в местах, близких к месту их проживания. ВОЗ выпустила Руководство по вмешательству mhGAP, клинический инструмент, который может использоваться неспециалистами в повседневной клинической практике.

MhGAP утверждает, что при надлежащем уходе, психосоциальной помощи и приеме лекарств можно успешно лечить широкий спектр психических расстройств, включая тяжелые формы депрессии и шизофрению, даже в странах и регионах, где ресурсы ограничены. Кроме того, mhGAP выступает за дополнительную информацию о психическом здоровье в школах и на рабочих местах.

Кроме того, ВОЗ разработала «Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013–2020 гг.», в котором предусмотрены следующие четыре основные цели:

1. укрепить эффективное лидерство и управление в области психического здоровья
2. предоставлять комплексные, интегрированные и быстро реагирующие услуги по охране психического здоровья и социальной помощи в условиях сообщества
3. реализовать стратегии по пропаганде и профилактике психического здоровья
4. укрепить информационные системы, фактические данные и исследования в области психического здоровья.

Конкретные цели и набор основных показателей, относящихся к этим задачам, а также другим действиям, были разработаны и собираются на регулярной основе в рамках проекта «Атлас психического здоровья» (ВОЗ, 2017).

Интеграция психического здоровья в первичную медико-санитарную помощь

Интеграция специализированных служб, таких как службы охраны психического здоровья, в первичную медико-санитарную помощь является одной из самых фундаментальных рекомендаций ВОЗ. Обоснование этого подхода заключается в следующем:

- снижение стигмы для людей с психическими расстройствами и их семей,
- лучшая физическая и финансовая доступность с уменьшенным экономическим бременем для семей из-за косвенных расходов, таких как транспортные расходы и потеря производительности, связанные с временем, проведенным в сопровождении пациента в больницу,
- улучшение профилактики и выявления психических расстройств и сопутствующих заболеваний,
- лечение и наблюдение за психическими расстройствами рядом с домом пациента, что ведет к улучшению сотрудничества и приверженности.

Следующая схема (рисунок 1) была предложена для условий с ограниченными ресурсами, где в «модели сбалансированной помощи» большая часть медицинской помощи должна предоставляться на уровне первичной медицинской помощи и в условиях сообщества. Лечение среднего и высшего звена должен дополнять предложение. Поэтому необходимо улучшить условия ухода в психиатрических учреждениях и расширить возможности для дневного пребывания, а также для

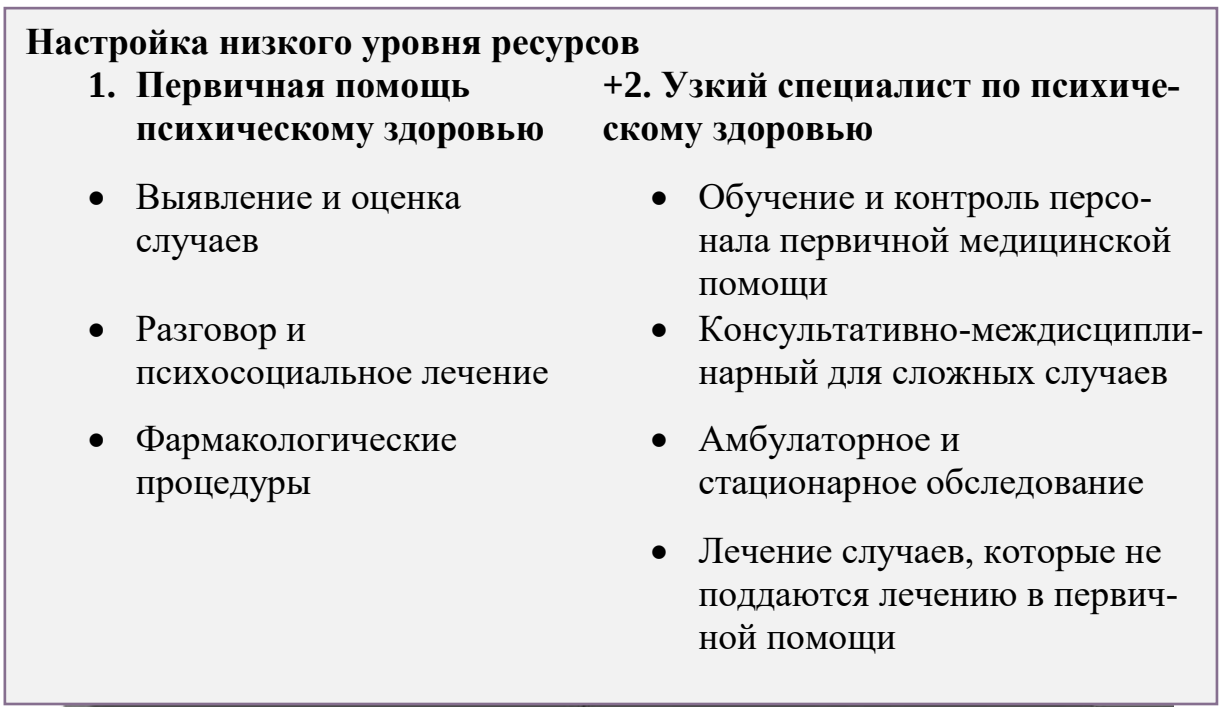


Рисунок 29: Психиатрическая помощь в условиях ограниченных ресурсов - Thornicroft et al. 2016

проведения закрытых семинаров и других видов поддержки, предоставляемых в непосредственной близости от домов пациентов.

Принятие целостного подхода к психическому здоровью

Высокая степень сопутствующей патологии существует между состояниями психического здоровья, такими как депрессия, и другими неинфекционными заболеваниями (НИЗ), включая сердечно-сосудистые заболевания и диабет.

Существует взаимная причина: у 1 из 4 больных раком тревожность и / или депрессия, а тревожность или депрессия удваивают риск не оправиться от инсульта (ВОЗ 2019). Хотя они имеют факторы риска, которые часто встречаются и взаимно влияют друг на друга, условия психического здоровья и НИЗ обычно рассматриваются отдельно.

Поскольку психические заболевания и НИЗ предъявляют одинаковые требования к работникам здравоохранения и системам здравоохранения, для повышения эффективности необходим комплексный подход к организации ухода и управлению этими условиями. Необходим личностно-ориентированный, комплексный подход к профилактике, управлению и лечению.

Для достижения этого необходимы три комбинированных элемента:

1. **Мероприятия в масштабах всего населения**: содействие физической активности может снизить риск депрессии, а также предотвратить НИЗ, сердечно-сосудистые заболевания и диабет.
2. **Общественные программы:** реализация программ оздоровления на рабочем месте может улучшить психическое здоровье параллельно с физическим здоровьем.
3. **Личностные медицинские услуги**: управление физическим состоянием как основа для улучшения психического здоровья и наоборот.

В то же время во многих странах с низким и средним уровнем дохода персонал первичной медико-санитарной помощи обучен выявлять и лечить физические, а не психические состояния.

Растущее количество свидетельств того, насколько распространены такие сопутствующие заболевания, и неадекватная реакция на них со стороны системы здравоохранения ясно указывают на необходимость структурных изменений в том, как оказывается помощь. Это потребует значительных инвестиций в обучение и непрерывное медицинское образование для всего персонала первичной медицинской помощи.

Реформирование психиатрической помощи в Кыргызстане

Текущие проблемы

Помимо психических заболеваний, таких как шизофрения, депрессия и другие, в Кыргызстане относительно высокий уровень самоповреждений, самоубийств и токсикомании (ВОЗ 2019), но системы помощи в значительной степени зависят от специализированных услуг, основанных на традиционных больничных или институциональных условиях. Таким образом, многие люди с проблемами психического здоровья не вступают в контакт с (государственными) службами здравоохранения, потому что они чувствуют себя стигматизированными и дискриминированными, а у некоторых уже может быть отрицательный опыт. Соответственно, будущая политика в области психического здоровья должна сочетать структурные реформы с акцентом на качество, обеспечивая эффективную и приемлемую помощь компетентной рабочей силой.

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, переводя пациентов из государственных "психиатрических больниц" в общественные психиатрические центры.

Обоснование этого подхода основано на парадигме неделимости психического и физического здоровья. Интеграция служб охраны психического здоровья в первичную медико-санитарную помощь будет иметь множество положительных эффектов. (см. Обзор ниже.) Как правило, врачи первичной медицинской помощи рассматривают психические симптомы как часть более общей проблемы. Природа первичной медицинской помощи носит интегративный характер.

Во многих случаях пациенты, которые посещают своего лечащего врача по другим причинам (физическое заболевание или, по крайней мере, биомедицинские проблемы), могут испытывать психологические расстройства, связанные с их физическими симптомами и / или добавление к ним. С другой стороны, само психическое заболевание может вызывать физические симптомы, которые могут привести к лечению у врача первичной помощи.

На пути к улучшению психического здоровья МЗ должно усилить внедрение служб охраны психического здоровья и связанных с ними компетенций на уровне общин и первичной медико-санитарной помощи, включая аутрич-команды, с тем чтобы нацелить их на раннюю диагностику и вмешательство, а также на разрешение кризисных ситуаций. Следует создать национальную сеть для повышения осведомленности о проблемах психического здоровья (для снижения стигмы и предотвращения самоубийств), облегчения доступа к службам охраны психического здоровья на уровне ПЗЗ, обеспечения адекватных услуг для пациентов с тяжелыми расстройствами и поддержки лиц, обеспечивающих уход.

Решающим фактором в этом начинании может стать команда недавно выпущенных врачей первичной медицинской помощи, которые могут дать оценки и вмешательства в области психического здоровья, чтобы направить пациентов к наиболее подходящему месту оказания медицинской помощи.

В этом контексте следует отметить, что i) специалисты по психическому здоровью не обязательно единодушны в признании необходимости реформы; и ii) многие из госпитализированных в настоящее время пациентов могут быть серьезно больны и не являются наиболее подходящими кандидатами для оказания помощи на уровне общины.

Таким образом, рациональная стратегия реформирования системы охраны психического здоровья будет направлена на разработку и реализацию более ориентированного на пациента подхода. Важно знать, что даже если долгосрочные выгоды от раннего вмешательства на уровне ПМСП противоречивы, существует огромное количество аргументов в пользу раннего вмешательства для улучшения лечения психических заболеваний. В долгосрочной перспективе всеобъемлющая политика в области психического здоровья должна включать в себя учебную программу для всех социальных работников и работников здравоохранения, и им следует предоставлять регулярное обучение и поддержку.

Существующие психиатрические учреждения обычно предоставляют размещение в комнатах с четырьмя, шестью или десятью койками. Показатель СПП составляет около 40-45 дней для острых случаев, а минимальный срок от 10-15 дней. Хронические пациенты могут быть приняты в течение нескольких месяцев, но не навсегда. В таких случаях приюты Министерства социальных дел является единственным доступным учреждением (см. ниже).

Психиатрические больницы утверждают, что имеют многопрофильные команды, состоящие из психиатров, психологов и арт-терапевтов. Психотерапевт, специалист по трудотерапии, логопеды, семейные врачи и социальные работники также являются частью непрерывного медицинского образования, и медицинские университеты начали готовить клинических психологов.

Обычно пациентов оценивают в течение 72 часов после поступления, однако шкалы или стандартные инструменты оценки не используются. Основные проблемы связаны с нехваткой персонала и нехваткой средств. Недавно процедуры госпитализации были компьютеризированы, что позволило лучше отслеживать эпидемиологические тенденции стационарного лечения психических заболеваний.

Уже наблюдается тенденция к сокращению коек в стационарных организациях: из 3000, имеющихся в 2000 году, сегодня осталось около 1500.

Приказ Министерства здравоохранения, изданный в 2018 году, требовал, чтобы все ЦСМ имели психиатрические бригады, и открыли должность психиатра в составе команды ЦСМ (также для компенсации тех психиатров, которые были уволены в результате сокращения числа больничных коек). Приказ предлагал создать многопрофильные бригады (1 психиатр, 1 психотерапевт, 2 клинических психолога, 2 социальных работника и 2 медсестры) для лечения 12-15 пациентов в день и просил фонд обязательного медицинского страхования предложить схему финансирования.

Новые схемы финансирования необходимы для стимулирования амбулаторного лечения психического здоровья (по-видимому, сделано для туберкулеза). В настоящее время разработано 23 «Руководства по клинической практике» (РКП) по вопросам психического здоровья. Этот процесс был поддержан ВОЗ, ВБ, и они в основном состоят из Протоколов, адаптированных Национальным институтом здравоохранения и передового опыта (NICE) Соединенного Королевства (Великобритания). Однако современные лекарства для лечения психических заболеваний не используются регулярно. Во время нашего исследования опрошенные врачи указали, что назна-

чают рисперидон, галоперидол и азалептол, но врачи стационарного типа утверждают, что рисперидон не всегда доступен в больницах. Следовательно, врачи поощряют пациентов покупать лекарства в частном порядке, в том числе из-за рубежа (Россия, Казахстан).

Персонал поликлиники наблюдает за пациентами при госпитализации во время эпизодов обострения. В ответ больница звонит к ним и сообщает, дату выписки пациента. Резюме выписки должно быть предоставлено с рекомендациями для дальнейшего лечения и последующего наблюдения.

В целом, концепция психиатрического учреждения, в котором пациенты остаются на неопределенный период, постепенно отходит, и такие учреждения находятся под контролем министерства социальных дел. Чтобы быть принятым в это учреждение, пациент должен быть признан инвалидом.

На рисунке 44 ниже обобщены принципы обсуждаемой модели психиатрической помощи (Источник: Всемирная организация здравоохранения. Психическое здоровье в семейной медицине, 2008: 9–13).

В идеале правила финансирования должны быть адаптированы, чтобы гарантировать, что поставщики не потеряют часть финансирования за сокращение больничного потенциала, и в то же время будут поощрять действия по деинституционализации и развитию эффективных систем лечения и поддержки на уровне сообщества.

Однако, учитывая текущую ситуацию, число коек может быть реорганизовано только путем слияния Республиканской детской психиатрической больницы в с. Ивановка (Чуйская область / Иссык-Ата) с филиалом Иссык-Атинской территориальной больницы в том же селе. В общей сложности это обеспечит 80 коек, что является более разумной вместимостью. Кроме того, это слияние продвинуло бы идею иметь кровати психиатрического ухода под общим зонтиком больницы. Дальнейшая рационализация потенциала стационарного лечения потребовала в первую очередь развития потенциала по уходу на дому и амбулаторного лечения.

Предлагаемая реорганизация

Ключевые принципы

Существует широкий консенсус по шести ключевым принципам, направленным на улучшение работы служб охраны психического здоровья (OECD 2019).

Хорошо работающий сектор психического здоровья:

1. Ориентирован на человека, имеющего психическое заболевание любого рода,
2. Предлагает качественные психиатрические услуги, которые используются населением,
3. Придерживается комплексного, многоотраслевого подхода к психическому здоровью,
4. Предотвращает психические заболевания и способствует психическому благополучию,
5. Имеет сильное лидерство и хорошее управление,
6. Ориентирован на будущее и введение передовых технологий.

Такие важные, но довольно общие утверждения должны быть конкретизированы. На основе анализа ситуации, описанного выше, и текущих событий в Кыргызстане, мы предлагаем сосредоточиться на четырех (приоритетных) задачах: (1) МЗ взять на себя лидерство, (2) реструктурировать службы, (3) развить человеческие ресурсы и (4) адаптировать финансирование.

Руководство МЗ

МЗ рекомендуется создать специальную целевую группу по психическому здоровью, состоящую из соответствующего персонала Министерства, квалифицированных и опытных врачей и других работников психического здоровья, а также представителей пациентов и родственников. Эта целевая группа должна разработать / откорректировать предполагаемую структуру служб охраны психического здоровья в стране в сотрудничестве с аналогичными целевыми группами, которые будут созданы на областном уровне. Целевая группа может привлекать внешних партнеров для технической и финансовой поддержки.

Для полной реализации права на физическое и психическое здоровье правительство должно сосредоточиться на эффективной реализации, продвигая прозрачные методы в устойчивой долгосрочной стратегии, где государство берет на себя ответственность за программы, разработанные в рамках международного сотрудничества. Ясная и важная роль национального и местного гражданского общества, которую следует рассматривать как равных партнеров в разработке правовых и политических руководящих принципов и в осуществлении мер, которые оказались более эффективными в использовании организаций гражданского общества.

МЗ также пересмотрит законодательство с учетом существующих знаний и прав человека, сформулирует политику и программы в области психического здоровья и будет содействовать увеличению бюджета на охрану психического здоровья. Кроме того, существующая политика в отношении наркотиков и алкоголя на национальном уровне должна быть доработана и усилена.

Реструктуризация услуг

Консультант предлагает шесть ключевых подходов для реструктурированной системы охраны психического здоровья в стране (см. Ниже). Эти подходы будут варьироваться в зависимости от имеющихся ресурсов.

Предлагается, чтобы система охраны психического здоровья в больнице продолжала работать в том виде, в каком она существует в настоящее время. Однако могут быть предприняты усилия для улучшения регионального доступа к психиатрической помощи. Кроме того, необходимо приложить значительные усилия для реализации и развития охраны психического здоровья на уровне общины. Помимо предоставления места и соответствующих лекарств, необходимо развивать персонал первичной медико-санитарной помощи.

После улучшения услуг на уровне сообщества предлагается (примерно через один или два года) подробно пересмотреть структуру, функционирование и пациентов психиатрических учреждений в стране. Принимая во внимание экстремальные различия в показателях СПП и работы койки, явно необходим структурированный анализ: штатное расписание, кто допущен и какие виды лечения применяются. Кроме того, необходимо дополнительно рассмотреть ссылки на помощь более низкого уровня. Возможно, что чрезвычайно высокий уровень показателя СПП в психиатрической больнице в Чымкоргоне вызван отсутствием реабилитационных / общинных лечебных учреждений.

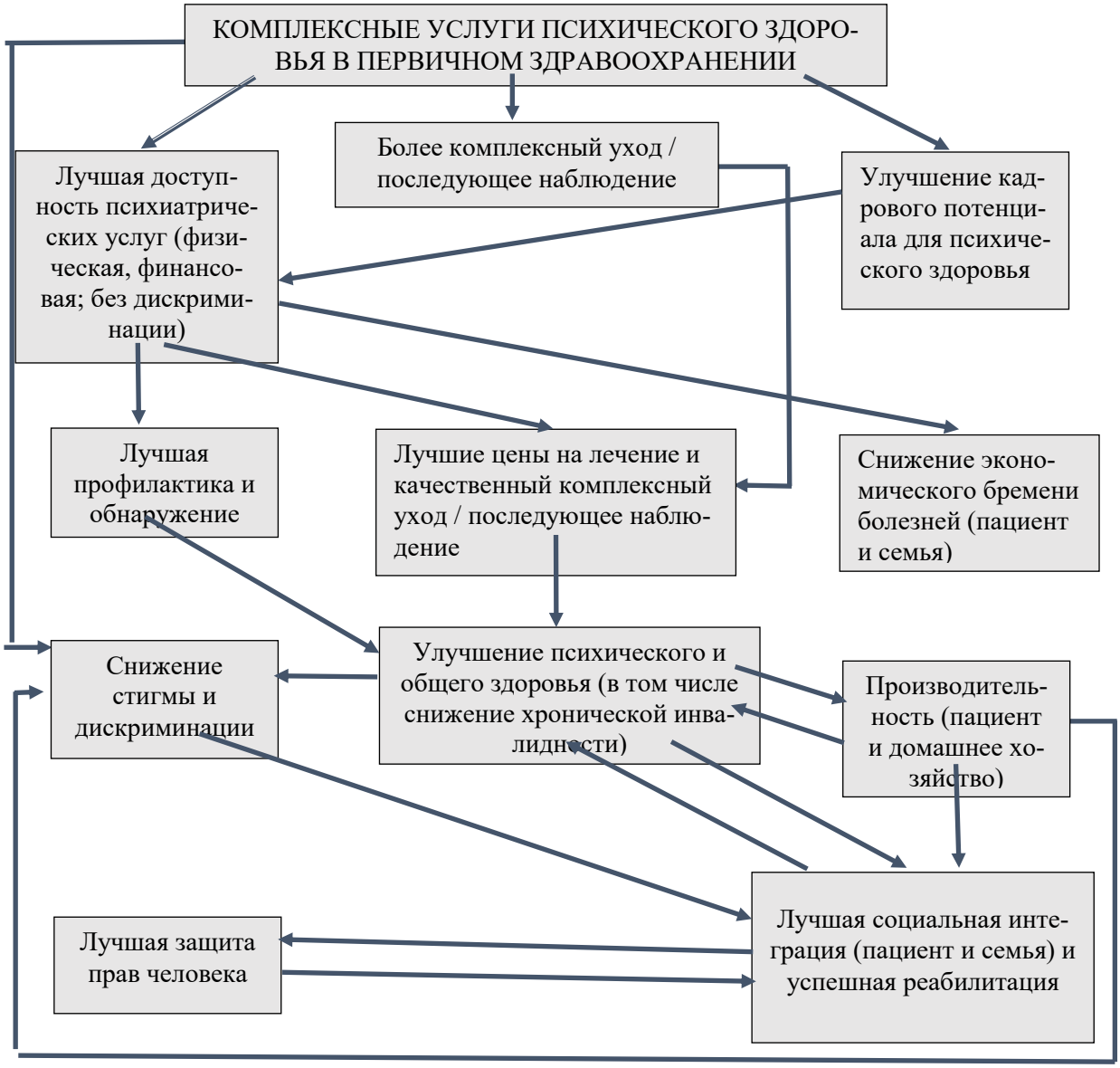
Развитие человеческих ресурсов

Будет включать развитие клинических навыков, включая знания, навыки и отношение, необходимые для улучшения доступа к качественной психиатрической помощи. Клинические руководства и диагностические инструменты должны быть разработаны для наиболее распространенных проблем с психическим здоровьем, и их внедрение в клиническую практику должно поддерживаться посредством обучения и непрерывного медицинского образования (НМО), с акцентом на персонал ПМСП.

Подготовка бригад первичной медико-санитарной помощи должна включать вопросы, связанные с диагностикой и лечением проблем с психическим здоровьем, готовить персонал к последующим консультациям и информировать их об аспектах прав человека и необходимости вмешательства семьи. Медицинский персонал должен обладать знаниями, навыками и мотивацией для ведения пациентов с психическими расстройствами. Национальный учебный центр для психиатров, психиатрических медицинских сестер, психологов, других социальных и медицинских работников, а также медицинских работников, занимающихся уходом, мог бы помочь в совершенствовании профессиональных знаний и навыков. Введение психиатрии в качестве предмета в медицинских школах / колледжах может быть среднесрочной целью. Это делается для того, чтобы помочь студентам-медикам провести формальную оценку для выявления и лечения симптомов, связанных с психическим здоровьем. Нынешний подход в психиатрии по представлению и обсуждению только наиболее серьезных случаев имеет только отрицательный эффект, ограничивая возможности предоставления интегрированных услуг. Кроме того, психиатрия может играть более заметную роль в медицинской программе с точки зрения количества преподаваемых часов. В настоящее время, согласно опросу Всемирной психиатрической ассоциации, выделенное время для психиатрического образования составляет лишь от одной трети до половины времени, которое страны-члены или регионы считают оптимальным. На уровне аспирантуры подготовка, необходимая для получения степени магистра психиатрии, значительно ниже в странах с низким и средним уровнем дохода, чем в странах с высоким уровнем дохода. С появлением

интернет-технологий многие респонденты предпочитают онлайн-обучение на уровне последипломного и непрерывного медицинского образования.

Рисунок 30: Обоснование интеграции служб охраны психического здоровья в первичную медико-санитарную помощь



Рекомендации	Меры	Сценарий 2. Средняя ресурсоемкость
1. Укрепление потенциала лечения на уровне ПМСП	• Признать психическое здоровье компонентом первичной медико-санитарной помощи	• Разработать местные учебные материалы
2. Сделать психотропные препараты доступными	• Включить диагностику и лечение распространенных психических расстройств в учебные программы всего медицинского персонала.	• Обеспечить переподготовку врачей первичной помощи (100% охват за 5 лет)
3. Обеспечить лечение на уровне сообщества	• Обеспечить обучение врачей первичной медицинской помощи (не менее 50% охвата за 5 лет	• Обеспечить наличие всех основных психотропных препаратов во всех ОЗ.
4. Просвещать общественность	• Обеспечить наличие 5 основных лекарств во всех медицинских учреждениях (хлорпромазин, флуфеназин, галоперидол, амитриптилин и диазепам)	• Закрыть тюремные психиатрические больницы
5. Вовлекать общины, семьи и потребителей	• 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.
6. Связь с другими секторами	• Поликлиники, где могут быть доступны индивидуальная терапия, групповая терапия и медикаментозное лечение	• Обеспечить общественные услуги ухода (по крайней мере, 50% охват)

Таблица 31: Рекомендуемые действия по улучшению структур охраны психического здоровья

Финансирование психического здоровья

Существует сравнительно низкий уровень стандартизации в сфере охраны психического здоровья, независимо от того, предоставляются ли они в учреждениях или в обществе. 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. (Отчет ВОЗ-AIMS 2008)

Поэтому МЗ рекомендуется предоставлять стимулы и ресурсы, необходимые для реструктуризации служб первичной медико-санитарной помощи в соответствии с принципами, описанными выше. 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 отношений с экспертами в области психического здоровья. Кроме того, обучение должно быть основной задачей и соответствующим бюджетом.

Основная проблема заключается в увеличении финансирования психического здоровья. Как упомянуто выше, общие расходы чрезвычайно низки, и авторы предлагают 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.

В идеале финансирование должно быть связано с мониторингом. Включение психических расстройств в основные информационные системы здравоохранения и обследование групп населения высокого риска являются важными элементами при определении бюджетов. Кроме того, Минздрав может захотеть начать наблюдение за конкретными расстройствами в сообществе (например, депрессией) для выявления неудовлетворенных потребностей. Наконец, все учреждения, получающие финансирование МЗ, должны в обязательном порядке и регулярно отчитываться о своей рабочей нагрузке и различных аспектах качества (структурах, процессах и результатах).

Использованная литература

- Беликович И.Е. и соавт. Права человека в лечении пациентов. Руководство для практиков. Фонды Открытого Общества 2012
- Ибраимова А., Акказиева Б., Ибраимов А., Манжиева Е., Речель Б. Кыргызстан: обзор системы здравоохранения. Системы здравоохранения в переходный период, 2011; 13 (3): 1-152
- Мешвара Д. Психическое здоровье и психиатрическая помощь в Азии. Мировая психиатрия. 2002 июнь; 1 (2): 118–120.
- ОЭСР. Рамки эффективности психического здоровья 2019. Доступно по адресу: oe.cd/mentalhealth.
- Национальные академии наук, инженерии и медицины. 2020. Ведущие показатели здоровья 2030: продвижение здоровья, справедливости и благополучия. Вашингтон, округ Колумбия: Пресса национальных академий. https://doi.org/10.17226/25682
- Национальный статистический комитет Кыргызской Республики. Преступность и общественный порядок Кыргызской Республики. Бишкек 2015.
- Penkala-Gawęcka D. «Новая психиатрия» и традиционное лечение в Кыргызстане: попытки разработать культурно-чувствительное и основанное на сообществе лечение. Этнология Полона, вып. 40: 2019, 187 - 212PL ISSN 0137 - 4079, DOI: 10.23858 / EthP40.2019.011
- Республика Кыргызстан, Статистический комитет. Stat.kg.
- Ричи Х и М Розер. Психическое здоровье (2020). Получено с: https://ourworldindata.org/mental-health
- Розенкранц М., Керими Н., Такенова М. и др. Оценка медицинских услуг для людей, употребляющих наркотики в Центральной Азии: результаты количественного опроса в Казахстане и Кыргызстане. Harm Reduct J. 2016; 13: 3. Опубликовано 2016 27 января. Doi: 10.1186 / s12954-016-0093-2.
- Садыков Е., Хосак Л. Психиатрическая помощь в Кыргызстане, март 2016 г.
- Торникрофт Г, Т Деб, С Хендерсон. Общественная психиатрическая помощь по всему миру: текущее состояние и дальнейшие разработки. Мировая психиатрия 2016; 15: 276-286.
- ВОЗ. Фармакологическое лечение психических расстройств в первичном звене здравоохранения. Доступно по адресу: http://www.who.int/publications/guidelines/en/.
- ВОЗ. Интеграция служб охраны психического здоровья в первичную медико-санитарную помощь. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2007 г. Доступно по адресу: http://www.who.int/mental_health/policy/services/en/index.html.
- Отчет ВОЗ-AIMS о системе психического здоровья в Кыргызстане, ВОЗ и Министерстве здравоохранения, Бишкек, Кыргызская Республика, 2008.
- ВОЗ: Атлас психического здоровья ВОЗ 2017 года, доступный по адресу: https://www.who.int/mental_health/evidence/atlasmnh/en/
- Европейское региональное бюро ВОЗ. Политика налогообложения алкоголя в Кыргызстане. Копенгаген 2017.
- ВОЗ. Информационные бюллетени о целях устойчивого развития: цели в области здравоохранения. Душевное здоровье. Женева: ВОЗ 2018.

- ВОЗ: улучшение психического здоровья посредством интеграции с лечением и профилактикой НИЗ. Копенгаген 2019 (а).
- ВОЗ: устранение разрыва в психическом здоровье. 2019 (б). Доступно по адресу: http://www.euro.who.int/en/countries/kyrgyzstan/news/news/2019/6/closing-the-mental-health-treatment-gap-in-central-asia.

Рисунок 31: Комплексная модель предоставления реабилитационных услуг

5.5.3 Медицинская реабилитация

Метод анализа

Анализ организации и оказания реабилитационных медицинских услуг в Кыргызской Республике будет проводиться на основе интегрированной клинической модели (см. Рисунок 45). Основываясь на этой модели, реабилитационная помощь должна следовать либо за пост-острым лечением как часть продолжения лечебного восстановления, либо предоставляется хроническим пациентам как необходимая часть в их потребностях в восстановительном лечении. В нашем анализе мы сосредоточились на учреждениях, которые предоставляют услуги стационарной и амбулаторной реабилитации. Реабилитационные отделения большинства больниц неотложной помощи (таких как республиканские, областные или территориальные больницы, ГПЦ, специализированные учреждения и т. д.) Анализируются в контексте оценки соответствующего основного учреждения.

Текущая ситуация

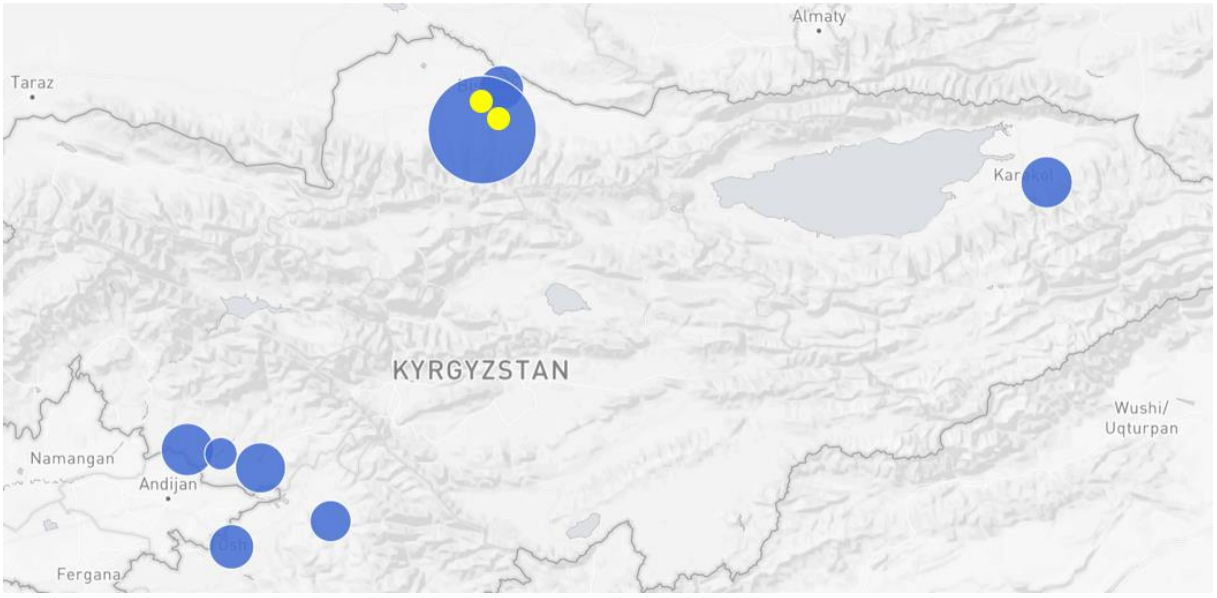
Поставщики услуг

We visited and assessed nine (9) providers of Rehabilitation Services, where five (5) provide only inpatient services, two (2) provide only outpatient services and the remaining two (2) provide both inpatient and outpatient services. Two the providers are part of the same institution, the “Kyrgyz Research Institute of Health Resort and Rehabilitation” consisting of the main facility in Tash-Dobor and the outpatient clinic in Bishkek. Two of the inpatient facilities provide specialized services for children.

Мы посетили и проанализировали девять (9) Поставщиков реабилитационно-восстановительных услуг, где пять (5) из них предоставляют только стационарные услуги, два (2) предоставляют только амбулаторные услуги, а остальные два (2) предоставляют как стационарные, так и амбулаторные услуги. Два поставщика являются частью одного учреждения: «Кыргызский научно-исследовательский институт восстановительного лечения», состоящий из основного учреждения, находящегоя в с Таш-Добо и его амбулаторной части в г.Бишкек. Два стационарных учреждения предоставляют специализированные услуги для детей.

С географической точки зрения реабилитационные учреждения сгруппированы в районах, близлежащим к столицам: к Бишкеку (четыре организации), и в Ошской / Джалал-Абадской областях (пять организаций). А Реабилитационное отделение Иссык-Кульской областной объединенной больницы находится в Ак-Сууйском районе. Это отделение реабилитации отличается от отделений реабилитации или отделений других региональных и территориальных больниц страны. Он вполне хорошо оборудован, в работе используются современные протоколы лечения, и они приобрели более хорошую репутацию поставщика качественных реабилитационных услуг в стране. В приведенной ниже таблице 35 представлены основные показатели потенциала и использования проанализированных реабилитационных ОЗ. В общей сложности в стране насчитывается 1088 реабилитационных коек с заполняемостью более 92%, а показатель СПП в среднем по стране - около 17 дней.

Рисунок 32: Географическое распределение реабилитационных учреждений



Примечание .: Размер пузырька пропорционален количеству кроватей; желтые точки обозначают амбулаторное оборудование

КНИИВЛ в с.Таш-Добо, находящееся близ Бишкека, поставляет большую 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.

Таблица 32: Производительность и использование реабилитационных учреждений в Кыргызстане

Наименование организации	Койка	АО	СО	ЗК	РК
Детский центр восстановительного лечения г. Ош	70	1,213	1,003	27.3	107.0 %
Чуйский областной центр реабилитации детей с ограниченными возможностями	70	0	386	55.1	83.0%
Базар-Коргонский межрайонный реабилитационный центр	30	0	645	14.9	88.0%
Межобластной Реабилитационный Центр "Бакыт"	95	0	1,853	18.0	96.0%
Кара-Кочкорский реабилитационно-восстановительный центр	57	0	1,841	12.0	106.2 %
Кочкор-Атинский областной медицинский реабилитационный центр	105	0	3,386	11.5	102.0 %
КНИИКиВЛ с.Таш-Добо	561	3,604	13,510	13.0	85.8%
КНИИКиВЛ г.Бишкек		905			
Центр медико-консультативных услуг и спортивной медицины		216,066			
Иссык-Кульская объединенная областная больница реабилитационное отделение с. Ак-Суу	100	0	2,832	13.4	104.0 %
Всего	1,088	221,788	25,456	16.96	92.2%

Всего в 2018 году амбулаторных пациентов было 25 456 человек, а стационарных 221 788 человек, при этом КНИИВЛ принял 53,1% стационарных больных, в то время как Центр медико-консультативных услуг и спортивной медицины обеспечил 97,4% амбулаторных услуг. Крупнейшим поставщиком амбулаторных реабилитационных услуг является Центр медико-консультативных услуг и спортивной медицины. Тем не менее, следует отметить, что он также обеспечивает амбулаторное лечение мелких травм при чрезвычайных ситуациях. Например, 59069 посещений отмечены как посещения, по причине «травма и ортопедические заболевания». Кроме того, для остальной части посещений трудно определить, связано ли это с травмой или реабилитацией.

Штаты

Общая численность персонала в ОЗ, реабилитационного профиля, составила 1 074 человека. КНИИВЛ насчитывает 515 сотрудников между двумя своими объектами в Таш-Добо и Бишкеке. Персонал почти поровну разделен между медицинскими (52,1%) и немедицинскими (47,9%). Соотношение медсестры на врача составляет 2:1. На КНИИВЛ приходится почти половина персонала, оказывающего помощь в области реабилитационного лечения (513 из общего числа 1 074 сотрудников).

Инвестиционные потребности в инфраструктуру

Таблица 33: Укомплектование реабилитационных учреждений

Наименование организации	Врач	Мед-сестры	Вспом. перс	Не-мед.перс	Всего
Детский центр восстановительного лечения г. Ош	6	19	8	14	47
Чуйский областной центр реабилитации детей с ограниченными возможностями	9	22	24	45	100
Базар-Коргонский межрайонный реабилитационный центр	2	8	5	10	25
Межобластной Реабилитационный Центр "Бакыт"	13	14	9	25	61
Кара-Кочкорский реабилитационно-восстановительный центр	2	16	7	12	37
Кочкор-Атинский областной медицинский реабилитационный центр	10	36	21	26	93
КНИИКиВЛ с.Таш-Добо	87	176	137	94	494
КНИИКиВЛ г.Бишкек	7	5	1	6	19
Центр медико-консультативных услуг и спортивной медицины	44	44	17	17	122
Иссык-Кульская объединенная областная больница реабилитационное отделение с. Ак-Суу	5	35	18	18	76
Всего	185	375	247	267	1,074

68,9% от общего объема необходимых инвестиций будет направлено на реконструкцию реабилитационного центра КНИИКиВЛ в с. Таш-Добо.

Финансирование

Организации, предоставляющие реабилитационные услуги, финансируются Министерством здравоохранения посредством хронологической (исторической) модели бюджетирования. Филиал с. Ак-Суу Иссык-Кульской Областной Объединенной Больницы финансируется ФОМС через систему КЗГ. В следующей таблице представлена разбивка структуры расходов.

Наименование	Общая площадь	Оценка В	Инв.потр. (оценка В)	Оценка С	Инв.потр. (оценка С)	Всего
Детский центр восстановительного лечения г. Ош	3,316.8	0	0	3,196.80	959,040	959,040
Чуйский областной центр реабилитации детей с ограниченными возможностями	1,358.2	0	0	0	0	0
Базар-Коргонский межрайонный реабилитационный центр	1,476.0	1,476.00	287,820		0	287,820
Межобластной Реабилитационный Центр "Бакыт"	3,026.5	1,269.50	247,553	1,757.00	527,100	774,653
Кара-Кочкорский реабилитационно-восстановительный центр	1,441.0	708	138,060	281	84,300	222,360
Кочкор-Атинский областной медицинский реабилитационный центр	4,791.0	3,544.00	691,080	1,247.00	374,100	1,065,180
КНИИКиВЛ (Таш-Добо)	40,511.1	37865.73	7,383,817	1678.4	503,520	7,887,337
Центр медико-консультативных услуг и спортивной медицины	1,254.0	1254	244,530		0	244,530
Всего	57,174.65	46,117.23	8,992,860	8,160.20	2,448,060	11,440,920

Таблица 34: Инвестиции, необходимые для ремонта реабилитационных учреждений

Таблица 35: Структура доходов и расходов реабилитационных учреждений

Название организации	Общий расход	Кадры	Медикаменты и ИМН	Ком.услуги	Utilities	Others
Детский центр восстановительного лечения г. Ош	7,322,660	4,821,000	189,000	900,000	900,000	1,412,660
Чуйский областной центр реабилитации детей с ограниченными возможностями	20,364,961	15,900,700	770,659	1,603,465	1,603,465	2,090,137
Базар-Коргонский межрайонный реабилитационный центр	4,282,603	2,421,900	209,271	392,200	392,200	1,259,232
Межобластной Реабилитационный Центр "Бакыт"	10,560,181	6,528,615	298,188	732,800	732,800	3,000,578
Кара-Кочкорский реабилитационно-восстановительный центр	11,791,400	4,848,800	200,000	861,700	861,700	5,880,900
Кочкор-Атинский областной медицинский реабилитационный центр	23,663,052	13,597,600	1,382,347	2,534,768	2,534,768	6,148,336
КНИИКиВЛ (Таш-Добо)	105,935	51,033,188	2,342,650	8,906,849	8,906,849	43,652,576
Центр консультативных медицинских услуг и спортивной медицины	23,714,258	19,335,700	1,143,200	926,100	926,100	2,309,258
Всего	**207,634,377**	**118,487,503**	**6,535,315**	**16,857,882**	**16,857,882**	**65,753,677**

Таблица 36: Структура расходов реабилитационных учреждений (в процентах)

Название организации	Общ. доход	Общ. затраты	Кадры	Медикаменты и ИМН	Ком.услуги	Другие
Детский центр восстановительного лечения г. Ош	100.00%	100.00%	65.84%	2.58%	12.29%	19.29%
Чуйский областной центр реабилитации детей с ограниченными возможностями	100.00%	100.00%	78.08%	3.78%	7.87%	10.26%
Базар-Коргонский межрайонный реабилитационный центр	100.00%	100.00%	56.55%	4.89%	9.16%	29.40%
Межобластной Реабилитационный Центр "Бакыт"	100.00%	100.00%	61.82%	2.82%	6.94%	28.41%
Кара-Кочкорский реабилитационно-восстановительный центр	100.00%	100.00%	41.12%	1.70%	7.31%	49.87%
Кочкор-Атинский областной медицинский реабилитационный центр	100.00%	100.00%	57.46%	5.84%	10.71%	25.98%
КНИИКиВЛ (Таш-Добо)	100.00%	100.00%	48.17%	2.21%	8.41%	41.21%
Центр консультативных медицинских услуг и спортивной медицины	100.00%	100.00%	81.54%	4.82%	3.91%	9.74%
Всего	100.00%	100.00%	57.07%	3.15%	8.12%	31.67%

Модель восстановительного лечения

Принимая во внимание, что детальный анализ модели оказания медицинской помощи для оказания реабилитационных услуг выходит за рамки генерального планирования, мы воспользовались исследованием, проведенным по заказу Международной финансовой корпорации (IFC) для оценки осуществимости создания государственно-частного партнерства (ГЧП) для оказания реабилитационных услуг в Кыргызской Республике. Согласно отчета, ни одно из реабилитационных организаций в Кыргызской Республике не предоставляет комплексных реабилитационных услуг. Они в основном ограничиваются предоставлением «санаторно-курортных услуг», которые в основном сосредоточены на лечении различных болей в рамках общих лечебных мероприятий.

Доказательные протоколы в реабилитационном лечении в стране в основном отсутствуют

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. КНИИВЛ, основной реабилитационный центр в стране, является относительно устаревшей структурой, предоставляющей комплекс довольно базовых реабилитационных услуг, некоторых медицинских/хирургических и немедицинских услуг. Согласно результатам работы рабочей группы, выполнивший анализ, из 572 групп заболеваний, которые находятся в ведении КНИИВЛ, 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 КНИИВЛ 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. Менее одного из шести пациентов реально нуждались в стационарных реабилитационных услугах.

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.

Итоговые выводы

Следующие пункты излагают итоговые выводы нашей оценки:

- Недостаточный потенциал для предоставления реабилитационных амбулаторных услуг
- **Ненужный перебор пациентов.** Только один из шести признанных пациентов действительно нуждается в стационарном реабилитационном лечении.
- **Недостаточная численность персонала.** Кроме того, имеющийся персонал недостаточно хорошо подготовлен для оказания доказательной реабилитационной помощи.
- **Устаревшие протоколы лечения** - не всегда основанные на доказательствах.
- **Низкая интенсивность лечения** - в редких сеансах предлагается только несколько видов лечения.
- **Доступно только базовое оборудование.** Очень мало новой аппаратуры в сравнении с современными видами оборудования, используемых в современных реабилитационных центрах.
- **Нет измерения пользы\результатов после получения услуг**. Оценка воздействия полученного лечения указана на широком диапазоне, указываемого при выписке.
- **Ветхая инфраструктура**, требующая ~ 11,5 млн.долларов США на ремонт и реконструкцию.

Рекомендации

Модель предоставления услуг

Разработать полностью интегрированную модель реабилитационных услуг для детей. Нынешняя модель основана на длительном пребывании в стационаре (до 4 месяцев в году), с чередующемся периодами, когда в амбулаторных условиях или на дому оказывается малое количество услуг, или совсем не оказывается. Сеть государственных и частных Поставщиков услуг должна быть создана и развита, чтобы предлагать постоянную реабилитационную помощь детям в необходимом объеме.

Развитие инфраструктуры

В таблице 40 приведены наши рекомендации по ОЗ.

Человеческие ресурсы

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.

Наименование	Койки	Рекомендации
Детский центр восстановительного лечения г. Ош	70	Чуйский областной центр получил огромную пользу от поддержки международных организаций, которая проявляется в разработке инструментов оценки, разработке инновационных помещений для оказания медицинской помощи и институционализации современных протоколов лечения. Мы рекомендуем МЗ просить заинтересованных партнеров по развитию продолжать оказывать эту помощь и включить в данный список детский центр восстановительного лечения города Ош.
Чуйский областной центр реабилитации детей с ограниченными возможностями	70	
Базар-Коргонский межрайонный реабилитационный центр	30	Эти организации должны быть преобразованы в отделения соседних территориальных или региональных больниц по образцу реабилитационного отделения с. Ак-Суу Иссык-Кульской объединенной областной больницы. Чтобы не нарушать работу, модель финансирования на первые два года (2020 и 2021) не должна меняться, т.е. отделения должны продолжать финансироваться на основе исторической модели бюджета. Начиная с 2022 года, модель на основе КЗГ, которая используется для реабилитационного отделения с. Ак-Суу, может также применяться к этим объектам.
Межобластной Реабилитационный Центр "Бакыт"	95	
Кара-Кочкорский реабилитационно-восстановительный центр	57	
Кочкор-Атинский областной медицинский реабилитационный центр	105	
КНИИКиВЛ (Таш-Добо)	561	Мы рекомендуем, основываясь на технико-экономическом обосновании ГЧП, принять решение о плане действий, который гармонизирует рекомендации отчета и видение заинтересованных сторон. Если подход ГЧП не будет выбран, мы рекомендуем нанять международного консультанта для консультации по новой модели лечения, протоколам и руководствам, трансформации инфраструктуры, развитию персонала и сопутствующим мерам.
КНИИКиВЛ (г.Бишкек)		Эти центры должны быть в авангарде разработки амбулаторной модели оказания помощи для оказания реабилитационных услуг. Для проведения трансформации потребуется международный опыт (либо в контексте ГЧП, либо в контексте международного консультирования). Модель центров должна быть воспроизведена, чтобы создать как минимум региональные центры для оказания амбулаторных услуг реабилитации на уровне общины и на дому.
Центр медико-консультативных услуг и спортивной медицины		
Иссык-Кульская объединенная областная больница, реабилитационное отделение с. Ак-Суу	100	Модель оказания медицинской помощи и, прежде всего, модель финансирования, основанная на КЗГ, должна быть дополнительно доработана, отрегулирована и разработаны рекомендации для общенациональной реализации.

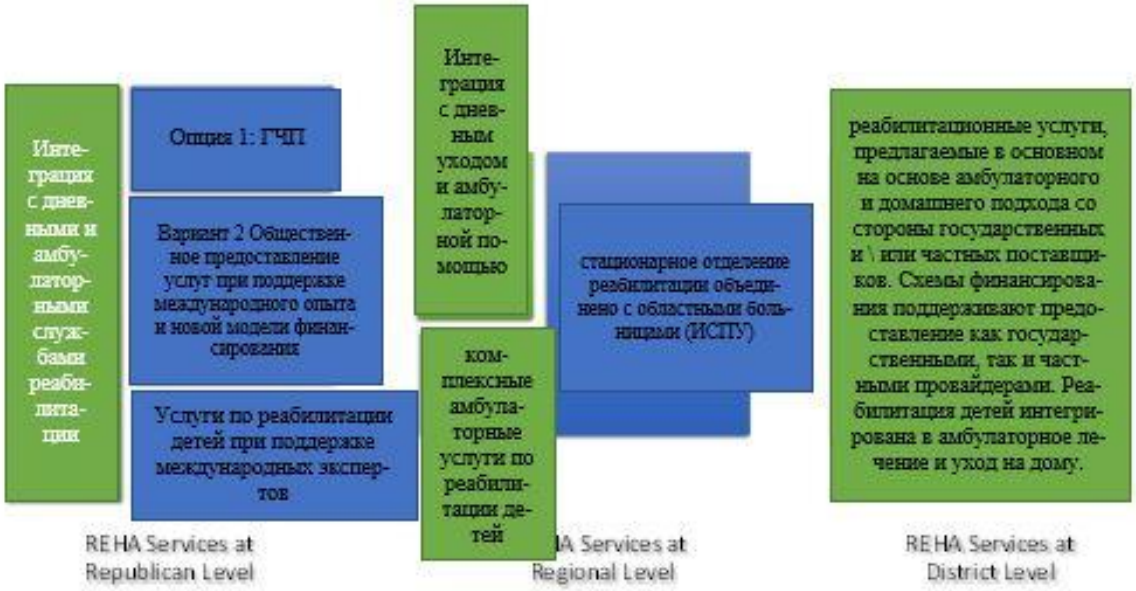
Таблица 37: Конкретные рекомендации по реструктуризации отдельных реабилитационных учреждений

Вовлечение частного сектора

Мы рекомендуем МЗ и ФОМС проанализировать рекомендации, указанные в отчете о целесообразности предоставления реабилитационных услуг на основе модели ГЧП.

Если будут выбраны механизмы ГЧП, он они должны учитывать не только КНИИВЛ, 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 дневного и/или амбулаторного ухода, связанного со стационарными организациями, и на базе сообществ, амбулаторных реабилитационных услуг на дому.

Рисунок 33: Роль различных участников в предоставлении комплексных реабилитационных услуг



А также роль частного сектора может выходить за рамки механизмов ГЧП, описанного выше. Это может сыграть определенную роль, особенно в предоставлении амбулаторных реабилитационных услуг в районах. МЗ и ФОМС должны пересмотреть схему финансирования, чтобы сделать возможным заключение контрактов с государственными и частными поставщиками услуг по реабилитации.

На рисунке 47 обобщены предлагаемые условия для предоставления услуг стационарной, дневной, амбулаторной и домашней реабилитации.

Техническая помощь

- Если механизмы ГЧП не будут реализованы, по каким-либо причинам, мы рекомендуем определить международную организацию (например, такую как: международная организация инвалидов (Handicap International)), имеющую опыт оказания реабилитационных услуг, для выполнения следующих задач:
- Пересмотреть модель предоставления услуг.
- Оказание помощи в обновлении протоколов лечения и руководств по клинической практике, включая критерии приема (госпитализация, дневной уход и амбулаторное лечение).
- Поддержка развития навыков персонала, включая программы бакалавриата, переподготовку и постоянное профессиональное развитие.
- Оказание помощи в разработке набора качественных и количественных показателей для оценки состояния пациента до и после реабилитационного лечения.

- Определение междисциплинарного подхода в реабилитации для координации выполнения двух или более дисциплин (то есть физиотерапия, трудотерапия, социальная работа, психология и другие смежные вопросы здоровья, уход за больными) под медицинским наблюдением.
- Сопровождение в преобразовании/ реорганизации существующих реабилитационных центров в соответствии с требованиями современной практики реабилитации.
- Оказание помощи в приобретении оборудования, поддерживающего предоставление новой модели ухода.
- Поддержка сопутствующих мер на срок до семи лет для реализации вышеописанного преобразования.

Финансирование

Учитывая положительный опыт работы в реабилитационном отделении с. Ак-Суу в Иссык-Кульской ООБ, дальнейшее развитие, постановка и внедрение общенациональной модели оплаты на основе КЗГ в предоставлении реабилитационных услуг.

Список литературы

Отчет Проекта ГЧП Кыргызской Республики по медицинской реабилитации; Выписки из ТЭО; Июль 2019 г.
Когда вертикальные (автономные) программы имеют место в системах здравоохранения? / Аналитическая записка, 2008; Авторы: Реферат А. Атун, Сара Беннетт и Антонио Дюран

5.5.4 Экстренная Медицинская помощь

Система экстренной медицинской помощи и ее компоненты

Анализ системы оказания экстренной медицинской помощи (ЭМП) в Кыргызской Республике был выполнен на основе комплексной модели, которая фокусируется на ряде взаимосвязанных компонентов, которые во всей своей полноте включают то, что входит в понятие «система экстренной медицинской помощи»:

- Управление и организация
    - Организации, вовлеченные в управление и администрирование
    - Учреждения, занимающиеся предоставлением помощи
- Коммуникация, догоспитальная помощь и транспорт
    - Система приема звонков / Сортировка и первое реагирование / Перенаправление
- Помощь в медицинских учреждениях (госпитальная помощь)
    - Отделения экстренной медицинской помощи стационаров (ОЭМП)
    - Травматологические и другие специализированные центры (например, при ОИМ)
- Кадры, необходимые для оказания ЭМП
    - Врачи, медсестры, фельдшеры и другой медицинский и пара-медицинский персонал
    - Водители и администраторы
- Информационные и вспомогательные системы
    - Управление данными и информацией
    - Мониторинг и оценка (эффективность оказания ЭМП)
- Финансирование
    - Финансовые требования для эффективной и результативной работы
    - Бюджетный подход или плата за услуги
- Информированное и обученное население
    - Публичные кампании по экстренной медицинской помощи и мероприятиям первой помощи
    - Идентификация и обучение «лиц первого реагирования»

Все вышеперечисленные элементы должны быть приняты во внимание при обсуждении необходимости реформирования существующей системы ЭМП для повышения ее клинической эффективности (своевременного и надлежащего реагирования на экстренные состояния) и экономической эффективности.

Текущая ситуация

Управление и организация

В настоящее время в Кыргызской Республике нет центральной организации, которая координирует оказание ЭМП на национальном уровне. Это относится к официальным органам управления, таким как Национальный комитет ЭМП, менее формальные межсекторальные рабочие группы и другие структуры и механизмы, чтобы гарантировать рациональное использование ресурсов с одной стороны, и соответствующую доступность оказания ЭМП как для рутинной работы, так и для ЧС, с другой стороны.

Точно так же предоставление помощи осуществляется на уровне района или города, и нет центрального или хотя бы областного отдела ЭМП (Министерства здравоохранения) или (независимого) агентства. Другие проблемы существующей системы заключаются в следующем:

- Отсутствие четкой нормативно-правовой базы
- Недостаточное финансирование
- Устаревшие машины ЭМП и оборудование
- Отсутствие непрерывного медицинского образования всего персонала ЭМП
- Дублирование сбора и анализа данных Фондом обязательного медицинского страхования (ФОМС) и Республиканским медицинским информационным центром приводит к различиям и расхождениям в анализе и оценке эффективности ЭМП.

В настоящее время ответственность за эксплуатацию и техническое обслуживание системы ЭМП разделена между Министерством здравоохранения и соответствующим местным правительством. Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС) предоставляет годовой бюджет в размере порядка 586 000 сомов на бригаду ЭМП (всего 432 761 000 сомов для 738,5 команд). Местные органы власти должны предоставлять средства для капитальных вложений (закупка транспортных средств и оборудования), но текущий опыт показывает, что только муниципалитет Бишкека активно поддерживает свою службу ЭМП.

Организационным подразделением ЭМП является бригада. Для обеспечения круглосуточного покрытия каждый автомобиль должен обслуживаться четырьмя бригадами. На практике некоторые автомобили обслуживаются менее чем четырьмя бригадами, и предоставление услуг недоступно в дневное время.

Вставка 2: Краткое описание организации службы ЭМП в городе Бишкек

Оказание ЭМП жителям Бишкека обеспечивают 152 бригады, использующие 39 автомобилей для оказания помощи круглосуточно. Есть три типа бригад ЭМП:

- Специализированные бригады (64): возглавляемые врачом-специалистом (кардиологом, анестезиологом, педиатром, акушером, неврологом или психиатром), в эти бригады (в идеале) входят два фельдшера (или один фельдшер и одна медсестра), один водитель и один санитар.
- Медицинские бригады (60) для неспециализированной экстренной медицинской помощи: состоят из одного врача, прошедшего специальную подготовку по оказанию экстренной медицинской помощи, одного фельдшера (или медсестры), одного водителя и одного санитара.
- Бригада под руководством фельдшера (28): Состоит из двух фельдшеров (или одного фельдшера и одной медсестры), одного водителя и одного санитара.

Однако на практике должность «санитара» редко бывает заната. Бригады размещены в пяти подстанциях ЦЭМ. Планируется открыть четыре дополнительные подстанции, одна из которых находится в процессе строительства. Следует отметить, что ЦЭМ г. Бишкек имеет более высокий организационно-технический уровень и существенно отличается от других регионов страны. Специализированные и врачебные бригады можно найти только в Бишкеке и Оше. В других местах ЭМП предоставляется бригадами под руководством фельдшеров, некоторые из которых работают в длинные смены (до 24 часов), чтобы обеспечить работу.

В среднем специализированные бригады выезжают на 10 вызовов в течение 24-часовой смены; Неспециализированные бригады выезжают на 20 вызовов в смену. ЦЭМ города Бишкек реагирует, в среднем, на 608 вызовов в сутки.

Бригады ЭМП в районах размещаются в пунктах ЭМП, соединенных либо с центрами семейной медицины (Объединенный пункт ЭМП), либо стоящих в отдельных местах (отдельный пункт ЭМП) для обеспечения географического охвата.

Таблица 38: Организация и охват ЭМП по регионам

Регион	Население	Точки ЭМП	Бригады	Нас/Бриг	Транс.сред	Нас/транс
Бишкек	1,027,200	5	152	27,032	40	25,680
Город Ош	299,500	2	50	23,960	19	15,763
Баткен	525,100	17	57.5	36,529	19	27,637
Чуй	941,100	28	105	35,851	45	20,913
Иссык-Куль	489,800	13	47.5	41,246	38	12,889
Джалал-Абад	1,214,400	32	133.5	36,387	56	21,686
Нарын	287,000	7	36	31,889	14	20,500
Ошская Область	1,341,900	38	120	44,730	41	32,729
Талас	263,500	12	37	28,486	21	12,548
Всего	6,389,500	154	738.5	34,608	293	21,807

Как видно из таблицы выше, соотношение населения и бригад ЭМП значительно варьируется. Талас имеет соотношение 12 500 человек на транспортное средство, в то время как в Ошской области один автомобиль охватывает 32 700 человек. Средний показатель по стране составляет 21 807 человек на 1 транспортное средство (рекомендуемая норма составляет 36 000 человек на 1 транспортное средство). Однако не все (технически функциональные) транспортные средства находятся в рабочем состоянии из-за недостаточного количества бригад ЭМП. Теоретически, в соответствии с действующим законодательством, четыре бригады необходимы для круглосуточной работы 1 транспортного средства в течение 24 часов. Следовательно, существующие 738,5 бригад работают только на 185 транспортных средствах. Это приводит к охвату одного (оперативного) транспортного средства на 34 608 человек.

Хотя в стране имеется достаточное количество машин ЭМП (293) для обеспечения удовлетворительного охвата (22 000 население / машина), текущее число бригад позволяет охватить население только в 35 000 человек одной (работающей) единицей ЭМП.

Следующая карта иллюстрирует текущее распределение пунктов ЭМП в стране:

Рисунок 34: Размещение пунктов ЭМП в КР

Коммуникация, догоспитальная помощь и транспортировка

В настоящее время каждый ЦСМ/ЦОВП отвечает за организацию приема вызовов в пределах обслуживаемой территории (т.е. районный уровень). Связь обеспечивается с помощью следующих каналов:

• Звонки на 103 и 112 - бесплатные номера.

• Звонки на мобильную или фиксированную линию, которая связана с районным диспетчерским центром, охватывает жителей данного района.

Диспетчерская связь организована в пределах района, и диспетчерский центр (как правило, управляемый фельдшером) связывается с той районной бригадой, которая расположена ближе всего и / или лучше подготовлена к реагированию на экстренную ситуацию.

В местах с плохой репутацией диспетчерских и транспортных служб жители часто используют собственные транспортные средства, чтобы добраться до пункта ЭМП, минуя районную службу управления и контроля.

Следуя примеру положительного опыта ЭМП города Бишкек, центры управления и контроля должны быть созданы как минимум на областном уровне, чтобы улучшить качество (своевременность и соответствие) управления экстренными вызовами и системой первого реагирования.

Вставка 3: Коммуникации и диспетчерская связь в службе ЭМП г. Бишкек

Благодаря недавним инвестициям муниципалитета Бишкека, ЦЭМ города Бишкек создал модернизированный, современный центр управления и контроля, который принимает звонки пациентов, выполняет сортировку обученными операторами (фельдшерами и медсестрами) и организует оптимальный ответ в зависимости от ситуации (близость / необходимая специализация бригады). Два дополнительных оператора, один радиооператор, обученный диспетчерскому обслуживанию, и один врач предоставят медицинскую консультацию в не срочных случаях на основе стандартных протоколов. Центр поддерживается современной информационной системой (см. Соответствующий раздел ниже)

Рисунок 35: Операторы командно-диспетчерского центра

Рисунок 36: Отслеживание машин ЭМП в режиме реального времени

Существуют планы по расширению модели, разработанной в Бишкекской городской службе ЭМП, в г. Ош и г. Каракол (Иссык-Кульская область).

Использование диспетчерских и транспортных услуг экстренной медицинской помощи

В этом контексте следует отметить, что действующее руководство для ЭМП отдает предпочтение лечению пациента дома и направляет, и транспортирует пациента в больницу, только если попытка лечения не удалась или условие требует (немедленного) перенаправления.

В следующей таблице показано использование экстренной медицинской помощи по областям:

Таблица 39: Использование службы ЭМП по областям (2018 г.)

Область	Телефонные консультации (A)	Амбулаторные посещения (B)		Выезды скорой помощи (C)		Госпитализированные пациенты (D)		Всего (B+C)
Баткенская	206	50 411	54,07%	42 825	45,93%	5 405	5,80%	93 236
Бишкек	56 038	7 379	4,57%	154 065	95,43%	42 667	26,43%	161 444
Чуйская	0	13 547	14,59%	79 275	85,41%	13 666	14,72%	92 822
Иссык-Кульская	1 692	11 475	26,46%	31 887	73,54%	6 594	15,21%	43 362
Жалал-Абадская	496	47 779	35,45%	86 994	64,55%	7 376	5,47%	134 773
Нарынская	3 173	5 482	22,45%	18 933	77,55%	4 009	16,42%	24 415
Ошская	1 674	70 948	27,04%	191 421	72,96%	13 844	5,28%	262 369
Таласская	0	3 657	13,36%	23 707	86,64%	2 275	8,31%	27 364
Общий итог	63 279	210 678	25,09%	629 107	74,91%	95 836	11,41%	839 785

Очевидно, что существует значительный разброс в системе обслуживания. В Бишкеке проводится значительное количество телефонных консультаций, которые отсутствуют (или не регистрируются) в других областях. Это может отчасти объяснить низкую долю госпитализаций (только 5-15%), тогда как международные критерии предполагают долю в 70%. В Баткенской области более 50% всех обращений составляют пациенты, посещающие пункты ЭМП для кон-

сультации (амбулаторные посещения). Подсчитав все контакты с пациентами (амбулаторные посещения и выезды бригад ЭМП), мы смотрим на 840 000 контактов, что соответствует соотношению 133 контактов на 1000 населения.

Предоставление помощи в организациях здравоохранения

Поскольку основной целью системы ЭМП в Кыргызстане является оказание медицинской помощи на дому, лишь небольшая часть пациентов ЭМП (10%) должна быть доставлена в близлежащую ЦСМ / ЦОВП, территориальную или региональную больницу, за исключением Бишкека, где существует сеть специализированных учреждений. Опять же, в городе Бишкек процент госпитализации является самым высоким, что указывает на лучшее управление (выбор) экстренных вызовов.

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 Объединенная Жайыльская Территориальная Больница, Объединенная Иссык-Кульская Областная Больница. 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 Бишкеке и Оше ситуация иная, так как в обоих городах есть сети специализированных учреждений, которые могут оказывать специализированную ЭМП. Решение о направлении пациента в больницу принимается бригадой ЭМП. Как показано на **Ошибка! Источник ссылки не найден.** и

Рисунок 37: Точки предоставления экстренной медицинской помощи в городе Бишкек

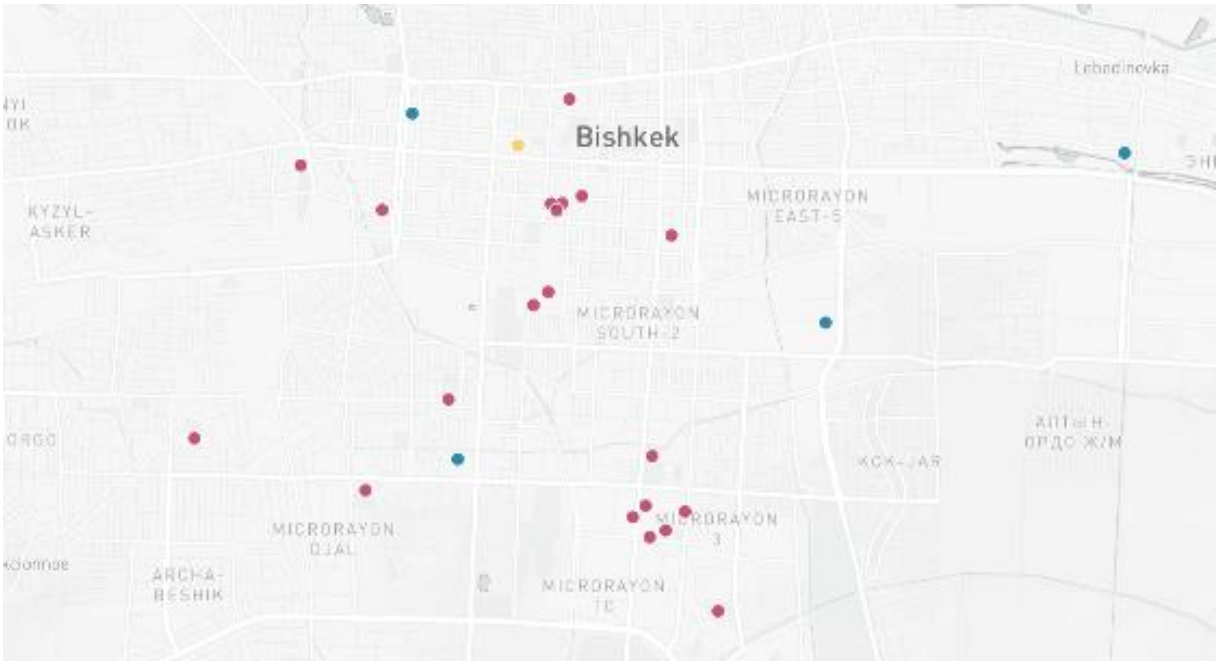


Таблица 40 в Бишкеке насчитывается более 20 больниц, куда могут быть доставлены пациенты в зависимости от заболевания / патологии конкретного случая.

Таблица 40: Организация и покрытие ЭМП в Бишкеке

Типы ЭМП	**Учреждение здравоохранения**
Общее	• Национальный госпиталь • Городская клиническая больница №. 1 • Городская клиническая
Хирургическое и травматологическое	• Национальный госпиталь • Национальный хирургический центр • Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии • Центр консультативных медицинских услуг и спортивной медицины (амбулаторный)
Кардиология	• Национальный центр кардиологии и терапии • Научно-исследовательский институт кардиохирургии и трансплантации органов (редко) • Городская клиническая больница №. 1 • Городская клиническая больница №. 6 • Железнодорожная больница
Инфекционное	• Республиканская инфекционная клиническая больница

Желтые Центр экстренной медицины
Синий: Филиалы ЦЭМ
Красный: Стационары

Типы ЭМП	Учреждение здравоохранения
Отравление	• Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии (Токсикологическое отделение) • Республиканская инфекционная клиническая больница
Туберкулез	• Национальный центр фтизиатрии • Городская противотуберкулезная больница
Женское здоровье (включая акушерскую помощь)	• Национальный центр охраны материнства и детства • Городская гинекологическая больница, г. Бишкек • Городской перинатальный центр г. Бишкек • Родильный дом №. 1, г. Бишкек • Родильный дом №. 2, город Бишкек • Родильный дом Объединенной Чуйской областной больницы
Здоровье детей	• Национальный центр охраны материнства и детства • Городской перинатальный центр г. Бишкек • Городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи, г. Бишкек
Психическое здоровье	• Республиканский центр психического здоровья • Республиканский наркологический центр

Хотя Центр управления и контроля значительно улучшил координацию отправки и транспортировки, по-прежнему различие между «реальной» экстренной ситуацией и определение наиболее подходящего стационара остается проблемой. Бывает, что пациенты экстренной медицинской помощи часто перевозятся из учреждения в учреждение, таким образом, отсутствуют возможности для своевременного и адекватного лечения.

Специализированные Службы ЭМП

Демографические и эпидемиологические данные указывают на то, что на потребность в медицинской помощи в Кыргызской Республике влияет демографический переход (старение населения) и эпидемиологический сдвиг в сторону хронических неинфекционных заболеваний и несчастных случаев. Инфекционные заболевания, как причина заболеваемости и смертности, заменяются сердечно-сосудистыми заболеваниями, инсультом, астмой, ХОБЛ, диабетом и травмой. Тем не менее, инфекционные заболевания все еще играют важную роль в системе ЭМП, особенно для новорожденных, детей и пожилых людей.

В настоящее время только Национальный центр кардиологии и терапии, Научно-исследовательский институт кардиохирургии и трансплантации органов (оба расположены в городе Бишкек) и Южный региональный научно-исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии в Оше оснащены и способны предоставлять специализированную кардиологическую помощь, такую как Чрескожные коронарные вмешательства (ангиопластика и стентирование) и шунтирование коронарной артерии (АКШ). Однако эта помощь предоставляются только для выборочных случаев, а не в экстренных ситуациях.

Другие специализированная помощь необходима для обеспечения адекватного лечения цереброваскулярных экстренных состояний (инсульты), экстренными состояниями у новорожденных и детей младшего возраста (до пяти лет) и для лечения травм.

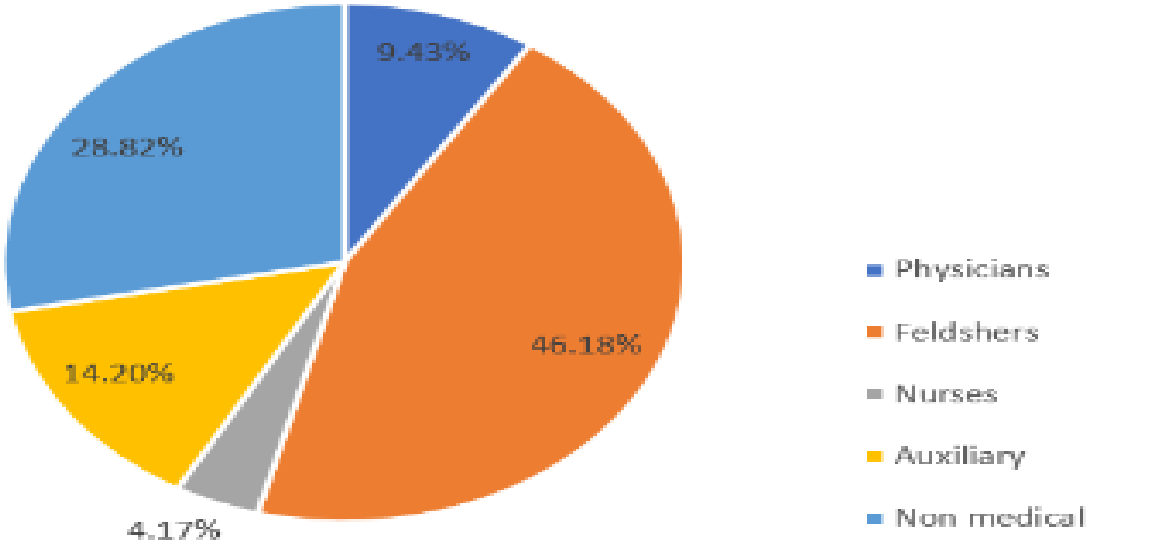


Рисунок 38: Категории персонала услуг ЭМП

Кадры

В общей сложности 2760,50 штатных единиц в настоящее время используются для предоставления экстренной медицинской помощи на национальном уровне. Почти половина из них (более 46%) составляют фельдшеры. Фельдшеры используются в двух направлениях: как диспетчеры и как лица, оказывающие помощь. Нынешняя норма требует, чтобы хотя бы один фельдшер (или медсестра) был частью бригады ЭМП. В специализированных медицинских бригадах и бригадах под руководством фельдшеров это число увеличивается до двух фельдшеров (или медсестер). Врачи составляют менее 10% от общей численности персонала. В настоящее время специализированные медицинские бригады используются только в Бишкеке и Оше, в то время как общепрофильные медицинские бригады используются в Бишкеке, Оше и города ющихся центрами регионов. Только в Чуйской области нет врачей, работа ной службе ЭМП.

Врачи
Фельдшера
Медсестры
Вспомогательный
Немедицинский

Таблица 41: Человеческие ресурсы (в эквиваленте полной занятости) по ре

Область	Врачи	Фельд-шеры	Мед-сестры	Вспомога-тельный	Не ци	
Баткенская	2.50	80.50	8.50	17.25	62.	
Бишкек	182.00	339.25	36.75	183.25	84.00	825.25
Чуйская		188.75	14.00	37.50	93.00	333.25
Иссык-Кульская	4.00	75.75	4.00	19.75	43.00	72.50
Жалал-Абадская	7.00	208.50	17.00	62.25	178.25	470.00

Нарынская	5.50	56.75	4.25	5.50	39.00	111.00
г.Ош	52.50	72.00	6.00	28.50	107.50	266.50
Ошская	5.50	210.00	13.50	12.50	144.75	386.25
Таласская	1.25	43.25	11.00	25.50	44.00	125.00
Всего	260.25	1,274.75	115.00	392.00	795.50	2,760.50

Обучение персонала, оказывающего ЭМП

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

Текущие программы переподготовки и НПР приведены в таблице ниже:

Таблица 42: Программа обучения КГМИПиПК для лиц, оказывающих ЭМП

Специалисты службы ЭМП	**Продолжительность**	**Частота**
Врачи	7 недель	Каждые 5 лет
Фельдшера и медсестры	144 часов	Каждые 3 года
Диспетчерский центр приема звонков (диспетчера)	> 144 часов	Каждые 3 года
Водители	100 часов (40 часов теории, 60 часов вождения)	Каждые 3 года

Специалисты службы ЭМП	**Продолжительность курса**	**Частота проведения обучения**
Врачи ОЭМП стационаров	232 часа	Каждые 5 лет
Медсестры ОЭМП стационаров	152 часа	Каждые 5 лет
Врачи бригад ЭМП	216 часов	Каждые 5 лет
Фельдшеры и медсестры бригад ЭМП	144 часа	Каждые 5 лет

Фельдшеры по приему вызовов (диспетчеры)	184 часа	Каждые 5 лет
Водители бригад ЭМП	24 часа	Каждые 5 лет

Помимо КГМИПиПК, 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.

Рисунок 39: Учебный зал Бишкекского ЦЭМ

Информационные и вспомогательные системы

Информационные системы экстренной медицинской помощи (ИСЭМП) важны для эффективной и действенной организации ЭМП. Бишкекский ЦЭМ пилотирует разработку. При финансовой поддержке, предоставленной мэрией, и в сотрудничестве с местным разработчиком программного обеспечения, Бишкекский ЦЭМ создал комплексную и интегрированную систему ИСЭМП. В следующей таблице приведены различные компоненты решения, которое было реализовано в Бишкекском ЦЭМ:

Таблица 43: Технология информационной поддержки на ЦЭМ г. Бишкек

Решение	Краткое описание
Управление вызовами	Звонки управляются с помощью компьютеризированного решения VoIP. Аналоговые телефоны до сих пор используются в целях резервирования и обеспечения непрерывности работы.
Информационные системы ЭМП	Информационные системы экстренной медицинской помощи (ИСЭМП) позволяют собирать административные (в том числе геолокации) и клинические данные, относящиеся к вызову. Посредством алгоритма ветвления это также позволяет оператору выполнять телефонную сортировку вызовов. Алгоритм может осуществить автоматическую отправку машин ЭМП, если это необходимо. Потенциальный курс действий включает в себя передачу вызова к врачу (для консультации или направления несрочных случаев) или оператору отправки.
Панель управления	Панель управления позволяет отслеживать состояние бригад ЭМП, отслеживать движения машин экстренной медицинской помощи в режиме реального времени, генерировать показатели использования и производительности и т. д.

Решение	Краткое описание
Аналитика	Мощная аналитика позволяет выполнять анализ на самом низком уровне дезагрегации (до уровня отдельных случаев) с помощью картографирования и других инструментов визуализации. Анализ может также использоваться в качестве инструментов поддержки принятия решений для принятия стратегических и оперативных решений, например, определить «горячие точки» для несчастных случаев и травм, определить необходимость в дополнительных подстанциях экстренной помощи и т. д.
Мобильные решения	Многие из решений панели управления также оптимизированы для мобильного использования. Кроме того, мобильное решение также позволяет сотрудникам центра осуществлять оперативную помощь в режиме реального времени с помощью видеоконференций. Эта функция также позволяет предоставлять услуги телемедицины в режиме реального времени.
Портальные решения	Одним из наиболее интересных компонентов информационной системы Центра экстренной медицины города Бишкек является портальное решение, которое позволяет пациентам иметь доступ к своей записи вызова, а также к обезличенным данным о деятельности Центра (103.gov.kg). ,

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 рации, планшетные ПК и мобильные телефоны.

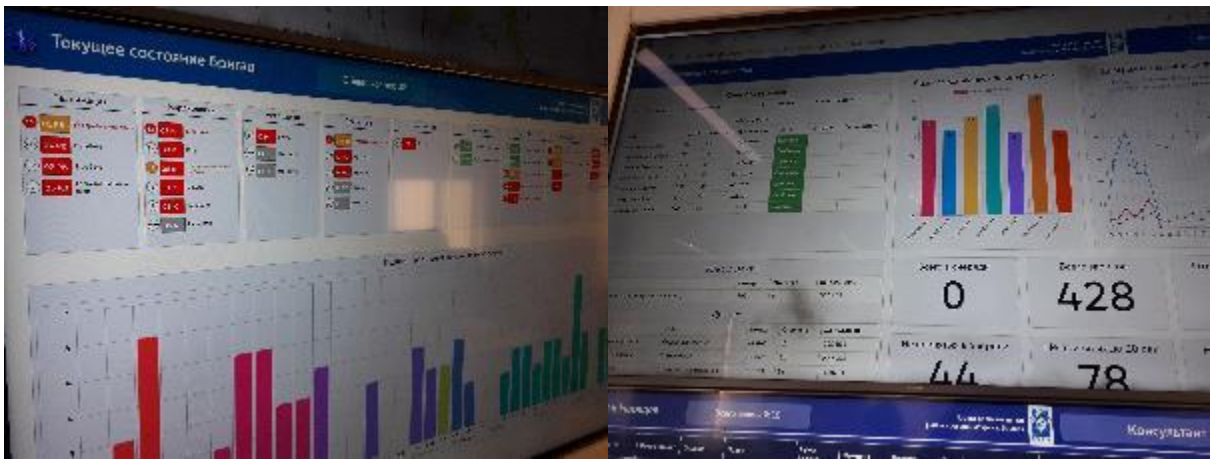


Рисунок 40: Панель управления в Центре управления и контроля

В настоящее время Центр управления и контроля обслуживает только город Бишкек, но его потенциал заключается в обслуживании гораздо более широких географических районов. Остальные проблемы связаны с отсутствием точных электронных карт (только основные дороги зарегистрированы в электронном виде), отсутствием точных данных о геолокации для входящего вызова, которые необходимо решить. Тем не менее, ИСЭМП Бишкека представляет собой современное решение, которое должно быть распространено на другие регионы Кыргызской Республики для улучшения координации и документирования вызовов и ответов ЭМП.

Резюме полученных результатов

- Основными результатами анализа ситуации являются следующие:

- В службе ЭМП в Кыргызстане отсутствует системный подход, который связан с отсутствием (центрального) координационного механизма / органа, влияющего на организацию и предоставление помощи.
- Недостаток ресурсов (финансовых, квалифицированных сотрудников, функционального и современного оборудования) серьезно снижает эффективность служб ЭМП.
- Отсутствие отделений экстренной медицинской помощи в ЦОВП, территориальных и областных больницах компрометирует реагирование на экстренные случаи. Отсутствие специализированных экстренных служб, таких как экстренные вмешательства при сердечно-сосудистых заболеваниях, представляет собой значительный разрыв.
- Принцип оказания медицинской помощи на дому должен быть заменен моделью, в которой цель состоит в том, чтобы лучше отбирать те случаи, которые требуют направления в центр для предоставления экстренной помощи.
- Отсутствие системного подхода также влияет на способность предоставлять адекватную экстренную медицинскую помощь, которая должна стать одним из элементов непрерывной медицинской помощи, начиная с профилактики и заканчивая реабилитацией - все это включено в многосекторное сотрудничество.

Несмотря на недостатки, после нескольких лет переходного периода и пилотирования в стране были созданы две передовые практики, которые демонстрируют многообещающие разработки.

1. *ЦЭМ г. Бишкек должен быть усилен, и его модель должна быть рассмотрена для других регионов страны.*
2. *Многопрофильные отделения ЭМП, которые были созданы в различных больницах. Воздействие должно быть тщательно оценено, чтобы увидеть, можно ли и как создать такие отделения во всех общепрофильных больницах страны.*

Рамки оптимизации

Подход к оптимизации службы ЭМП

ЭМП включает три основных направления: здравоохранение, общественное здравоохранение и общественная безопасность. В большинстве случаев эти три системы плохо выровнены, и их средства связи или координации друг с другом сильно ограничены. Подход к реформированию предоставления ЭМП должен охватывать две области:

- Регуляторная зона (см. «Способствующие факторы» ниже); и
- Зона предоставления услуг.

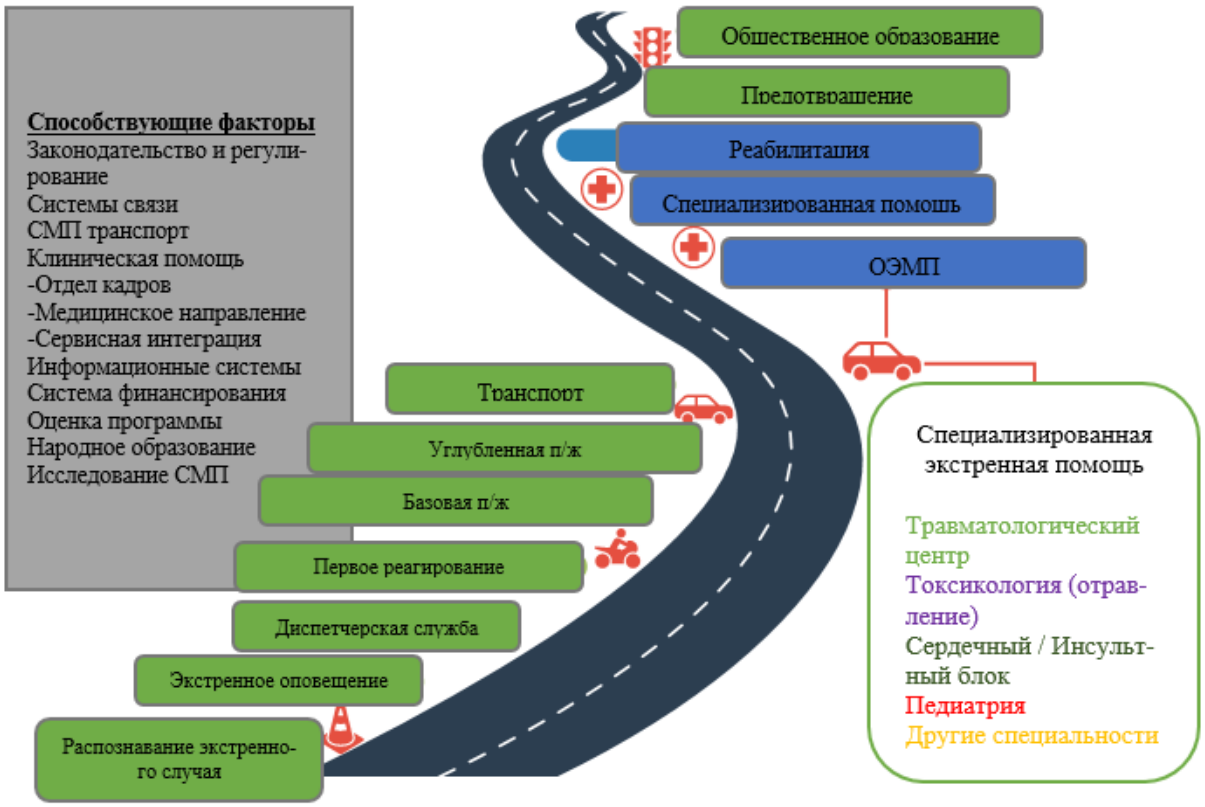


Рисунок 41: Концептуальная модель для создания рекомендаций

Сравнительные показатели

Системы ЭМП широко варьируются в зависимости от страны, так же, как и связанная статистика. Это, очевидно, связано с различиями в организации соответствующих систем здравоохранения, механизмами финансирования и доступными средствами, а также с географической доступностью, которая может в значительной степени различаться в разных странах. Тем не менее, приведенные ниже цифры могут дать некоторую ориентацию, определяя коридор, в котором каждая нация может и должна найти свое собственное решение.

Таблица 44: Справочные данные для служб ЭМП в отдельных странах

Страна	БПЖ	ППЖ	УПЖ	Время реагирования (мин)	Вызовы/1000	Авто/население
Кыргызстан	Нет	Нет	Нет	20 (Г)/40 (С)	133	1:36,000
Германия	Да	Нет	Да	10 – 15	100 - 120	1:20,000
Греция	Да	Нет	Да	n/a		
Литва	Да	Нет	Да	15 (Г)/30 (С)	250	1:18,000 (Г) / 1:16,000 (С)
США	Да	Да	Да	10 – 15	90 – 100	1:25,000 to 1:35,000
Казахстан				10 – 60	400	1: 10,000
Узбекистан				20	250	1:18,300
Армения	Да		Да	3-15 (Г)	166 (Г) / 128 (С)	1:30,000 (Г) / 1:20,000 (С)

Г/С	Городское/Сельское	БПЖ	Базовая поддержка жизнедеятельности
ППЖ	Промежуточная поддержка жизнедеятельности	УПЖ	Углубленная поддержка жизнедеятельности

Меры по улучшению

Создание отделений ЭМП

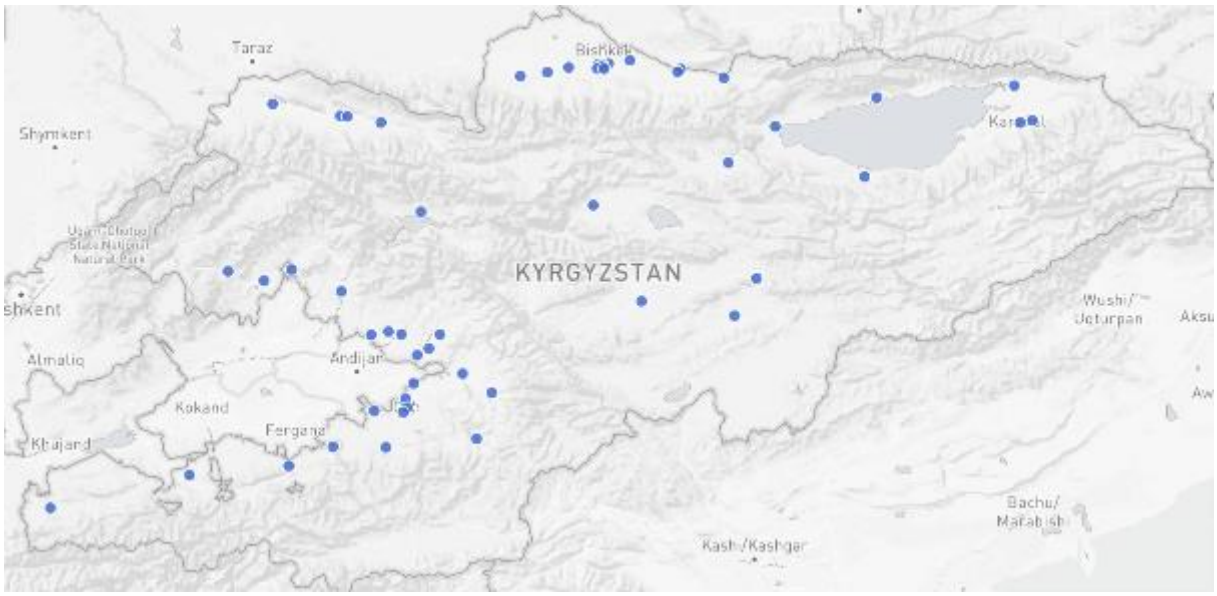


Рисунок 42: Размещение больниц общего профиля в Кыргызской Республике

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

Эта рекомендация была учтена при планировании развития сети больниц на областном уровне. Опыт реализации пилотных проектов с точки зрения потребностей в персонале, организационной структуры, интеграции и координации с другими подразделениями, клинических протоколов, а также мониторинга и оценки помощи, оказываемой в ОЭМП, поможет разработать рациональную и обоснованную концепцию. Конечно, региональные различия в доступе к экстренной медицинской помощи на уровне перенаправления не могут быть полностью устранены, но существующий разрыв между уровнем оказания помощи в ЭМП, предоставляемом в городских центрах Бишкек, Каракол и Ош, с одной стороны, и в остальной части страны, с другой стороны (что ведет к улучшению или снижению шансов на выживание в экстренной / хирургической ситуации) может быть смягчено.

Обновление парка и стандартизация оборудования

На момент нашей оценки (декабрь 2019 года) в эксплуатации находилось 293 машины скорой помощи, однако только 145 из них были моложе, чем 10 лет. Принимая во внимание текущее количество бригад, необходим парк из 185 автомобилей, что предполагает замену 40 автомобилей.

[Необходимо 185 машин скорой помощи] - [145 машин скорой помощи <10 лет] = [40 машин скорой помощи будут обновлены]

Используя цену в 50 000 долларов США за машину скорой помощи, общая сумма инвестиций, необходимых для создания подходящего парка, будет соответствовать 2 миллионам долларов США.

*[40 автомобилей] * [50 000 долларов США] = 2 000 000 долларов США*

Если предположить, что численность населения увеличится на 1,21%, для поддержания работоспособного парка потребуется приобретение около 2 машин ЭМП в год.

Рисунок 43: Расчетные инвестиции для удовлетворения потребностей в обновлении парка по годам

Чтобы оптимизировать доступ для сельских / отдаленных районов и сократить время реагирования, потребуется всего около 250 транспортных средств (1/25 000 жителей). Перераспределение персонала (где это возможно) может помочь в достижении этой цели без значительного увеличения затрат: два фельдшера (фельдшеры и / или квалифицированные медсестры) могут управлять машиной скорой помощи. Водителей можно обучить оказанию экстренной медицинской помощи и сделать санитарами. Другой возможностью является привлечение фельдшера / медсестры к машине. Навигационные системы могут облегчить эту задачу. ЭМП следует сосредоточить внимание на реальных экстренных ситуациях - следует отказаться от помощи на дому, предоставляемой специализированными машинами ЭМП (трудно координировать, слишком дорого, неэффективно). Врачи присоединяются только при необходимости в так называемой системе «рандеву» (система сближения).

Создание областных / национальных бригадно-контрольных центров

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 ЭМП

Рисунок 44: Источники финансирования ЭМП

Текущие механизмы финансирования

Операционные расходы на догоспитальную ЭМП покрываются различными бюджетами медицинского страхования, взносами местных органов власти и другими источниками. Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС) использует схему финансирования на основе затрат, которая состоит из фиксированной годовой суммы, выплачиваемой за каждую бригаду/команду. Эта сумма за 2018 год составила 586 000 сомов за бригаду.

Учитывая количество бригад в стране (738,5), ФОМС в настоящее время финансирует 432 761 000 сомов в год (примерно 6,2 млн. долларов США).

Органы местного самоуправления (которые являются владельцами автомобилей ЭМП) дополняют этот бюджет по мере необходимости. Однако этот источник финансирования зависит от наличия и одобрения избранных советов местных органов власти. В настоящее время только муниципалитет города Бишкек выделяет средства для целей ЭМП.

В течение 2018 года отчисление из Бишкекского городского совета составляли 13% от оперативного бюджета Бишкекского городского центра ЭМП. Другие источники финансирования включают вторичные доходы, такие как предоставление услуг ЭМП во время спортивных или культурных мероприятий и т. д. Ответственность за инвестиции несут либо Министерство здравоохранения (инфраструктура, расположенная в медицинских учреждениях или с ними), либо местное правительство. Точно так же только Бишкекской ЦЭМ получил средства на развитие ЭМП.

Проблема текущего финансирования, основанного на затратах, заключается в том, что оно не дает никаких стимулов для повышения эффективности и действенности системы ЭМП. Поэтому мы предлагаем обсудить и оценить политическую осуществимость альтернативных моделей финансирования.

Альтернативные методы финансирования

Альтернативные методы финансирования могут основываться на следующих принципах:

- Модифицированный метод оплаты на основе затрат, при котором ФОМС будет выплачивать единовременную комиссию в зависимости от обслуживаемого населения (с учетом текущего бюджета это будет соответствовать ≈1 долл. США на душу населения) и добавит бонус в размере 10-20% на основе о достижении ключевых показателей эффективности, таких как сокращение времени отклика, сокращение доли ненужных посещений на дому, смертность от случаев ЭМП в период между вызовом и в первые 2 часа после вызова и т. д.
- Плата за систему обслуживания, где оплата производится за вызов, и фактическое обслуживание, предоставляемое пациенту 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 / ложную помощь
- 1500 сомов для транспортировки пациента в больницу

Опять же, этот расчет основан на текущем бюджете и объемах услуг, предоставляемых в разных категориях, чтобы убедиться, что система ЭМП получит те же деньги, которые они в настоящее время получают посредством бюджетного подхода. Однако 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 машины ЭМП предлагают свои услуги в последней категории по сходной 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 (поскольку они обеспечат более высокие доходы). Другой фактор смягчения может быть связан с расстояниями, то есть более низкие сборы будут выплачиваться в Бишкеке, а более высокие сборы будут выплачиваться в сельских районах, где большие расстояния приводят к более высоким затратам. Мониторинг ЭМП и электронные карты могут помочь определить расстояния стандартным способом и избежать 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 ненужных посещений на дому и транспортировки в больницу). Однако оба предложенных подхода требуют реорганизации ЭМП в качестве независимой (публичной/парагосударственной 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.

Дополнительные потребности в финансировании

Расчет дополнительных потребностей в финансировании выходит за рамки этого задания по генеральному плану. Однако дополнительные финансовые ресурсы необходимы для расходов, связанных с:

- Количеством машин ЭМП, необходимых для обеспечения достаточного покрытия
- Создание областных командных и контрольных центров
- Расширение учебной программы для медицинского и немедицинского персонала.
- Проведение общественных информационных и образовательных кампаний.
- Внедрение специализированных программ экстренной медицинской помощи (например, лечение острого инфаркта миокарда или цереброваскулярного инсульта).
-

Краткое содержание рекомендаций

Краткосрочные рекомендации (2020-2022)

- Разработать структуру управления, включая центральный орган для регулирования и координации предоставления ЭМП на национальном уровне.
- Обеспечить круглосуточное обслуживание для всех районов путем реорганизации бригад ЭМП (два обученных фельдшера / медсестры на бригаду; водителей, которые будут обучены, чтобы стать санитарами, врачей следует включать только по требованию в зависимости от оценки вызова или ситуации, обнаруженной на месте вызова)
- Реорганизовать пункты ЭМП (см. ниже) и систематически создавать междисциплинарные ОЭМП во всех общепрофильных больницах (территориальных, областных, республиканских) для обеспечения рационального использования ресурсов и адекватного охвата.
- Содействовать стандартизации системы приема вызовов (112), включая процедуры сортировки и первого ответа (в соответствии с международно-признанными СОП), через национальную систему ИСЭМП и создание областных центров приема вызовов и управления.
- Усилить подготовку медицинского персонала для обеспечения надлежащей помощи, оказываемой через систему ЭМП.
- Пересмотреть нормативы и распоряжения в отношении ЭМП, чтобы можно было осуществить предлагаемую реформу; Реорганизовать ответственность за финансирование пунктов ЭМП и транспортных средств, чтобы обеспечить наличие достаточных средств как для капитальных, так и для операционных расходов.
- Ввести подушевое финансирование с бонусными выплатами для достижения ключевых показателей эффективности и постепенно увеличивать объем средств, доступных в настоящее время для системы ЭМП.
- Повышение осведомленности общественности и привлечение добровольцев («лиц первого реагирования»), чтобы стать частью системы ЭМП.
- Доработать и утвердить план реализации реформы и объединить усилия по оптимизации ЭМП с другими партнерами по развитию, включая ГИЗ.

Среднесрочные рекомендации (2023-2026)

- Реорганизовать службу ЭМП, чтобы стать независимой организацией, предоставляющей услуги (государственное агентство, неправительственная некоммерческая организация, компания).
- Изучить коэффициент охвата населения на основе информации, полученной из общенациональной системы ИСЭМП (цель - 1 работающая единица ЭМП на 20 000 жителей).
- Продолжить реорганизацию и распределение пунктов ЭМП на основе информации, полученной из общенациональной системы ИСЭМП.

Долгосрочная рекомендация (2026-2035)

- Постепенно увеличивать финансовые ресурсы, доступные для службы ЭМП, и внедрять новую модель службы ЭМП в Кыргызской Республике.

Дорожная карта

Следуя рекомендациям в предыдущем разделе, предлагается дорожная карта, охватывающая две сферы: нормативно-правовую базу и сферу предоставления услуг.

Таблица 45: Управление, организация и нормативно-правовая база службы ЭМП

Сфера	Рекомендации	Период
Система управления	Создать механизм управления (департамент МЗ, межотраслевой комитет и т.д.) для управления реагированием службы ЭМП на национальном уровне. В состав комитета должны входить представители других областей, таких как готовность к стихийным бедствиям, транспорт, местное самоуправление, оборона, полиция и т. д.	2020
	Провести процесс консультаций с политиками, менеджерами здравоохранения, специалистами служб ЭМП и партнерами по развитию, чтобы определить наиболее выполнимую модель организации служб ЭМП в Кыргызской Республике с учетом различных моделей. Добиться консенсуса по модели, которая учитывает специфику Кыргызской Республики и разработать план работы и дорожную карту по ее реализации.	2020
Нормативно-правовая база	Пересмотреть нормативно-правовую базу ЭМП в поддержку запланированной реформы	2020
	Создать приказ МЗ о создании отделений экстренной медицинской помощи во всех больницах	2020
	Создать приказ МЗ о реорганизации службы ЭМП на основе модели ЦЭМ города Бишкек	2020
	Разработка клинических руководств и протоколов для различных процессов (электронная консультация и сортировка, отправка, догоспитальная помощь, стационарная помощь, помощь после выведения из экстренного состояния и т. д.)	2020-2022
Развитие человеческих ресурсов	Обзор критериев и программ для обучения, переподготовки и непрерывного профессионального развития (НПР) всех специалистов службы ЭМП	2020-2021
	Определить учебные заведения и организации, способные проводить обучение и НПР , и оказывать им поддержку в разработке учебных программ.	2021-2022
	Укрепление и поддержка учебных помещений и условий	2021-2023
	Обеспечить обучение, переподготовку и программы НПР в области ЭМП на основе стандартизированных программ и учебных планов	2022 и далее
Информационные системы	Продолжить тестирование и дальнейшее развитие ИСЭМП Бишкекского Центра экстренной медицины.	2020 и далее
	Расширить модель города Бишкек в городах Ош и Каракол	2020-2021
	Определить и внедрить подход для общенациональной реализации	2021-2022

Сфера	Рекомендации	Период
Финансирование	Рассчитать общие затраты на поддержание интегрированной системы ЭМП и распределить расходы между национальным и местным правительством	2020-2021
	Рассмотреть роль ФОМС в финансировании предоставления ЭМП на основе рекомендаций этого отчета	2021
	Определить стоимость различных специализированных услуг, оказываемых в чрезвычайных ситуациях (таких как ЧКВ / АКШ, эмболизация при геморрагическом инсульте и т. д.)	2021-2022
Оценка программы	Создать основу для постоянного мониторинга и оценки эффективности предоставления ЭМП (см. Список рекомендуемых ключевых показателей эффективности).	2020-2021
Общественная информация и образование	Разработать и предоставить общественные информационные и образовательные программы, касающиеся процессов обращения за экстренной медицинской помощью (номера экстренных служб, различие между экстренной помощью, незначительными и основными чрезвычайными ситуациями и т. д.)	2021 и далее
	Разработка и реализация образовательных программ по раннему выявлению катастрофических событий в области здравоохранения (инсульт, ОИМ и т. д.) и других экстренных состояний	2021 и далее
	Разработка онлайн и электронных ресурсов для предоставления образовательного контента широкой публике и целевой аудитории	2022 и далее

Таблица 46: Рекомендации по предоставлению ЭМП

Сфера	Рекомендации	Время
Распознование экстренной ситуации	См. «Общественная информация и образование» в предыдущем разделе.	2021 и далее
Экстренное уведомление	Внедрить централизованную систему вызовов, просто набрав «103» (универсальный номер службы ЭМП)	2021
Управление вызовами	Мобилизовать ресурсы, создать Центр управления и контроля и внедрить модель диспетчеризации на базе Бишкекского городского ЦЭМ в Оше и Караколе.	2020-2021
	Расширить модель городов Бишкек, Ош и Каракол для охвата всей страны	2020-2022
Учебная программа для	Предложить, достичь консенсуса и разработать модель ЭМП, которая будет препятствовать оказанию плановой помощи первичного уровня через службу ЭМП	2020-2022

Сфера	Рекомендации	Время
лиц, оказывающих догоспитальную ЭМП	Разработать учебные программы для различных участников (фельдшеров, медсестер, водителей машин скорой помощи) на основе международно признанных моделей, таких как БПЖ, УПЖ, ППЖ, поддержка жизнедеятельности при травмах, педиатрии и т.д.). Любая модификация / адаптация в соответствии с кыргызскими стандартами должна основываться на фактических данных и держаться на минимуме.	2021-2022
	Проведение программ обучения тренеров (ТОТ)	2021-2022
	Предоставить общенациональные учебные программы для конечных пользователей	2022 и далее
Связь и транспорт	Перепроектировать систему пунктов ЭМП, чтобы обеспечить оптимальное покрытие на основе предварительно определенных стандартов и ориентиров	2020
	Интеграция пунктов ЭМП с больничными / интегрированными сетями предоставления услуг (ИСПУ)	2020-2021
	Обновление парка автомобилей скорой помощи для обеспечения оптимальных условий транспортировки (см. Предполагаемое сотрудничество с Российской Федерацией)	2020-2021
	Определить стандарты на оборудование, устройства и расходные материалы для машин ЭМП различных категорий.	2020
	Поставка автомобилей ЭМП со стандартными комплектами оборудования и расходных материалов	2020-2023
Сеть, лиц первого реагирования	Принимая во внимание географические особенности Кыргызской Республики, обсудить и разработать модель «лиц первого реагирования», которая будет включать медицинский и немедицинский персонал, который может добраться до пациента быстрее, чем бригада ЭМП	2020
	Проводить обучение для тех, кто оказывает первую помощь (милиция, водители, медсестры и фельдшеры, граждане-добровольцы и т. д.), включая подготовку тренеров и каскадные тренинговые программы	2021 и далее
	Интегрировать сеть «лиц первого реагирования» в ИСЭМП. Например. мобильное приложение, которое отправляет автоматические уведомления, когда возникает необходимость вмешательства в непосредственной близости от местоположения такого обученного лица.	2022 и далее
	Рассмотреть вопрос об оказании экстренной помощи (незначительные чрезвычайные ситуации) врачами ЦСМ / ЦОВП / ГСВ, включая врачей, медсестер и фельдшеров, на основе мо-	2020 и далее

Сфера	Рекомендации	Время
	дели 24/7 для более крупных населенных пунктов и концепции «по вызову» для более мелких; разработать схему финансирования и стимулирования такой практики	
Реагирование больниц	Создание отделений экстренной медицинской помощи во всех республиканских, областных и территориальных больницах общего профиля, а также в соответствующих специализированных больницах	2020-2025
	Разработать, утвердить и внедрить Руководства по клинической практике (РКП) и протоколы лечения для оказания помощи ЭМП, включая оказание помощи после выведения из экстренного состояния и реабилитацию	2020-2022
	Обучить сотрудников, оказывающих ЭМП, и начать внедрять клинические руководства и протоколы	2020 и далее
Специализированные службы ЭМП	Инициировать экстренную ЧКВ / АКШ в городе Бишкек и в двух областях	2020
	Разработать программу вмешательства при инсульте на основе модели централизованной координации	2020
	Разработка концепций, программ и планов внедрения дополнительных специализированных услуг ЭМП	2020 и далее

Мониторинг и оценка

Мы рекомендуем ввести ключевые показатели эффективности, охватывающие аспекты структурного качества (внутренняя структура, оборудование, персонал), качество процесса (руководящие принципы, протоколы и соответствие клинической практики стандартным операционным процедурам, доступным через международные организации), а также результаты (снижение смертности). Целевые показатели должны быть определены на основе текущей ситуации и реалистичных целей.

Таблица 47: Ключевые показатели эффективности (КПЭ) для догоспитальной ЭМП

Тип КПЭ	Область фокусировки	Примеры КПЭ
Структурное качество	Структурные компоненты ЭМП • Инфраструктура и оборудование • Персонал	• Пункты ЭМП / 100 000 населения • Обслуживаемое население / машина ЭМП • Сотрудники ЭМП (бригады) / 100 000 населения
Процесс	Инструменты и наборы для улучшения процессов и результатов	• Наличие клинических протоколов • Соблюдение клинических протоколов • Время реагирования

Тип КПЭ	Область фокусировки	Примеры КПЭ
		• Доля посещений на дому
Результат	Результаты в отношении здоровья для случаев ЭМП	• Смертность в течение первых 2 часов после звонка • Степень удовлетворенности пациентов (опрос)

Цифровая ИСЭМП, которую использует ЦЭМ г. Бишкек, позволяет рассчитывать важные КПЭ, такие как время отклика на основе уровня сортировки для каждого случая, типа аварийной ситуации и т.д.

Таблица 48: Ключевые показатели эффективности для ЦЭМ г. Бишкек

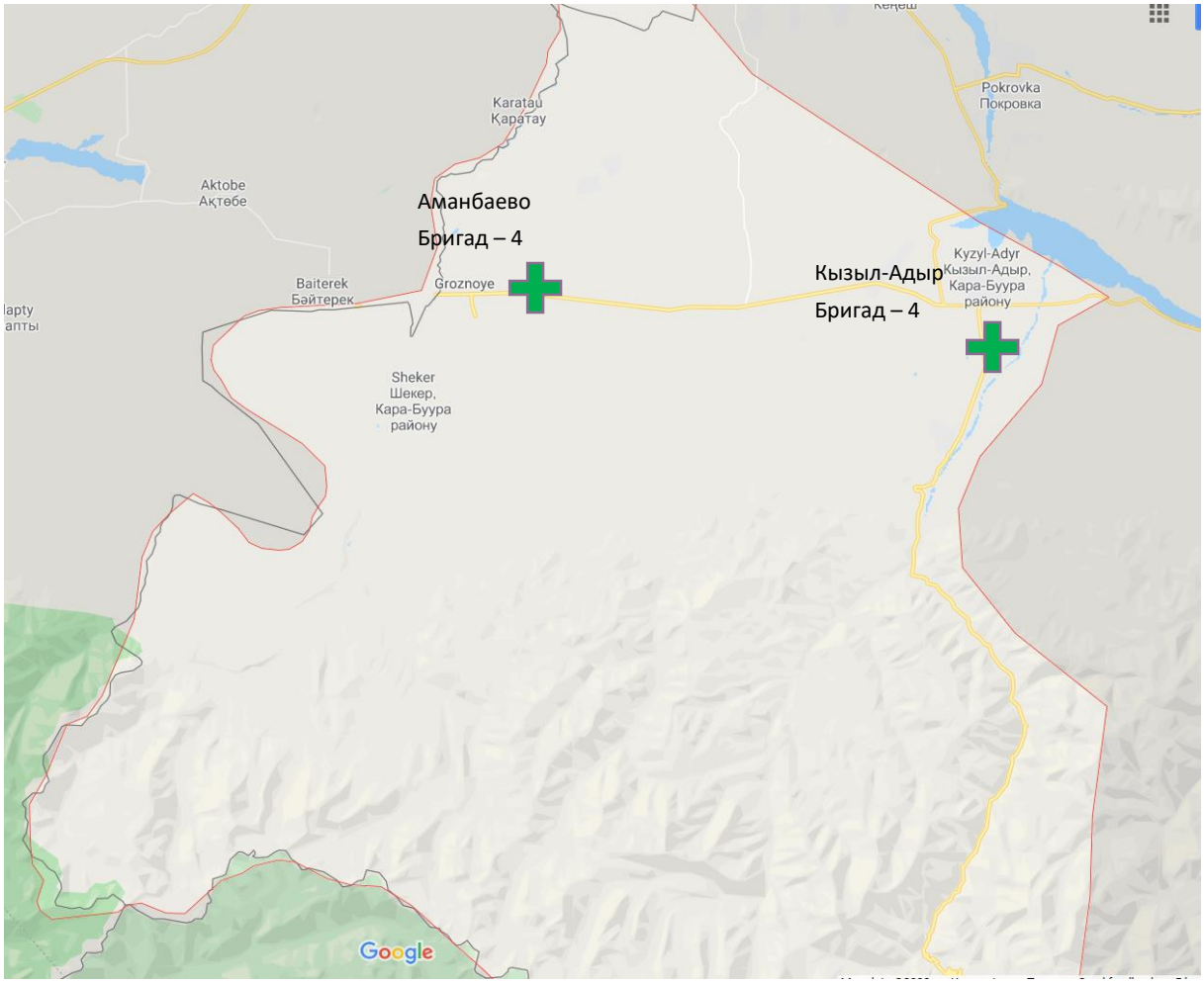
Экстренная медицинская помощь				
Уровень сортировки	**< 20 мин**	**21-60 мин**	**>60 мин**	**Всего**
Категория 1	36.30%	47.35%	16.35%	100.00%
Категория 2	26.82%	44.81%	28.37%	100.00%
Категория 3	27.17%	46.69%	26.14%	100.00%

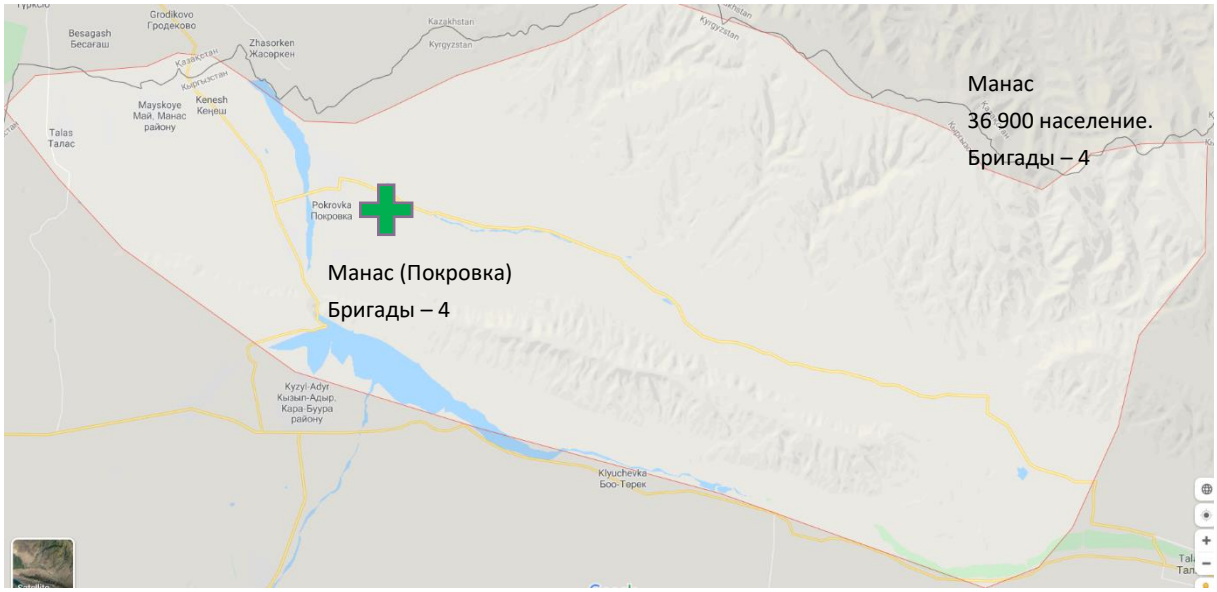
Несчастные случаи				
Категория	**< 20 мин**	**21-60 мин**	**>60 мин**	**Всего**
Несчастные случаи	82.37%	16.85%	0.78%	100.00%

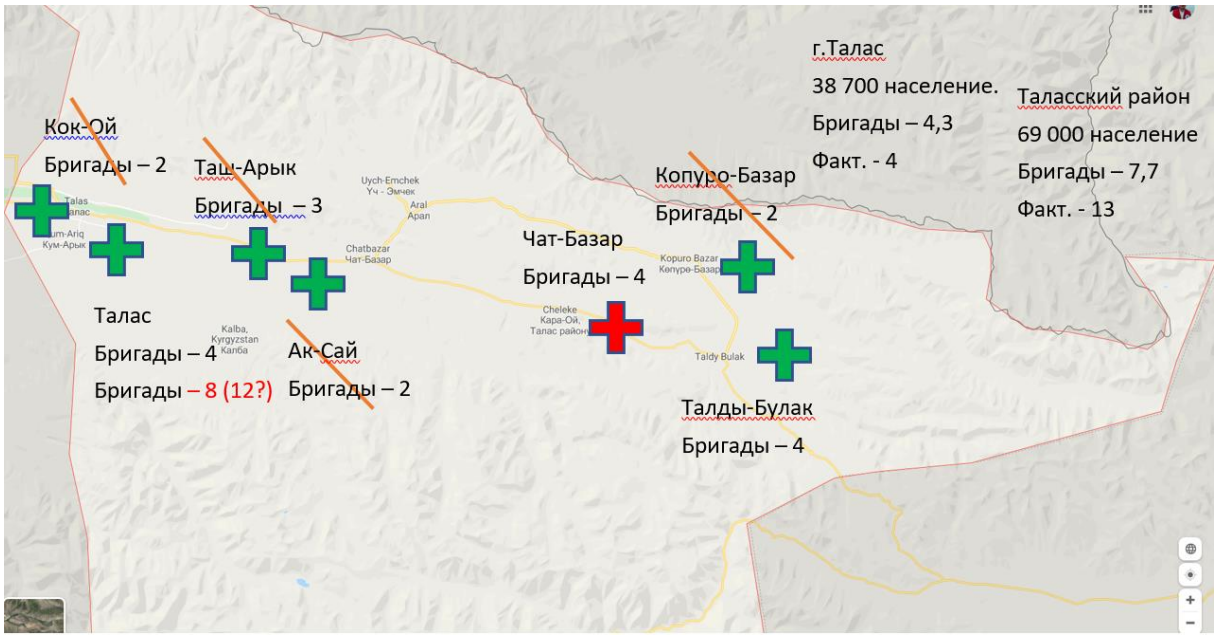
Рекомендуемый план рационализации для пунктов ЭМП

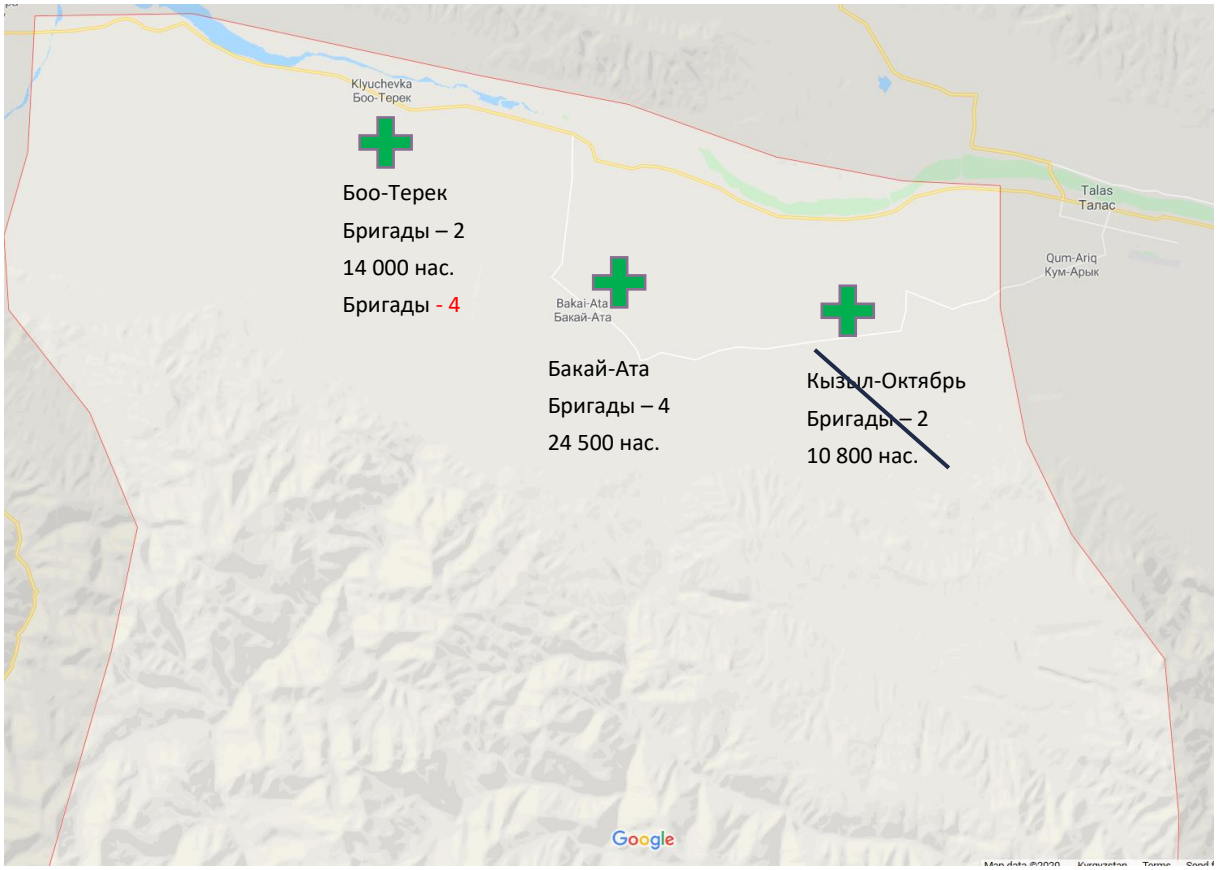
Следующие карты показывают в качестве примера более рациональную организацию пунктов ЭМП в Таласской области:

Кара-Бууринский район; население: 67 000 человек; Бригады ЭМП: 8






г.Талас
38 700 население.
Бригады – 4,3
Факт. - 4
Талласский район
69 000 население
Бригады – 7,7
Факт. - 13
Кок-Ой
Бригады – 2
Таш-Арык
Бригады – 3
Копуро-Базар
Бригады – 2
Чат-Базар
Бригады – 4
Талас
Бригады – 4
Бригады – 8 (12?)
Ак-Сай
Бригады – 2
Талды-Булак
Бригады – 4


Боо-Терек
Бригады – 2
14 000 нас.
Бригады - 4
Бакай-Ата
Бригады – 4
24 500 нас.
Кызыл-Октябрь
Бригады – 2
10 800 нас.
Google

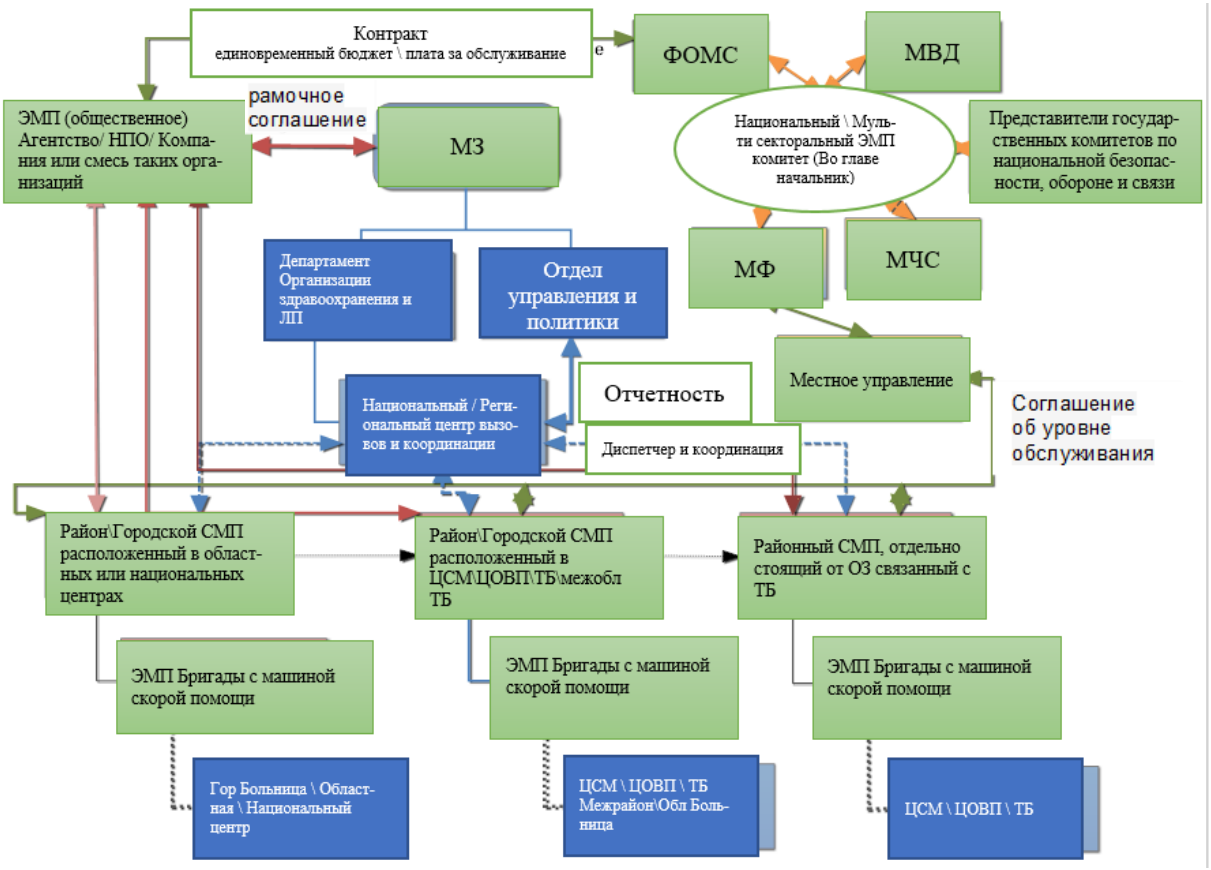
Предлагаемая структура системы ЭМП

Предлагаемая структура состоит из трех основных элементов:

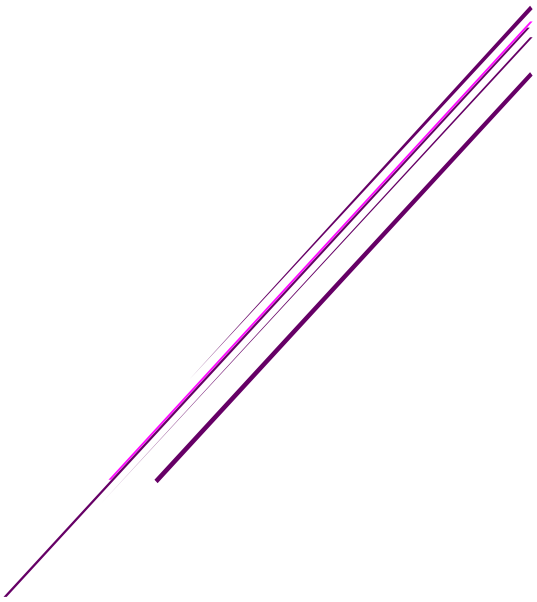
1) Уровень управления с Национальным многоотраслевым координационным комитетом, в котором представлены соответствующие органы власти. Этот уровень отвечает за:
    a. Определение норм и стандартов для обеспечения ЭМП (например, население/бригады)
    b. Определение показателей и критериев оценки качества и эффективности
    c. Распределение бюджетов для финансирования службы ЭМП
2) Управленческий уровень (МЗ), ответственный за
    a. Определение стандартов рабочих процедур
    b. Мониторинг и контроль субъектов, оказывающих ЭМП (результативность и качество услуг)
    c. Организация и управление системой приема вызовов и координации
3) Операционный уровень - государственные и / или частные организации, предоставляющие услуги - ответственные за
    a. Содержание подразделений ЭМП, бригад и машин
    b. Внедрение мер по обеспечению качества и улучшению

1. Отчетность перед заказчиком (включая выставление счетов и учет)

Рисунок 45: Предлагаемая структура системы службы ЭМП



6 ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



6 ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

6.1 Расходы на здравоохранение

Основные источники финансирования здравоохранения в Кыргызской Республике: Республиканский бюджет; Фонд Обязательного Медицинского Страхования (ФОМС), наличные платежи (карманные расходы населения), и внешние источники финансирования (ОПР).

6.1.1 Государственные расходы

Государство расходует на здравоохранение 13% от бюджетных средств. Взносы ФОМС оставались низкими (в основном выплачивались работниками государственного сектора с небольшими доходами). Несмотря на юридическое обязательство работодателей платить в ФОМС, люди с более высокими доходами не вносят вклад в систему медицинского страхования.

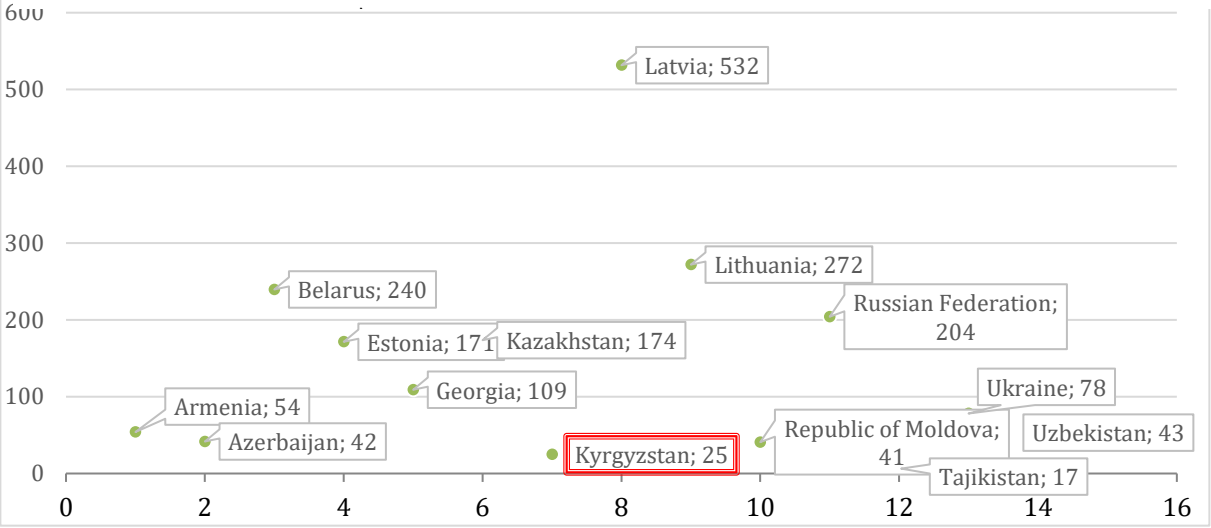
Заработная плата составляет более 70% бюджета здравоохранения. Несмотря на то что затраты на заработную плату выросли и продолжают расти, зарплаты врачей и, среднего медицинского персонала, как на первичном уроне, так и в стационарных организациях еще не достигают уровня средней заработной платы в стране. По-прежнему расходы на капитальные вложения составляют низкую долю в структуре Общих государственных расходов на здравоохранение(ОГРЗ).

Количество средств, выделяемых для сектора здравоохранения, во многом зависит от экономической ситуации. Доля государственных расходов на здравоохранение должна составляет не менее 5% ВВП (ВОЗ). В 2017 году государственные расходы на здравоохранение в Кыргызстане составляли 3,1% ВВП или 25 долларов США на душу населения. Наличные платежи (карманные расходы населения) составили 44 доллара США на душу населения.

Более 60% средств, расходуемых 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 неэффективно.

Рисунок 46: Расходы на здравоохранение в текущих долларах США на душу населения, Кыргызстан 2000 - 2017

Таблица 49: Государственные доходы, выделяемые на здравоохранение (текущие цены в долларах



Механизмы финансового планирования и распределения средств не ориентированы на потребности / результаты, и в значительной степени определяются на основе предыдущих бюджетов, которые использовались для финансирования существующей сети организаций здравоохранения.

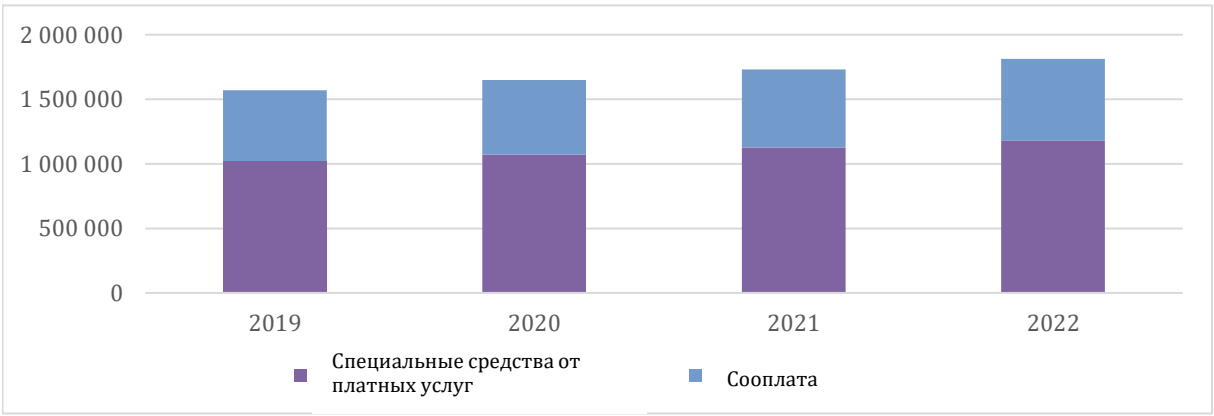
Еще одна проблема связана с объемом внешних долгов правительства, это затрудняет финансирование капитальных расходов для здравоохранения. Все эти факторы ограничивают финансовые возможности правительства в финансировании здравоохранения и системы.

6.1.2 Частные расходы на здравоохранение

В структуре ОГРЗ основном доминируют частные расходы на здравоохранение (ЧРнЗ), которые с 2000 по 2014 год демонстрируют устойчивую тенденцию к росту, прерванную только финансовым кризисом в 2008-2009 годах.

Обычно в странах с системой обязательного страхования и системой единого плательщика расходы частных домохозяйств составляют в среднем 20-30% от суммы ОГРЗ

Рисунок 47: Структура частных, наличных платежей (в сомах)



Приблизительно 40% расходов из кармана частных домохозяйств приходится на приобретение лекарств. Несмотря на то, что НДС на лекарства был снижен, удешевление лекарств не произошло. Сооплата была введена для тех пациентов, застрахованных ФОМС, с целью: сокращения

неофициальных платежей медицинскому персоналу, особенно за хирургические вмешательства, и ограничение запросов пациентов на ненужные услуги за счет страховых средств, и 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 расходы ЧРнЗ (включая как наличные платежи и неформальные платежи) все продолжают оставаться значительными. С другой стороны, оплата наличными платежами за медицинские услуги, несмотря на недостаточность нормативно-правовой базы и финансирования, а также технического контроля, способствовала внедрению новых медицинских технологий и способствовала снижению хронического дефицита бюджета.

6.2 Реформы системы финансирования здравоохранения

Ряд проведенных реформ позволили более эффективно использовать имеющиеся финансовые ресурсы:

- Внедрение системы обязательного медицинского страхования для мобилизации дополнительных ресурсов для покрытия пакета услуг, гарантированного государством (ПГГ), и для защиты населения от финансовых рисков, связанных с расходами на здравоохранение.
- Внедрение системы единого плательщика с одним финансовым пулом на национальном уровне.
- Формальное (еще не реализованное) введение основанных на конкретном случае (ориентированных на результат) платежей для больниц (за стационарные услуги).
- Введение системы подушевого финансирования первичной медико-санитарной помощи, а также
- Переход от постатейного бюджета к общему бюджету для организаций здравоохранения.

6.3 Механизмы закупок и выплат

6.3.1 Закупки услуг

Для обеспечения рационального использования ограниченных ресурсов в 2003 году была введена система «Единого плательщика», а бюджет здравоохранения стал централизованным. Организации здравоохранения заключают договора с территориальными отделениями ФОМС. Следующие показатели стали использоваться для взаимных расчетов между Поставщиками и Единым плательщиком медицинских услуг:

Больницы: Базовая ставка для каждого случая составляла 8 088,00 сомов с поправками, например: для питания (в среднем 73 сома) и лекарства (160 сомов).

· ПМСП(+стоматологическая помощь): подушевой норматив (ЦСМ / ГСВ: 492 сома, стоматологические услуги 141 сом).

Наличные платежи все еще поддерживают предоставление дорогостоящих услуг, таких как компьютерная томография и МРТ, хирургическое вмешательство и т.д. Неотложные медицинские услуги (ЭМП) предоставляются всем гражданам бесплатно, включая предоставление лекарств и ИМН (смотрите соответствующие главы отчета).

К сожалению, ФОМС не располагает сильными инструментами воздействия для заключения договоров. Большинство Поставщиков итак являются государственными ОЗ, работающими под управлением МЗ и обязанными заключать договора.

Большинство больниц продолжают получать бюджет только для покрытия фактических расходов, и оплата услуг за пролеченный случай с использованием КЗГ. 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.

Кроме того, поступления от со-оплаты и наличных платежей включены в бюджет больницы, что ограничивает возможность получения большего размера дохода, поскольку при превышении сумм, установленных в бюджетном плане, что, в свою очередь, потребует внесения изменений и в финансовые документы, дополнительные переутверждения планов и т.д.

Механизмы укрепления стратегических закупок медицинских услуг как у государственных, так и у частных поставщиков находятся на ранней стадии разработки и требуют дальнейшего совершенствования.

6.3.2 Закупка товаров

Проведенные аудиты организаций здравоохранения, оказывающих медицинские услуги, выявили значительное количество проблем с закупкой товаров, большинство из которых относится к области лекарств и ИМН, где закупочные цены на тот же продукт варьировались верх примерно на 30%.

6.3.3 Диагностические услуги

Вторая по величине доля наличных выплат от населения приходится на диагностические услуги. Существенные различия (200-500%) наблюдаются между стоимостью покрытия утвержденной ФОМС и стоимостью, запрашиваемыми 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 такие прайс-листы можно и нужно пересматривать, чтобы гарантировать населению более справедливые цены.

6.3.4 Человеческие ресурсы

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 продолжает оставаться низкой, отчасти потому, что повышение заработной платы поглощается растущей инфляцией. Заработная плата врачей составляет всего 78% от средней суммы по стране, а для молодых врачей и для среднего медицинского персонала она еще намного ниже. Это одна из основных причин популярности неофициальных платежей. Следует также отметить, что фонд заработной платы больницы определяется на основе прошлогодних расходов. Что касается уровня заработной платы на уровне ПМСП, система не учитывает рабочую нагрузку: обслуживание населения в 1000 или 1500 человек не имеет значения, поскольку в обоих случаях врачи получают одинаковую заработную плату.

6.4 Предлагаемые изменения в финансирование системы здравоохранения

6.4.1 ПМСП и УМП как основная концепция

Кыргызстан нацелен на предоставление комплексного пакета медицинских услуг с особым акцентом на ПМСП. Учитывая новые проблемы, которые возникли в последние десятилетия, такие как (i) рост распространенности хронических заболеваний (артериальная гипертензия, диабет, астма и ХОБЛ), (ii) увеличение (лекарственно-устойчивого) туберкулеза, (iii) рост дорожно-транспортных происшествий (ДТП) и (iv) растущее количество пациентов с психическими заболеваниями, включая лечение и профилактику злоупотребления алкоголем и наркотиками.

Концепция универсального медицинского покрытия (УМП) имеет достаточно широкую перспективу. ВОЗ определила как:

> *«Обеспечение того, чтобы все люди могли пользоваться необходимыми им нужными для этого профилактическими, лечебными и реабилитационными медицинскими услугами достаточного количества и необходимого качества для обеспечения их эффективности, а также обеспечение того, чтобы использование этих услуг не подвергало пользователя финансовым затруднениям».”*[1]

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.

6.4.2 Первый шаг: Рационализация

- Существуют цели повышения эффективности распределения ресурсов («выбирать правильные решения») и технической эффективности («делать правильные шаги»). Некоторые из следующих вопросов являются общими практически для всех стран, в то время как другие характерны только для Кыргызстана:
- *Устойчивая структура бюджета.* Суть эффективности распределения ресурсов заключается в способности быстро перемещать ресурсы туда, где они будут оказывать более сильное влияние. А более жесткие бюджетные линии и связанные с ними правила ограничивают возможность перераспределения ресурсов.
- *Система и культура управления.* В Кыргызстане по-прежнему существует культура «подчинения и контроля», а не «управления для достижения результатов», хотя ситуация немного 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 потребует обучения и постоянного наращивания потенциала.
- *Необоснованные платежи.* Врачи получают дополнительную оплату за пациентов, находящихся в больнице три дня и более. ЮНИСЕФ и ФОМС экспериментировали с

[1] http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/index.html (11 ноября, 2019)

другой системой оплаты в пяти больницах и смогли значительно сократить показатель СПП, особенно для детей.

- *Медицинские работники.* Несмотря на приемлемое соотношение врачей / 1000 человек населения, их географическое распределение 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.
- *Качество.* 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.
- *Связь результатов с затраченными ресурсами.* Мало усилий тратится на сбор и отслеживания использования ресурсов при различных вмешательствах. Поэтому трудно связать затраты-выгоды в причинно-следственной цепочке в связке с годовыми бюджетами или среднесрочными рамками расходов.
- *Закупки*. Большое количество времени администрация ОЗ тратит на процессы закупок: основная причина неэффективности как для поставщиков товаров, так и для МЗ.
- *Слабая целеориентированность*. Более ранние исследования (например, независимые среднесрочные обзоры) пришли к выводу, что эффективность расходов на ПГГ была неоднозначной, потому что: (а) она не всегда использовалась для наиболее экономически эффективных мероприятий проводимых первичной медико-санитарной помощью; и (б) это не оптимально для тех, кто больше всего нуждался в финансовой поддержке.

6.5 Стратегии обеспечения устойчивого финансирования плана оптимизации

6.5.1 Актуальность

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. Следовательно, предполагаемая реформа системы здравоохранения, направленная на улучшение предоставления услуг с точки зрения доступности и качества, должна быть подкреплена изменениями в системе финансирования.

В следующих параграфах обобщены ключевые элементы стратегического подхода к реформе системы финансирования здравоохранения Кыргызстана:

1) Анализ существующих источников финансирования для обеспечения и расширения финансовой базы, связывая ее со стилем управления.

2) Улучшение механизмов возмещения расходов поставщиков медицинских услуг, чтобы были ориентированными на результат / результаты

3) Создание Фонда развития инфраструктуры здравоохранения (ФРИЗ) для эффективного управления потребностями в капиталовложениях.

4) Содействие интегрированной модели оказания медицинской помощи с целью повышения эффективности использования ресурсов.

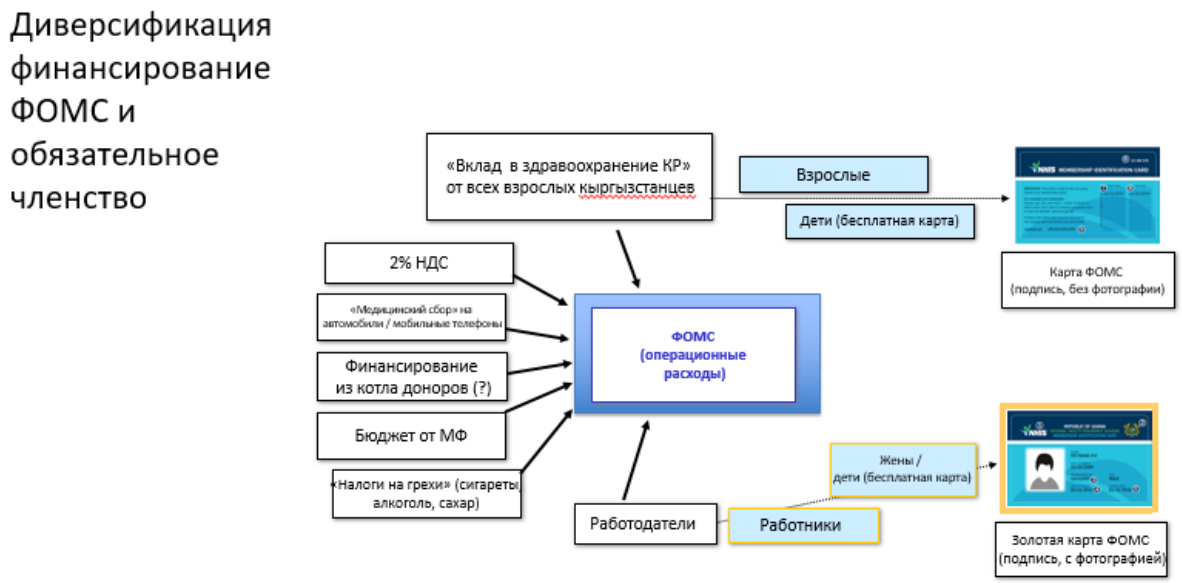
5) Создание Совета по политике здравоохранения для инициирования скоординированных усилий по созданию устойчивой системы финансирования здравоохранения, обеспечивающей доступ к качественной медицинской помощи для всех граждан.

6.5.2 Обзор финансовых источников

Предусматриваемая реформа здравоохранения, должна быть устойчивой, и требовать дополнительного финансирования. Система финансирования здравоохранения должна обеспечивать доступность средств при использовании схем возмещения расходов 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 государственные медицинские услуги независимо от правительства / Министерства здравоохранения, которые так же должны быть еще более усилены.

Рисунок 48: Финансирование ФОМС



Взносы официально застрахованных занятых лиц не позволяют поддерживать предоставление услуг всему остальному населению, являющему наибольшим неформальным сектором в стране. Поэтому предлагается ввести обязательный взнос на ОМС для всех граждан страны и предусмотреть как можно больше источников дохода:

Взносы должны быть получены от ВСЕХ взрослых лиц, занятых не охваченных ОМС, с тем чтобы они имели право на получение затем пособий. Отказы могут быть введены только для бедных. В 2018 году население Кыргызстана составляло около 6,3 миллиона человек, 62% из которых в трудоспособном возрасте. Отчисления по ОМС производят около 500 000 человек и сумма составляют 2,4 млрд.сомов. Потенциальное количество людей оплачивающих ОМС составляет 2,4 млн человек. При средней ставке взноса в размере 50%, дополнительные доходы могут достигнуть до 6 млрд сомов.

Процент от НДС. Мы предлагаем использовать два процентных пункта НДС для целей медицинского страхования. Это будет целевой налог, предназначенный для финансирования системы здравоохранения.

Введение налога «на роскошь». В настоящее время в Кыргызстане зарегистрировано около 1,5 млн.автомобилей. Ежегодный налог на эти автомобили в размере 1000 сомов приведет к получению 1,5 млрд.сомов в год. Учитывая значительное количество травм и увечий из-за дорожно-транспортных происшествий и загрязнения воздуха, такой налог на здоровье вполне оправдан. Кроме того, Кыргызстан имеет 7,2 млн.абонентов мобильных сетей (у многих людей есть два номера). Налогообложение на использование SIM-карты стоимостью 50 сомов в год добавит 360 млн. 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).

Сахар: 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.

Налоги на перелеты: предлагается взимать 500 сомов за каждый международный взлет/посадку. Приблизительно 1 млн пассажиров в год приведет к общей выручке в 500 млн сомов в год.

6.5.3 Улучшение механизмов выплат Поставщикам

Адекватная система возмещения расходов Поставщикам услуг является ключевым фактором для системы финансирования, способствующей 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.

В направлении к более автономной и ориентированной на качество/результат Поставщиков услуг предлагается заменить бюджетной постатейной системы оплаты на оплату по системе диагностики посредством применения КЗГ в качестве механизма оплаты для стационарной помощи, а также включая услуги дневного ухода.

Схема финансирования медицинской помощи на основе КЗГ (только производственные расходы) поможет контролировать расходы больниц и сделать сами больницы быть ответственными за качество своих услуг.

Такая комбинированная модель финансирования «на основе КЗГ + подушевая оплата» должна быть проанализирована и проработана в случае необходимости. В целях эффективной реализации такой модели, комплексный анализ затрат должен быть проведен для обеспечения основы

для установления адекватных цен и видов медицинских услуг, и они должны быть определены и стандартизированы с помощью руководств и клинических протоколов.

Эпидемиологические данные в Кыргызстане указывают на сдвиг в сторону сердечно-сосудистых заболеваний и других хронических заболеваний и возрастания показателя различных причин смертности. Хорошо известно, что из 80 процентов расходов системы здравоохранения только на 20% приходится на всех пациентов; большинство из них страдают от хронических заболеваний. Программы лечения заболеваний могут помочь улучшить как качество, так и эффективность оказания медицинских услуг пациентам, страдающим наиболее частыми хроническими заболеваниями (сердечно-сосудистые заболевания, диабет, а также астма и ХОБЛ).

Управление качеством (УК) и сертификация больницы должны стать обязательными. УК основано на процессно-ориентированном подходе, ставящем потребности пациента превыше всего и ставящим пациента в центр скоординированных усилий системы здравоохранения. Поскольку УК все еще может быть новой областью для большинства медицинских работников в Кыргызстане, мы предлагаем поэтапный подход, начинающийся с критических областей стационарной помощи, таких как прием пациентов, внутренний сравнительный анализ, ведение случаев и межклинические отделения (отделение неотложной и экстренной помощи, реанимация, диагностика и др.). Стандартная самооценка с использованием руководящих принципов ISO 9001: 2000 может предоставить больницам экономически эффективный способ определения их потребности в улучшении.

Расчет затрат. Стоимость услуг должна рассчитываться «снизу вверх» и основываться на клинических протоколах, реальных ценах на товары и лекарства, фактических капитальных затратах и амортизационных отчислениях. Это также требует четкого определения пакета услуг, охватываемых ПГГ

6.5.4 Создание ФРИЗ

Существует ряд международных примеров, когда ответственная структура устанавливалась ответственным органом за развитие инфраструктуры здравоохранения.

Управление по развитию инфраструктуры Пенджаба *(УРИЗ Пенджаб) является автономным органом, созданным для планирования, проектирования, строительства и обслуживания общественной инфраструктуры в провинции <...>. Это специализированная организация, освобожденная от налогообложения, установленного для субъектов государственного сектора. Целью ее является разработка и внедрение крупных инфраструктурных проектов для системы здравоохранения, и слежение, чтобы они выполнялись эффективно и прозрачно, без ущерба для качества, задержке и т.п.*

Штат Бихар, Индия. *Правительство Бихара создало Бихарскую корпорацию медицинского обслуживания и инфраструктуры под эгидой Министерства здравоохранения для повышения доступности качественных лекарств, закупаемых по конкурентоспособным ценам, предоставления медицинских услуг, а также строительства и поддержания объектов здравоохранения.*

Провинция Виктория, Австралия. *Региональный фонд развития инфраструктуры здравоохранения предоставляет повышение качества для сельских объектов здравоохранения, чтобы все граждане имели доступ к качественным медицинским учреждениям и услугам. Созданный в 2016 году, фонд предоставляет гранты для расширения инфраструктурных возможностей и повышения безопасности, качества и эффективности, чтобы обеспечить лучшую помощь.*

Эти международные примеры показывают, что имеется опыт создания специализированного, находящегося в государственной собственности, но при этом независимого органа для эффективного управления закупками работ, товаров и услуг для более крупных проектов и программ развития организаций здравоохранения. В Кыргызстане 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 оказаться интересным и уместным изучить возможность государственно-частного партнерства (ГЧП) в качестве механизма финансирования проектов, требующих значительных начальных инвестиций, таких как: диагностические центры, лаборатории, стерилизационные узлы, центры гемодиализа и др.

6.5.5 Укрепление интегрированных систем оказания медицинской помощи

Обеспечение надлежащего сочетания профилактических и клинических услуг является сложной задачей, которая требует хорошей координации между различными уровнями и разными сторонами. Для повышения эффективности и действенности медицинской помощи в рамках данного исследования была предложена интегрированная модель оказания медицинских услуг. 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».

Интегрированный подход в предоставлении услуг могут быть предложены любой формой совместного предприятия различных групп Поставщиков, размещенных в разных местах локации. Основными характеристиками будут являться: (i) скоординированный подход, нацеленный на оптимальную организацию и предоставление диагностических и клинических услуг (отвечающих реальным потребностям пациентов) и (ii) финансовые стимулы, способствующие скоординированному и основанному на результатах подходу - не стимулирующие фрагментацию предоставления услуг. В долгосрочной перспективе поставщики медицинских услуг 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 оптимизации предложения услуг как с точки зрения эффективности так и результативности.

Предпосылкой для успешного внедрения интегрированных моделей предоставления услуг является эффективная система управления данными и информацией. Сотрудничающим организация здравоохранения в секторе здравоохранения необходимо обмениваться демографической информацией и личными данными, чтобы определить соответствие требованиям и тип предоставляемой услуги. Предоставление информационных услуг и направление необходимых для эффективного управления вопросами. Финансовые и программные данные необходимы для определения платежей, мониторинга эффективности и соответствия требованиям отчетности. Кроме того, необходимо ввести концепцию кадрового обеспечения, основанного на потребностях, и укрепить непрерывное медицинское образование (НМО) и непрерывное профессиональное развитие (НПР) всего медицинского персонала.

6.5.6 Создание совета по политике здравоохранения

Учитывая политическую сложность предусмотренного процесса реформ, мы предлагаем создать Совет по политике здравоохранения (см. Рис. 42), состоящий из представителей МЗ, ФОМС, Поставщиков медицинских услуг и, возможно, других заинтересованных сторон, таких как Министерство финансов. Совет, возможно, будет возглавлять Минздрав, но он должен оставаться независимым, чтобы создать здоровую платформу и диалоговый форум для обсуждения основных аспектов оказания медицинской помощи и реформ системы здравоохранения. Совет мог бы сыграть решающую роль в определении пакета льгот, аккредитации поставщиков медицинских услуг, систем и инструментов управления качеством, которые должны внедряться, оценки технологий здравоохранения и непрерывного медицинского образования.

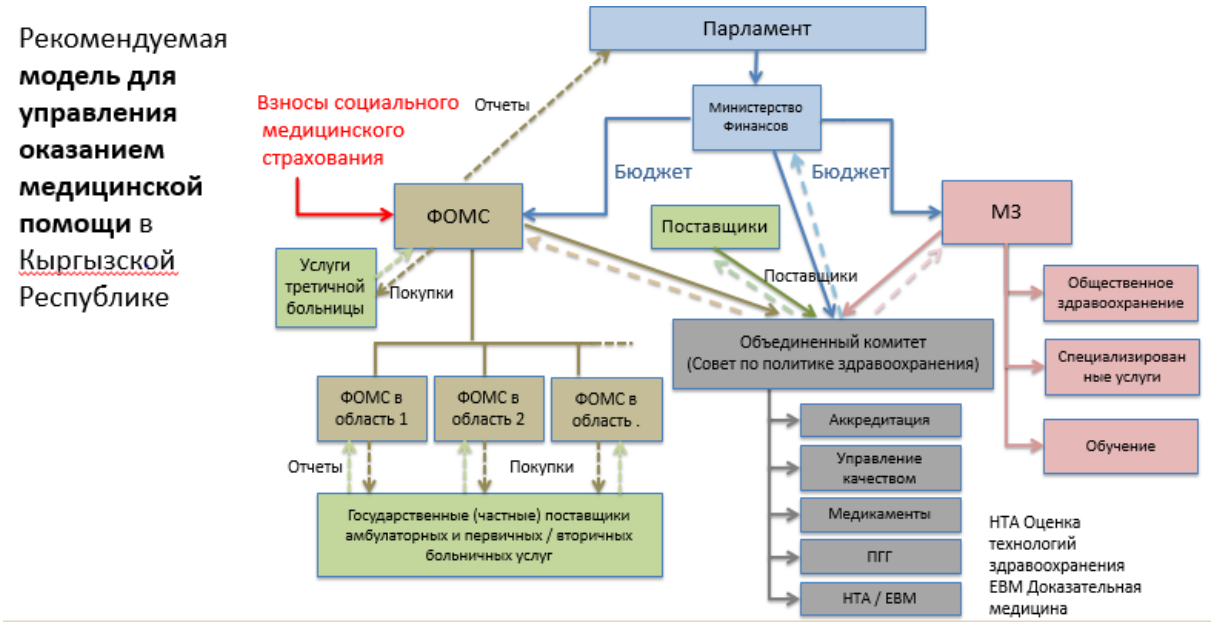
6.6 План реализации

Реформа системы финансирования здравоохранения может быть реализована в три этапа:

6.6.1 Внедрение финансирования стационарной помощи, ориентированной на результаты

Переход на систему КЗГ создаст значительную организационную проблему как для больниц, так и для ФОМС. Принимая во внимание конкретную ситуацию с расходами в конкретных больницах, переходный период должен облегчить бюджетно-статейный этап (больница получает ту же сумму, что и раньше). Для этой цели ставки КЗГ будут рассчитываться не на основе всех имеющихся затрат всех больниц, а на основе фактических затрат участвующих в процессе больниц. 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.

Рисунок 49: Предлагаемая структура управления системой здравоохранения Кыргызстана



6.6.2 Управление фазой конвергенции/процессом сближения

В течение трех-пяти лет программных реформ, базовые ставки для больниц будут корректироваться в несколько этапов, чтобы установить единые средние значения и коэффициенты для всех

больниц. Остается обсудить, до какой степени общие больничные ставки должны быть объединены. С чисто конкурентной точки зрения это было бы целесообразно, ведь с более тонкой технической точки зрения это может не дать полезных результатов. Но в результате постепенной корректировки ставок КЗГ, больницы с выше среднего уровнем расходов могут столкнуться со значительными экономическими трудностями и давлением такой рационализации.

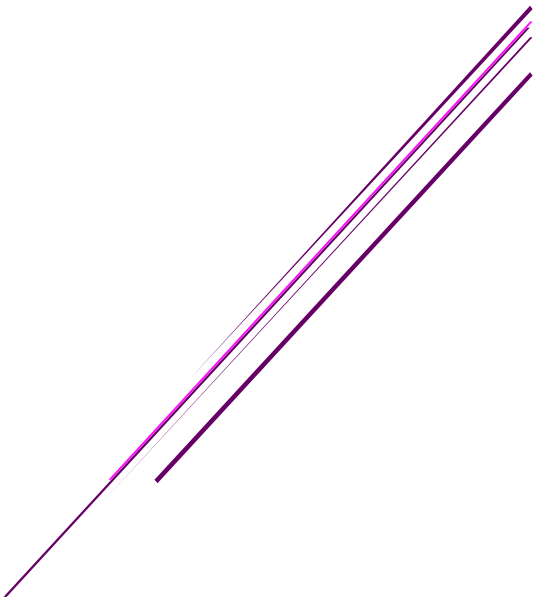
6.6.3 Повсеместное применение финансирования, ориентированного на результат

Все больницы впредь должны получать микст КЗГ (с соответствующими коэффициентами), 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.

6.7 Финальные заметки

Ключом к осуществлению намеченной реформы системы финансирования здравоохранения являются специально созданные экспертные и технические рабочие группы, и определение их четких обязанностей. Мониторинг результатов в идеале должен основываться на более широкой и всеобъемлющей оценке, включая обследования пациентов и населения как в домашних хозяйствах так и в больницах. Вышеуказанные предложения и рекомендации предназначены для того, чтобы стать основой для дальнейшего обсуждения с Министерством здравоохранения, ФОМС и другими заинтересованными сторонами (например, Министерством финансов) и внутри страны между ними. Важно, чтобы представители этих государственных органов выработали консенсус по своей предпочтительной стратегии реформ и в какой степени они хотели бы опираться на рекомендации Генерального плана. Разработка стратегии и плана реализации для всей или части или для конкретной организации является «живым документом» в том смысле, что он требует постоянного анализа, уточнения и адаптации к быстро меняющейся среде. Оно также «живое» в том смысле, что оно должно «жить» в руках тех людей, кто руководит и управляет в вовлеченных организациях к таким вопросам, и чтобы эти люди брали на себя полные обязательства и ответственность.

7 СЦЕНАРИЙ ОПТИМИЗАЦИИ И ДОРОЖНАЯ КАРТА РЕАЛИЗАЦИИ



7 СЦЕНАРИИ ОПТИМИЗАЦИИ И ДОРОЖНАЯ КАРТА ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ

7.1 Отправные точки для оптимизации

Существует три основные отправные точки для стратегического подхода к оптимизации оказания медицинской помощи в Кыргызской Республике:

7.1.1 Организационная структура служб здравоохранения

Речь идет о рационализации - снижении ненужной сложности (множественности организаций здравоохранения, предоставляющих услуги с дублирующимися задачами и обязанностями - ФАП, ЦСМ, ЦОВП, территориальными больницами, городскими больницами, областными и республиканскими больницами, а также специализированными больницами на районном, межрайонном и национальном уровнях), которая ведет к излишней фрагментации системы здравоохранения и неэффективности предоставления услуг.

Есть слишком много объектов, которые находятся в плохом состоянии, учитывая состояние инфраструктуры, а также наличие оборудования и квалифицированных человеческих кадров. Следовательно, эти объекты часто не посещаются населением и имеют крайне низкие показатели работы.

Учитывая необходимость рационального использования ограниченных финансовых, человеческих и материальных ресурсов, доступных для системы здравоохранения Кыргызстана, необходима организационная реструктуризация предоставления услуг (гибкое использование имеющихся помещений, пусть маленькие, но хорошо оснащенные и укомплектованные) 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.

7.1.2 Качество медицинских услуг

Здесь мы рассмотрим улучшение доступа к качественной медицинской помощи через:

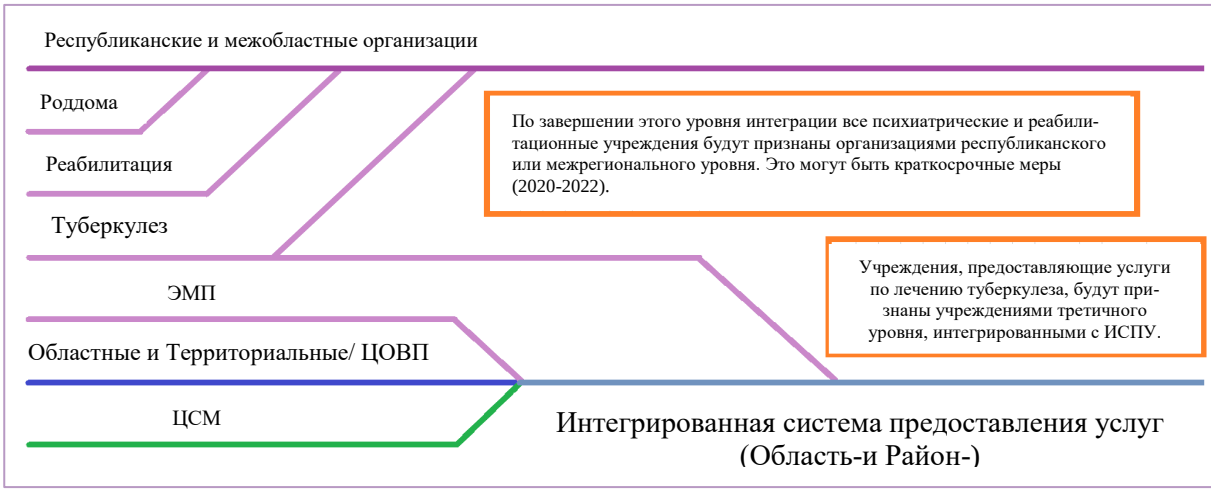
- Стандартизацию диагностических и терапевтических процедур посредством систематического применения международно-признанных руководств разработанных и адаптированных на местах в ОЗ.
- Непрерывное медицинское образование и непрерывное профессиональное развитие всех человеческих ресурсов, работающих в 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.

7.1.3 Отзывчивость системы здравоохранения

Здесь идет речь о способности системы здравоохранения удовлетворительно решать проблемы, связанные с продолжающимся демографическим переходом (увеличение численности пожилого населения) и эпидемиологическим переходом к хроническим, неинфекционным заболеваниям и множественным заболеваниям, в то же время проявляя бдительность и готовность справиться с острой эпидемией, такой как COVID-19, которая будет происходить время от времени, угрожая здоровью населения Кыргызстана.

Для укрепления системы здравоохранения, в дополнение к мерам, предложенным выше, требуются четкое видение, политика и стратегия реализации, а также политическое лидерство для привлечения всех заинтересованных сторон к участию. Механизмы формирования консенсуса (такие как предлагаемый Совет по политике здравоохранения) помогут создать орган с ответственностью за принятие необходимых мер по реформе (сегодня и в будущем) и будут содействовать

Рисунок 50: Внедрение концепции интеграции на различных уровнях предоставления услуг



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.

7.2 Концепция интеграции

Концепция интеграции изображена на рисунке 68. В соответствии с этой концепцией психиатрические (Ментальное здравоохранение) и реабилитационные центры национального значения будут классифицироваться как республиканские или межобластные организации здравоохранения (фактически, большинство из этих ОЗ уже имеют такой статус). Туберкулезным больницам, имеющим национальную и межобластную значимость, также будет присвоен этот статус, в то время как другие противотуберкулезные учреждения будут включены в будущие ИСПУ.

Как было предложено и согласовано, 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 региональными больницами, сохранят областной статус и будут служить структурой для перенаправлений (от района к региону).

При полной интеграции ландшафт здравоохранения Кыргызстана будет характеризоваться наличием организаций здравоохранения республиканского и межобластного уровней и общенациональной системы ИСПУ. Полностью разработанные ИСПУ будут интегрировать услуги, предоставляемые в настоящее время отдельно больницами, ЦСМ, ЦОВП, организациями ЭМП и туберкулезными организациями.

7.3 Развитие инфраструктуры

Принимая во внимание результаты проведенного анализа (более 500 точек дислокации) организаций здравоохранения, общая сумма в 243,9 млн. долл. США потребуется для решения всех проблем, выявленных в существующей (общественной) инфраструктуре здравоохранения. Очевидно, что расстановка приоритетов необходима. На основе предложенной матрицы приоритетов (см. Таблицу 64) мы рекомендуем следующий подход:

7.3.1 Краткосрочные меры (2020-23)

Развитие инфраструктуры областных и городских ОЗ должно стать приоритетным направлением наряду с интеграцией ЭМП, а также противотуберкулезных и психиатрических учреждений. При таком подходе мы ожидаем получить максимально возможный выигрыш и влияние на улучшение доступа к качественной помощи для приоритетных проблем со здоровьем.

7.3.2 Среднесрочные меры (2024-27)

Приоритет должен быть отдан разработке стационарных отделений ИСПУ, которые будут созданы, т.е. главным образом из территориальных больниц и некоторых ЦОВП плюс интеграция с ЭМП.

7.3.3 Долгосрочные меры (2028-35)

Высокоприоритетные вмешательства должны включать, но не ограничиваться этим, совместное развитие как стационарных, так и амбулаторных отделений ИСПУ, а также центральных и периферических служб по туберкулезу, реабилитации и психиатрической помощи.

Таблица 76: Развитие инфраструктуры - предлагаемая матрица приоритетов
** Включая ЦОВП, которые обслуживают только части определенного района*

Тип учреждения	***Инвестиционные потребности***	***Краткосрочные***	***Среднесрочные***	***Долгосрочные***
Учреждения скорой помощи				
Республиканский и межобластной уровень	*47 441 002*	*Низкий*	*Средний*	*Высокий*
Областной и городской уровень	*37 ,221 448*	*Средний*	*Средний*	*Высокий*
Районный уровень	*76 100 600*	*Низкий*	*Средний*	*Высокий*
*Межрайонный уровень (ЦОВП *)*	*14 769 142*	*Низкий*	*Низкий*	*Низкий*
Средние и долгосрочные медицинские организации				
Туберкулез	*17 769 672*	*Средний*	*Низкий*	*Низкий*
Психическое здоровье	*8 130 887*	*Средний*	*Низкий*	*Высокий*
Реабилитация	*11 196 390*	*Низкий*	*Низкий*	*Низкий*
Амбулаторные организации				
ЦСМ	*29 914 809*	*Низкий*	*Низкий*	*Низкий*
ЭМП	*1 ,330 050*	*Низкий*	*Низкий*	*Средний*
ВСЕГО	***243 874 000***	***NA***	***NA***	***NA***

7.3.4 Потенциал для эффективности

Эффективность в области развития инфраструктуры будет в основном достигнута за счет систематического исключения из системы избыточной инфраструктуры, которые не нужны для управления предлагаемым видам предоставления услуг, и объектов, которые должны быть закрыты. Например. в общей сложности 13 ЦОВП с менее чем 50 койками считаются неэффективными для стационарного лечения и должны быть исключены из списка. Исключение этих 13 ЦОВП позволит сократить бюджет на 7,3 млн долларов США (~ 3%). Эффективность, которая будет достигнута путем реструктуризации вертикальных программ (туберкулез, психическое здоровье и реабилитация), обсуждается в соответствующих главах.

7.4 Медицинское оборудование

Общая сумма в 181,5 млн. долл. США требуется для закупки медицинского оборудования, необходимых для организаций здравоохранения для выполнения стандартных минимальных требований к качеству медицинской помощи. Опять же, расстановка приоритетов необходима, и мы рекомендуем следующий подход:

7.4.1 Краткосрочные меры (2020-23)

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 разработки ИСПУ, чтобы гарантировать доступ и функционирование всех основных диагностических и терапевтических услуг, которые являются частью ПГГ.

7.4.2 Среднесрочные меры (2024-27)

Постоянный приоритет следует отдавать ИСПУ районного уровня (для укрепления основы пирамиды здравоохранения), а затем учреждениям регионального и национального уровней.

7.4.3 Долгосрочные меры (2028-35)

Модернизация объектов республиканского и межобластного уровней должна быть в центре внимания долгосрочных мер. Учитывая объемы требуемых инвестиций, национальные организации

Тип ОЗ	Инвестиционные потребности	Краткосрочные	Среднесрочные	Долгосрочные
Организации скорой помощи				
Республиканский и межобластной уровень	56 344 100	Низкий	Средний	Высокий
Областной и городской уровень	37 998 500	Высокий	Средний	Средний
Районный уровень	41 006 700	Средний	Высокий	Средний
Межрайонный уровень (ЦОВП*)	13 988 200	Низкий	Низкий	Низкий
Средние и долгосрочные медицинские организации				
Туберкулез	9,677,650	Средний	Низкий	Низкий
Психическое здоровье	1,286,900	Средний	Низкий	Низкий
Реабилитация	2,184,800	Низкий	Низкий	Низкий
Амбулаторные организации				
ЦСМ	18,991,300	Высокий	Низкий	Низкий
ВСЕГО	**181,478,150**	**NA**	**NA**	**NA**

Таблица 77: Закупка медицинского оборудования - предлагаемая матрица определения приоритетов
** Включает ЦОВП, которые обслуживают только части определенного района*

здравоохранения, являющиеся структурами для перенаправлений, могут быть созданы (как инфраструктурно так и оборудованы) силами отдельных проектах при поддержке различных международных партнеров по развитию.

7.4.4 Потенциал для повышения эффективности

Основной потенциал для повышения эффективности будет создан благодаря созданию ИСПУ.

Создание ИСПУ устранит дублирование при закупке медицинского оборудования для организаций здравоохранения и прилегающих стационарных организаций здравоохранения.

По нашим оценкам, инвестиции в закупку медицинского оборудования могут быть сокращены почти на 10% (примерно 18 млн долларов США).

Дополнительная эффективность может быть достигнута посредством следующих мер:

- Объединение объектов республиканского, межобластного и городского уровней в соответствии с рекомендациями Мастер планов городов Бишкек и Ош.
- Оптимизация вертикальных программ по туберкулезу, психическому здоровью и реабилитации (см. соответствующие главы отчета).

7.5 Реорганизация организаций здравоохранения и служб

7.5.1 Краткосрочные меры: корректировка стационарного потенциала

Краткосрочные меры должны быть направлены на корректировку количества коек с учетом текущих и будущих (ожидаемых) коэффициентов использования (с использованием показателя работы койки в качестве эталонного) и определяющих их факторов, таких как:

- Демографический переход (к более пожилому населению);
- Эпидемиологический сдвиг с ростом распространенности хронических неинфекционных заболеваний и мультиморбидности, и

Регион	Фактическое количество коек		Скорректированное количество коек		Различия	Ненужные койки
	Номинальный	На душу населения	Номинальный	На душу населения		
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
Джалал-Абад	3 162	2,60	2 594	2,14	(568)	561
Нарын	873	3,.04	656	2,28	(217)	54
Ош	2 825	2,11	2 143	1,60	(682)	518
Город 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**

Таблица 78: Корректировка вместимости больничных коек. Краткосрочные меры

- Меры, направленные на рациональное использование потенциала стационарной помощи (более широкое использование дневных и амбулаторных мероприятий).

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

- Регулирование количества коек в организациях регионального и районного уровня для достижения показателя работы койки от 80% до 90%.

> *Только ОЗ в городах Бишкек и Ош имеют показатель работы койки от 80% до 90%. Соответственно, количество коек будет сокращено во всех областях.*

- В качестве краткосрочной цели средняя продолжительность пребывания должна быть сокращена на 10%, а количество случаев дневного пребывания увеличено на 15%. Это приведет к сокращению количества коек на 25%.
- Учитывая компенсационные эффекты, такие как рост населения и рост распространенности заболеваний, количество коек придется увеличить на 10,12% (см. Таблицу 65).

С учетом этих соображений, 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, поскольку они относятся к следующим категориям:

- ЦОВП в районах, в которых уже есть территориальная больница и количество скорректированных коек ниже 50 единиц.
- Филиалы и отделения больниц или ЦОВП с установленным количеством коек менее 50 единиц.

Организации, размещающие ненужные койки, как правило, не в состоянии предложить адекватное качество обслуживания из-за сочетания факторов, которые включают размер, способность привлекать квалифицированный персонал и доступность медицинского оборудования.

> *Любые инвестиции в оборудование, в котором размещаются не используемые койки, будут необоснованными и поэтому не рекомендуются.*

В заключение: 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).
- Дальнейшее сокращение количества коек на основе индивидуальных характеристик объекта.

N.B.: Сокращение количества коек после краткосрочных мер по оптимизации не окажет влияния на запланированные инвестиции.

7.5.2 Среднесрочные меры: акцент на улучшение качества

Целью среднесрочных мер будет улучшение качества медицинской помощи, например, улучшить санитарные условия в больнице, просто имея стандартную площадь в расчете на одну койку по всей стране. В настоящее время соотношение общей площади зданий.

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.

Должны быть предприняты следующие меры:

- После создания ИСПУ размеры ОЗ увеличатся.

  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.

- Потребности в здравоохранении будут увеличиваться в связи с ростом населения и распространенностью заболеваний (см. выше). Совокупный фактор приведет к увеличению на 20,11% по сравнению с 2019 годом.

После создания ИСПУ соотношение общей площади на одну койку останется неоптимальным только в Нарынской, Ошской областях и г. Ош.

Необходимы инвестиции в 49,2 млн. долларов США для строительства новой инфраструктуры здравоохранения в пяти регионах, чтобы улучшить инфраструктурные условия для повышения качества медицинской помощи (увеличение отношения Обшей полезной площади/на койку (как один из ключевых показателей), чтобы приблизиться к международным нормам и стандартам

Регионы	Общая площадь (ссылка: ИСПУ)	Регулируемое количество коек	ОПП/койка (вкл. ЦСМ)	Требуется дополнительная ОПП	Инвестиционные потребности
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
Джалал-Абад	182 807	2 898	63	5 586	7 ,681 ,050
Нарын	33 320	733	45	14 309	19 674 469
Ош*	132 713	2 395	55	10 ,967	13 708 419
Город Ош	47 466	805	59	4 835	6 647 ,587
Талас	46 354	573	81	0	0
Всего	**869 430**	**13 669**	**64**	**36 815**	**49 249 817**

Таблица 50: : Инвестиции для краткосрочного периода
** В Ошскую область включены объекты районного уровня*

7.5.3 Долгосрочные меры: устойчивое стратегическое развитие

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 ухода 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.

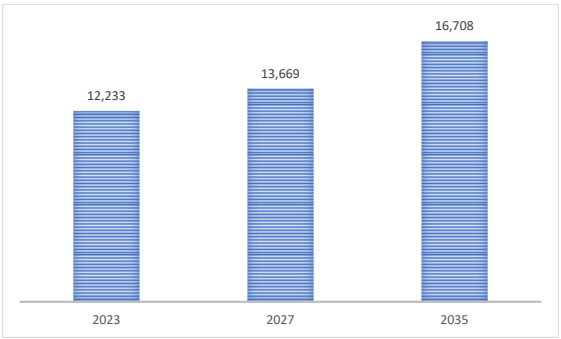


Рисунок 68: Расчетное (скорректированное) количество коек 2023, 2027 и 2035

Для поддержания предложенного соотношения общей полезной площади на койку потребуется общий объем инвестиций в 273,5 млн. долларов США.

Принимая во внимание потребности здравоохранения в 2035 году, потребуются инвестиции в новую инфраструктуру на сумму около 273,5 млн. долларов США. Из этой суммы около 50 млн. долл. США необходимо будет инвестировать в среднесрочный подход, как описано выше..

Области	Общая площадь (ссылка: ИСПУ)	Скорректированное количество коек (2027)	Инвестиционные потребности (2027)	Скорректированное количество коек(2035)	Инвестиционные потребности (2035)
Баткен	102 435	1 540	0	1 883	27 ,449 874
Бишкек	132 253	1 792	0	2 190	13 913 207
Чуй	109 516	1 702	1 538 293	2 081	35 366 577
Иссык-Куль	82 565	1 231	0	1 504	20 922 256
Джалал-Абад	182 807	2 898	7 681 050	3 543	65 285 055
Нарын	33 320	733	19 674 469	896	34 237 621
Ош*	132 713	2 395	13 708 419	2 927	53 ,646 724
Город Ош	47 466	805	6 647 587	984	22 639 367
Талас	46 354	573	0	701	0
Всего	**869 430**	**13 669**	**49 249 817**	**16 708**	**273 460 680**

Таблица 81: Поэтапная потребность в инвестициях

7.6 Заключение

Таким образом, на период 2020-2035 годов потребуется 700 миллионов долларов США (700 миллионов человек / 15 лет / 6,5 миллиона человек ≈ 7 долларов США на душу населения в год), чтобы обеспечить адекватное и надлежащее развитие инфраструктуры здравоохранения Кыргызстана и закупку необходимого медицинского оборудования, чтобы гарантировать доступ к качественной медицинской помощи всем гражданам страны.

Таблица 51: Сводка инвестиционных потребностей по категориям

Категория	Сумма в долларах США
Ремонт инфраструктуры	243 874 000
Модернизация медицинского оборудования	181 478 150
Развитие инфраструктуры	273 460 680
ВСЕГО	**698 812 830**

Примечание: инвестиционные потребности 2035 г. СОДЕРЖИТ В СЕБЕ инвестиционные потребности до 2027 г.

Рисунок 69: Потребности в инвестициях по категориям и этап реализации Мастер плана

7.7 Обзор Дорожной карты 2020 - 2030 года

На следующих страницах представлены две дорожные карты. В течение первых трех лет есть подробный, предлагающий конкретные шаги с соответствующими результатами и долгосрочной перспективой (до 2030 года и далее). Последнее можно представить в виде плана, но его необходимо разрабатывать и детализировать по мере развития вопросов, в частности, касающихся управления государственными финансами и других аспектов, которые требуют политических решений.

Возможно, было бы полезно провести семинар по разработке подробной логической схемы на основе дорожной карты, представленной ниже. Такая логическая разработка требует полного вклада со стороны всех заинтересованных сторон, а также профессиональной поддержки.

Деятельность	Год											Выводы
	2020-22			2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030 далее	
1. Создать Совет по политике здравоохранения (СПЗ будет назначен ответственным за реализацию Мастер плана)												
Смотрите подробную дорожную карту 2020-2												
СПЗ становится полностью работоспособным и берет на себя лидерство по реализации Мастер плана												Полностью функциональный СПЗ
Обзор работы и результатов СПЗ												Обзор доступен с рекомендациями по улучшению
2. Создать исполнительные органы (технические рабочие группы для реализации Мастер плана)												
Создать и учредить рабочую группу по развитию операционной инфраструктуры.												
Расставить приоритеты, распределить и контролировать инвестиции в инфраструктуру												
Создать рабочую группу по модернизации оперативного медицинского оборудования												
Расставить приоритеты, распределить и контролировать инвестиции в модернизацию медицинского оборудования												

Деятельность	Год											Выводы
	2020-22			2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030 далее	
3. Создать Фонд развития инфраструктуры здравоохранения (ФРИЗ, для стратегического развития инфраструктуры здравоохранения).												
Смотрите подробную дорожную карту 2020-2												
Пилотные инвестиции												Доступны пилотные результаты, обзор структур и процессов
Пересмотреть процессы												
Сделать ФРИЗ обязательным для всех инвестиций в инфраструктуру здравоохранения												
4. Создание интегрированных систем оказания медицинской помощи												
Смотрите подробную дорожную карту 2020-2												
Нанять управленческий персонал для выбранных систем												Нанять ключевой персонал
Пилотная комплексная медицинская помощь												Результаты от пилотов доступны
Пересмотреть структуры и процессы												Пересмотренные технические и функциональные характеристики
Внедрение по всей стране												Все интегрированные сети функционируют
Внедрить пилот по ООпУ (уполномоченная организация ответственная по уходу/оказанию медицинской помощи) в КР												Доступны результаты пилота (см. Также 1.)
5. Обзор финансирования здравоохранения												
Смотрите подробную дорожную карту 2020-2												
Дорожная карта для полного покрытия ОМС												
Начать развертывание полного охвата												Полный охват по всей стране

Деятельность	Год												Выводы
	2020-22			2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030 далее		
Инициировать новые варианты финансирования													Пилотирование и обзор результатов
Получить внешний аудит / обзор													Аудит / обзор, проведенный международными коллегами / организациями (например, ВОЗ)
6. Расчет стоимости и возмещение расходов поставщиков													
Смотрите подробную дорожную карту 2020-2													
Пилотная новая схема													Полная оценка пилотной схемы и пересмотр подхода
Развернуть на все объекты													Развертывание завершено
Обзор и адаптация													Пересмотренная схема возмещения
Регулярный пересмотр схемы возмещения													Регулярное обновление
Инициирование исследования пилотной ООпУ													Комплексное изучение международного опыта и применения в КР
Пилотные ООпУ в КР													Доступны результаты пилота (см. также п. 4.)

7.8 Подробная дорожная карта 2020 - 2022

Деятельность	Год / квартал												Вывод	Ответственность
	2020				2021				2022					
	Кв 1	Кв 2	Кв 3	Кв 4	Кв 1	Кв 2	Кв 3	Кв 4	Кв 1	Кв 2	Кв 3	Кв 4		
1. Создать Совет по политике здравоохранения (СПЗ будет назначен ответственным за реализацию Генерального плана)														
Начать обсуждение СПЗ в отношении Министерства здравоохранения и ФОМС														
Определите статус, роль и обязанности СПЗ													Проект программного документа по СПЗ	
Консультации с заинтересованными сторонами в парламенте														
Сделать СПЗ работоспособным														

Деятельность	Год / квартал												Вывод	Ответственность
	2020				2021				2022					
	Кв 1	Кв 2	Кв 3	Кв 4	Кв 1	Кв 2	Кв 3	Кв 4	Кв 1	Кв 2	Кв 3	Кв 4		
Рассмотреть технические материалы для обсуждения СПЗ и принятия решений: развитие инфраструктуры, модернизация медицинского оборудования, аккредитация, фармацевтика, т. Д.													Подробный обзор (s) различных тем для обсуждения в СПЗ	
2. Создать исполнительные органы (технические рабочие группы для реализации Генерального плана)														
Рабочая группа по созданию инфраструктуры														
Утвердить бюджет развития инфраструктуры на 2021 и 2022 годы													Годовой план развития инфраструктуры	
Расставить приоритеты, распределить и контролировать инвестиции в инфраструктуру													Годовой отчет для инвестиций в развитие инфраструктуры	
Создать рабочую группу по модернизации медицинского оборудования														
Утвердить бюджет по модернизации медицинского оборудования на 2021 и 2022 гг.													Годовой план модернизации медицинского оборудования	
Расставить приоритеты, распределить и контролировать инвестиции в модернизацию медицинского оборудования													Годовой отчет для инвестиций в модернизацию медицинского оборудования	
3. Создать Фонд развития инфраструктуры здравоохранения (стратегическое развитие инфраструктуры здравоохранения).														
Обзор международного опыта (например, Армения, Бихар / Инд, Пенджаб / Пак, Виктория / Австралия)													Отчет доступен	
Разработка концепции ФРИЗ (положение, устав, функции и пр.)													Концепция доступна для обсуждения	
Обсуждение в МЗ, ФОМС, МЗ, местные власти														
Обзор вариантов выплат													Юридический и бухгалтерский обзор и оценка	
Обсуждение в Парламенте														

Деятельность	Год / квартал												Вывод	Ответственность
	2020				2021				2022					
	Кв 1	Кв 2	Кв 3	Кв 4	Кв 1	Кв 2	Кв 3	Кв 4	Кв 1	Кв 2	Кв 3	Кв 4		
4. Создание интегрированных систем оказания медицинской помощи														
Создание рабочей технической учетной группы (МЗ, ФОМС, поставщики...)													Функциональная рабочая группа	
Обзор международного опыта													Отчет доступен	
Определите настройку таких интегрированных систем (управление, структура, правила и положения, ...)													Предложения требуют обсуждения	
Получение утверждения на легальный статус													Обсуждение в Парламенте, одобрение	
Определение стандартов (штат, расходы, активы, расходы и пр.)													Набор стандартов	
Определение внутреннего качества управления /обсуждения													Определенное управление качеством и обзор качества доступны	
Обзор системы Человеческих ресурсов													Доступна концепция по человеческим ресурсам	
Усиление управленческого потенциала													Разработка дорожной карты	
Разработка интегрированной ИТ концепции													Концепция доступна	
Определение процессов управления													Определение процессов	
5. Обзор финансирования здравоохранения														
Создание рабочей технической учетной группы (МЗ, ФОМС, МФ, Партнеры по развитию...)													Процедурное установление рабочей группы	
Изучение возможных исследование по вариантам финансирования													Детальное изучение и поиск вариантов	
Обзор вариантов инновационного финансирования (налоги «на грех», международные перелеты, др.)													Детальный отчет будет доступен	
Разработать концепцию полного охвата ФОМС для каждого лица													Доступна концепция, включая юридические, финансовые, административные аспекты	
Фактический анализ допущений													Детальный анализ будет доступен	

Деятельность	Год / квартал												Вывод	Ответственность
	2020				2021				2022					
	Кв 1	Кв 2	Кв 3	Кв 4	Кв 1	Кв 2	Кв 3	Кв 4	Кв 1	Кв 2	Кв 3	Кв 4		
Детальное администрирование и технические потребности членства													Функциональное и техническое руководство будет доступно	
Публичное обсуждение инновационных источников финансирования														
Обсуждение в Парламенте об инновационном финансировании														
Обсуждение в Парламенте идеи всеобщего охвата ФОМС														
6. Улучшение компенсации провайдеров														
Обзор доступных / текущих исследований стоимости													Обзор международного опыта и доступных локальных исследований	
Проведение, при необходимости, тщательного исследования затрат													Исследование стоимости доступно в качестве основы для установления уровней возмещения	
Проведение исследования передового опыта и местного применения на душу населения / КЗГ в качестве оплаты													Изучить, детали развития подушевого норматива и КЗГ в Кыргызстане	
Создать рабочую группу (МЗ, ФОМС, поставщики) для реализации пересмотренной схемы возмещения													Процедуры пересмотра схем возмещения на месте	
Оценить влияние предложенных пересмотренных схем и провести открытые дебаты с заинтересованными сторонами.													Оценка воздействия на уровне объекта, проведение общественных дебатов	
Опубликовать новые схемы возмещения													Опубликована схема возмещения	
Пилотная новая схема													Пилот начал с соответствующих мер по мониторингу и оценке	

Фонд развития инфраструктуры здравоохранения ФРИЗ; Совет по политике здравоохранения СПЗ; Мониторинг и оценка МиО; Министерство здравоохранения МЗ; Министерство финансов МФ; Фонд обязательного медицинского страхования ФОМС

7.9 Лечение туберкулеза

7.9.1 Стоимость лечения туберкулеза

Пример продолжительности и предполагаемых затрат на лечение от Туберкулеза, рассчитанных для различных методов лечения в Молдове (Туберкулезная модель Optima, Отчет о Молдове, 2018 г.)

Таблица 82: Стоимость лечения туберкулеза, Молдова, 2018 г.

Программа	Режим	Продолжительность лечения (дни)	Полный режим приема лекарств (евро)	Стационарное		Амбулаторные / ДОТС (Евро)	
Лечение с текущим уровнем госпитализации	Чувствительные формы	201	28.70	40	835.18	161	525.56
	Стандарт МЛУ	570	1 826.15	127	2,621.58	444	1,501.00
	МЛУ плюс	570	2,637.48	127	2,621.58	444	1,501.00
	Пред ШЛУ	720	2,637.48	160	3,311.47	560	1,896.00
	Пред ШЛУ новые препараты	570	5,874.00	127	2,621.58	444	1,501.00
	ШЛУ	880	2,637.48	195	4,047.35	685	2,317.34
Лечение с уменьшенным уровнем госпитализации	Чувствительные формы	201	28.70	14	290.14	187	611.57
	Стандарт МЛУ	570	1,826.15	60	1,243.44	510	1,726.07
	МЛУ плюс	570	2,637.48	60	1,243.44	510	1,726.07
	Пред ШЛУ	720	2,637.48	60	1,243.44	660	2,233.74
	Пред ШЛУ новые препараты	570	5,874.00	60	1,243.44	510	1,726.07
	ШЛУ	880	2,637.48	60	1,243.44	820	2,775.25
	ШЛУ-новые препараты	720	8,658.51	60	1,243.44	660	2,233.74

7.9.2 Предлагаемая реорганизация лабораторной диагностики

Уровень	Место	Задачи	Тесты
Национальная справочная лаборатория	Бишкек	Осуществляет мониторинг всех других лабораторий, проводящих тесты на туберкулез. Получает образцы со всей республики	- ПЦП - Бактериологические посевы, исследования чувствительности - Секвенирование ДНК - Микроскопия
Региональные лаборатории (7)	Бишкек, Джалал-Абад, Каракол, Нарын, Ош, Талас и Кара-Балта		- ПЦР - Бактериологические культуры - Микроскопия
Межрайонные лаборатории	- Чуйская область: Жайылский район, Сокулукский район, Иссык-Атинский район, город Токмок - Нарынская область: Кочкорский район - Иссык-Кульская область: г. Балыкчи	Получите образцы мокроты из близлежащих районов. Оплата за перевозку образца должна быть организована через ФОМС. Во всех этих лабораториях должно быть доступно специальное	- ПЦР - Микроскопия

	- Джалал-Абадская область: город Токтогул, Ак-Сыйский район, Сузакский район - Ошская область: Узгенский район, Кара-Сууйский район, Ноокатский район - Баткенская область: Кызыл-Кия, город Баткен	программное обеспечение для регистрации результатов испытаний. Все данные должны быть переданы в Национальную справочную лабораторию	