

## РЕФОРМИРОВАНИЕ СЕТИ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

### Введение

В современный период экономическое развитие Республики Казахстан отличается социальной направленностью. Сфера здравоохранения является неотъемлемой частью социально-ориентированной экономики государства.

В послании народу Казахстана «Стратегия «Казахстан-2050» Президент Республики Казахстан Н.Назарбаев подчеркнул, что здоровье нации – основа нашего успешного будущего. В рамках долгосрочной модернизации национальной системы здравоохранения на всей территории страны должны быть внедрены единые стандарты качества медицинских услуг, а также усовершенствованы и унифицированы материально-техническое оснащение медицинских учреждений.

Существующая в Казахстане система организаций здравоохранения, в частности больниц, разрознена, нерациональна, развивалась

экстенсивно в ущерб эффективности и качеству предоставляемых услуг. При этом система формирования потоков пациентов не мотивировала медицинские организации к оказанию помощи при более «сложных» случаях и зачастую пациент механически перенаправлялся на более высокий уровень чисто автоматически, без наличия объективных показаний.

Анализ базы ресурсов здравоохранения Республики Казахстан свидетельствует о том, что имеет место диспропорция условий оказания медицинской помощи между регионами и внутри них, снижение потенциала, концентрация медицинских организаций в административных центрах, и как следствие, ухудшение качества и доступности медицинской помощи. Все это свидетельствует о необходимости реструктуризации больничного сектора и реформирования системы здравоохранения.

За последние двадцать лет изменения в спросе на

### Список сокращений

+	Средняя продолжительность пребывания (average length of stay)
БО	Больничные организации
ВБ	Всемирный Банк
ЕС	Европейский союз
МРБ	Межрайонные больницы
ПМ	Первичная медико-санитарная помощь
СП	План развития больничной сети
ПРБ	Районные больницы
С	Районные больницы
РПП	Региональный перспективный план
СДП	Средняя длительность пребывания больного
Б	Средняя длительность пребывания госпитализации
СДП	Центральная районная больница
Г	Эстонский фонд медицинского страхования
ЦРБ	
ЭФ	
МС	

<sup>1</sup>Минимально инвазивная процедура (хирургическая или иная) – это процедура с меньшим вмешательством, чем хирургическая операция для лечения того же заболевания. Минимально инвазивные процедуры, как правило, включают использование лапароскопических средств и дистанционного управления, и непрямого прослеживания операционного поля через эндоскоп или подобное средство, и выполняются через дупло в коже или теле, или анатомические отверстия. Это может обеспечить уменьшить количество дней госпитализации, или позволить проведение амбулаторного лечения. [3] однако, безопасность и эффективность данной процедуры должна быть подтверждена исследованиями методом случайной выборки под контролем специалиста. Термин был введен Джоном Викхемом в 1984г., в его статье в British Medical Journal в 1987г. [1]. Минимально инвазивная процедура отличается от неинвазивных или бескровных процедур, таких как наружная визуализация вместо диагностической хирургии. Процедура называется минимально инвазивной, если имеется минимальное повреждение биологических тканей в месте введения инструмента (инструментов).

стационарное лечение привели к быстрому снижению в использовании больничных услуг и соответствующему увеличению спроса на амбулаторное лечение. Это позволило многим странам перейти от систем, ориентированных на койки, которые были сосредоточены на госпитализации пациентов, к системам, ориентированным на пациентов, которые сосредотачиваются на снижении количества заболеваний и минимизации необходимости в больничном лечении. Эта тенденция вызвана рядом внешних факторов таких как:

Введение таких технологий как лапароскопические и эндоскопические процедуры, которые минимально инвазивны и обеспечивают возможность уменьшить срок госпитализации.

Введение новых фармацевтических расписаний, что устраняет необходимость в длительной госпитализации. Примером этому может служить использование современных лекарств для лечения пептической язвы, химиотерапия и радиотерапия онкологических больных, введение режима лечения под непосредственным наблюдением для туберкулезных больных.

Растущие возможности первичной медицинской помощи и методы превентивной

медицины, такие как бета-блокаторы для лечения хронических болезней уменьшает необходимость в госпитализации.

Изменения в демографической и эпидемиологической ситуации уменьшают необходимость в лечении и подчеркивают необходимость улучшать ведение больного, перейдя от лечения отдельного случая к более целостному подходу для улучшения здоровья в целом.

Растущие возможности диагностических средств, таких как МРТ для диагностики заболеваний без диагностической хирургии и без госпитализации снижает необходимость в необязательных процедурах.

Возможность применения телемедицины для ведения хронических заболеваний и престарелых пациентов значительно снижает необходимость в госпитализации.

Растущие ожидания среди населения получать лечение в пациентоориентированных центрах, где в обязательном порядке соблюдаются права пациентов, и существуют однозначные задачи по сокращению времени ожидания и обеспечению доступа к услугам.

## 1. Реструктуризации больниц – примеры положительного международного опыта

В целях понимания сложного процесса реформирования сети больничных организаций был проанализирован опыт стран, разработавших планы реформирования больниц, или мастер-планы, в течение прошлых десяти лет (Канада, Эстония, Грузия, Ирландия, Латвия, Молдова, Румыния, Сербия,

Словакия, Испания (провинция Валенсия), Италия (область Тоскана).

Основные черты каждой реформы приведены в таблице 1. Данный обзор ставит целью подчеркнуть те аспекты, которые наиболее уместны для разработки планов развития сети организаций здравоохранения в Республике Казахстан.

Таблица 1: Основные характеристики реструктуризации больниц в выбранных странах

Страна	Анализ за годы	Основные особенности
Канада	1996-2000 гг.	<p>Слияние нескольких больниц с образованием новой единицы, при меньшем количестве, образование более крупных организаций здравоохранения, включая:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Закрытие 31 государственной больницы, шести частных и шести провинциальных психиатрических больниц (ЧПБ)</li><li>Поглощение четырех больниц другими больничными корпорациями</li><li>Создание нескольких совместных комитетов для предоставления долевого управления множественным организациям</li><li>Создание 18 сельских/северных больничных сетей</li><li>Организация разновидности региональных и провинциальных сетей (включая детские сети в Оттаве, Торонто и Лондоне, реабилитационных сетей и сети услуг на французском языке в Оттаве)</li></ul> <p>Мотивацией для проведения реформ было: Сокращение лишних коек и более эффективное использование капитальных ресурсов</p> <p>Рационализированные больничные программы и услуги учитывали:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Мульти-институциональные организации с единой структурой управления</li><li>Более приемлемый баланс стационарного и амбулаторного ухода</li><li>Повышение госпитальных мощностей при большей экономичности, ресурсах и увеличения мощностей неотложной помощи и амбулаторного обслуживания</li><li>Расширение объемов ухода на дому и долгосрочного ухода, позволяя больницам сосредоточиться на обслуживании острых больных</li><li>Внедрение подхода по оценке потребностей населения при разработке руководств по планированию реинвестиций</li><li>Новые ресурсы и средства</li><li>Установление потребностей в данных и ограничений</li><li>Новые сети, сосредоточенные на создании более совершенного непрерывного спектра ухода</li><li>Определение потребности в новых инструментах финансирования и механизмах поддержания развития будущей системы здравоохранения</li></ul>

Страна	Анализ за годы	Основные особенности
Эстония	2001-2015 гг.	<p>Эстония, унаследовавшая большую больничную сеть с избыточным количеством коек от советской модели Семашко, успешно рационализировала количество больниц и коек в соответствии с Планом развития больничной сети (ПРБС). Структурные реформы, создавшие новые организационные формы и позволившие включить больницы в качестве фондов (трастов) или акционерных компаний по гражданскому частному праву, создали стимулы для экономного использования ресурсов и способствовали последовательной рационализации посредством слияний больниц.</p> <p>Между 1993 и 2001 гг. количество больниц сократилось с 115 до 67, в то время как число больничных коек снизилось с 14 400 до 9 200. За тот же период средняя продолжительность госпитализации на каждое поступление сократилась с 15,4 до 8,7 дней – все еще оставаясь выше среднего значения по ЕС.</p> <p>ПРБС нацелен на создание оптимальной больничной сети, предоставляющей одинакового качества уход, и установил ряд задач по сокращению количества коек для острых случаев более чем на 50% (с 6500 до 3200 коек), снижению СДПБ с 6,7 до 4,6 дней, и повышению средней занятости койки с 67% до 83% в течение 15 летнего периода (с 2001 по 2015 гг.). При достижении этих целей такие изменения позволят более эффективно использовать имеющиеся ресурсы.</p> <p>Несмотря на существенный прогресс в рационализации больничной сети, использование мощностей и производительность отрасли остаются низкими. Для улучшения этой ситуации нужно повысить управленческие навыки в больницах, внедрить экономичные технологии и новые модели предоставления услуг (таких как амбулаторная хирургия) и укрепить стратегическую покупательную роль ЭФМС (EHIF). Ключевыми факторами являлись:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Система скорой помощи, охватывающая всю Эстонию и предоставляющая хороший доступ.</li><li>Неадекватное использование службы скорой помощи: особенно в сельской местности</li><li>Реформированные отделения неотложной помощи созданы в больницах, и они работают хорошо</li><li>Фрагментированные услуги с множеством представителей оказывающих услуги и владельцев, что ведет к: дублированию, росту издержек, плохо интегрированным информационным системам и региональным различиям в исходах.</li><li>Недоразвитость коммуникационных систем. Машины скорой помощи не оборудованы системами географического позиционирования.</li><li>Необходимость оптимизации и повышения качества ПМСП до уровня, позволяющего дальнейшее смещение услуг с вторичного уровня на первичный уровень медицинских услуг.</li></ul>

Страна	Анализ за годы	Основные особенности
Грузия	1998-2009 гг.	<p data-bbox="459 611 1481 801">Начальный план рационализации предлагал резкое сокращение количества больниц на основе применения расчетов на количество населения и целевых показателей занятости койки в 85% против реальных уровней ниже 50% во многих больницах. Начальный мастер-план также ставил своей целью значительные изменения в уровне госпитализаций с сокращением СДПБ. План был основан на поэтапном подходе:</p> <ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="507 801 1481 862">Этап 1 - критерии были основаны на вместимости коек, возрасте здания, и сейсмической безопасности.</li><li data-bbox="507 862 1481 958">Этап 2 - скрининг на низком уровне использования, где бы не встречались стандарты (например, лабораторные и радиологические), и является ли физическое обновление слишком дорогим.</li><li data-bbox="507 958 1481 1019">Этап 3 оценил уровень инвестиций, необходимых для доведения каждого объекта до соответствующего стандарта.</li><li data-bbox="507 1019 1481 1115">Этап 4 - выбранные объекты остаются в общественном достоянии, в зависимости от местоположения, масштаба и уровня услуг, а также необходимых инвестиций капитала.</li></ul> <p data-bbox="459 1149 1481 1406">Во второй фазе реформирования, после того, как начальное объединение оказало только минимальные эффекты и не имелось государственных средств на инфраструктуру, правительство инициировало процесс приватизации, на основании чего выигравшие консорциумы должны были построить заменяющие больницы, объединив несколько больниц, предназначенных для закрытия, и дав возможность затем частным компаниям продать земельные участки под закрытыми больницами для компенсации инвестированных средств.</p> <p data-bbox="459 1440 1481 1921">Некоторые ключевые принципы реформ 2007-2009 гг. были следующие:</p> <ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="507 1473 1481 1505">Больницы будут располагаться во всех районах Грузии;</li><li data-bbox="507 1505 1481 1568">90% населения будет иметь доступ к больничному уходу на расстоянии, требующем не более 30 минут для получения доступа;</li><li data-bbox="507 1568 1481 1630">Занятые в настоящее время койки – 5600; Показатель неэффективности – 68,2% (11130 коек);</li><li data-bbox="507 1630 1481 1662">Целевая занятость койки – 85%;</li><li data-bbox="507 1662 1481 1724">Целевая средняя продолжительность госпитализации – 5 дней для острого ухода, 20 дней для среднего ухода;</li><li data-bbox="507 1724 1481 1756">Увеличение утилизации больничных услуг – 35%;</li><li data-bbox="507 1756 1481 1852">Строгое ограничение соотношения высокотехнологичных коек – 14,7% от общего числа; 1150 по всей стране; из них 744 в Тбилиси;</li><li data-bbox="507 1852 1481 1915">Установление площадей на койку; 50 кв.м в 15 и 25-кочных больницах; 75 кв.м в 50 и более кочных больницах.</li></ul>

Страна	Анализ за годы	Основные особенности
Латвия	2001-2006 гг.	<p>Реформирование было основано на:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Применении Европейских стандартов по количеству коек на единицу населения, оборудования и штатов по регионам, адаптированных латвийскими экспертами по согласованию;</li><li>Укрупнение монопрофильных больниц в многопрофильные больницы</li><li>Использование ГИС для определения доступности и участков обслуживания для каждой больницы</li><li>Значительно более крупные отделения, которые в целом варьируют от 25 до 50, в среднем около 30.</li><li>Создание мульти-госпитальных структур управления.</li></ul>
Молдова		<p>Реформирование было основано на германских и Европейских нормативах по количеству коек и персонала, с использованием макро-специальностей для установления требуемых уровней ухода. Учитывая небольшой размер страны, было предложено, чтобы несколько центров высокого качества ухода объединили более сложные виды ухода в межрайонных больницах. Большинство сельских больниц было закрыто или превращено в общинные центры, предлагающие не острые виды ухода.</p>
Монголия		<p>Необходимость более экономичных больничных услуг при существующих расходах была в достаточной мере подтверждена и указывалась в отчетах в течение ряда лет. Относительно своего населения в 2,5 миллиона человек Монголия имеет слишком много больниц, в которых отмечается избыток коек и персонала. Количество больниц на 100 тысяч населения в Монголии вдвое выше, чем в Европейском Союзе (ЕС) и в среднем по СНГ. Структура больниц различается между Улан-Батором и сельскими местностями (больницы аймака или сума), так что подход к оптимизации сектора должен отличаться. В Улан-Баторе нужно сделать упор на рационализацию (объединение и закрытие мелких больниц), в то время как в сельской местности для формирования более экономичной системы помогло бы сделать упор на эффективность и структурный переход от стационарного к амбулаторному уходу. Были предложены следующие конкретные шаги:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Все больницы Улан-Батора привести в общие регуляторные рамки с усовершенствованными системами информации и платежей, что предоставило бы сильные стимулы для повышения эффективности и качества ухода.</li><li>Быстро преобразовать больничную сеть Улан-Батора путем слияния мелких, специализированных больниц в крупные третичные клинические госпитали, обеспечивая таким образом экономию средств, которые могут инвестироваться в общественное здравоохранение и ПМСП.</li></ul>
Румыния	2002 г	<p>Румынская национальная стратегия в области рационализации больничных услуг началась в 2002 году со следующих задач: (1) осуществлять программы помощи (острые и хронические, по уходу за престарелыми и социальное обеспечение) и сосредоточиться на стационарном лечении острых и хронических услуг; (2) снизить зависимость от стационарных услуг за счет сокращения ALOS и госпитализации и повышения уровня заполняемости и пропускной способности больницы; (3) закрывать, преобразовывать или реструктурировать излишки или больницы с низким коэффициентом использования и восстановить сбережения для применения в новых медицинских услуг; (4) расширить ПМСП и функциональную интеграцию первичную и семейную помощь, амбулаторные услуги и стационарное обслуживание; (5) осуществлять более эффективные и высокопроизводительные услуги больниц (новые формы услуг), чтобы увеличить мощность больницы; а также (6) направлять деятельность по оперативному и финансовому управлению, считающуюся необходимой для поддержания стратегии (Blight 2003г.).</p>

Страна	Анализ за годы	Основные особенности
Сербия	2006-2008 гг.	Реформа в Сербии сосредоточилась на внедрении подушевых плановых параметров при минимальной сети поставителей услуг. Поскольку в Сербии было меньше избыточных количеств коек по сравнению со многими другими странами ЦВЕ/СНГ, процесс перестройки больше сосредоточивался на укреплении ключевых служб, таких как кардиоваскулярный уход и амбулаторная хирургия, а не на сокращении числа больниц. Тем не менее, были также выявлены и возможности для сокращения многих зданий в больничных городках с целью содействия межбольничному укрупнению и экономии средств.
Словакия	2002-2006 гг.	Процесс реформирования в Словакии ввел концепцию Минимальной государственной сети поставителей услуг. Учитывая структуру системы с множеством плательщиков, оценка минимальных уровней сокращаемых коек на душу населения в каждом регионе была установлена в качестве минимальной сети. Это основывалось на применении средних данных по специальностям в Европе. Цели были созданы для снижения средней продолжительности пребывания до европейского уровня, увеличения амбулаторной хирургии и консолидации неотложной помощи в более эффективные средства, следующие полные национальные оценки больницы. Реформы также способствовали развитию мульти-больничных (межбольничных) правлений, несущих ответственность за несколько больниц, особенно на местном уровне, и поддержали приватизацию поликлиник, которые затем инвестировали капитал как одно из условий приватизации, и заключили контракты с государственной страховой сетью.
Испания		Опыт провинции Валенсия, Испания, отражает инновационный подход в развитии Частного предпринимательства, где частному поставителю услуг дается концессия на управление первичной службой через больничную сеть. Это включало строительство новых клиник ПМСП в течение 10-летнего периода, и строительство и управление региональными больницами. Концессия предоставлялась на подушевом принципе, покрывая все услуги от ПМСП до больницы, на фиксированную сумму. Частные компании, управлявшие службами, смогли предоставлять все услуги примерно на 30% дешевле, чем больницы государственных сетей, предоставлявшие те же самые услуги.

## 2. Ключевые принципы реформирования сети организаций здравоохранения в Республике Казахстан

Многие вышеприведенные примеры имеют общие признаки, которые управляют как задачами, так и методами рассмотренных случаев реформирования. Следующие ключевые моменты приняты во внимание при разработке Принципов реформирования в Республике Казахстан. Международные тенденции демонстрируют следующие обобщенные факты в отношении процессов модернизации больничной службы.

Повышение эффективности, доступности и соответствия международной клинической

практике служат основными причинами для запуска Реформы. Эти условия встречаются во многих Европейских странах и в Центральной Азии.

Эти условия представляют собой набор начальных условий, большинство из которых схожи с ситуацией в Казахстане. Среди ключевых стимулов для начала процесса реформ имеются следующие:

- Значительный рост числа поступлений всех видов, начиная с острых случаев до неотложных состояний, вследствие отсутствия хорошо организованной системы направлений. В результате этого такие отклонения приводят к большому

проценту не нужных госпитализаций и неэффективному распределению средств на менее экономичные виды деятельности (например, откладывание элективных хирургических вмешательств). Например, в области Тоскана количество избыточных госпитализаций поставили целью снизить до 160 поступления на 1000 населения с 184 поступлений.

- Большое количество, иногда мелких больниц, рассеянных по территории и расположенных без учета критерия доступности или потребностей населения, на основе исторически сложившихся реалий. В Тоскане до реформы на регион приходилась 1 больница на 37 тысяч населения, в то время как оптимальный уровень оценивался как 1 больница на 90 тысяч населения.
- Изнашивающаяся инфраструктура и оборудование. В случае с областью Тоскана 75% больниц были построены до 1920 года.
- Отсутствие сетевого видения, что в случае с Ирландией привело к «задержкам выписок из больниц острого ухода вследствие недостаточности общинных мест для перевода или реабилитации» и «занятию большого числа больничных коек больными с хроническими заболеваниями, включая (но не ограничиваясь) престарелыми, которые склоны поступать периодически для стабилизации своего состояния (Cole, 2009).
- Серьезные трудности по обеспечению высококачественного комплексного ухода в мелких больницах.
- Третичный уровень, поглотивший не пропорционально высокую долю средств.
- Длинные листы ожидания по направлениям врачей общей практики для амбулаторной госпитальной

консультации, диагностики, элективной хирургии или другим видам лечения (Cole, 2009)

- Медицинский и не медицинский персонал отстает от наилучшей клинической практики и практики ЕС.

*Все случаи имеют схожие принципы и направления действий, ведомые процессом реформы больничного дела.*

1. Как в случае с предыдущим случаем, имеется перечень общих принципов, которыми руководствуются реформы в обоих примерах:
2. Новое направление предоставления больничных услуг, основанное на интересах пациента, то есть, учет прежде всего потребностей населения. И как следствие, количество коек по каждой специальности и региону рассчитывается в соответствии с демографическими и эпидемиологическими условиями.
3. Медицинские услуги должны располагаться как можно ближе к пациентам, поэтому эффективный доступ остается одним из ключевых принципов процесса реформирования (принцип солидарности). Этот принцип дополняется понятием, что при возможности лучше и желательнее предоставлять уход на дому.
4. Сократить потребность в госпитализации посредством усиления профилактических программ, первичной помощи и общинных услуг. Повышение роли общинных услуг в качестве части интегрированной непрерывной цепи служб, включающих уход на дому, первичные службы, общинные службы, и представителей услуг при острых состояниях. Также службы здравоохранения должны интегрироваться с другими социальными службами.
5. Концентрация комплексных/сложных

услуг в меньшем количестве учреждений.

6. В результате пунктов 3 и 4, капитальные инвестиции распределяются по приоритетности вдоль континуума услуг, а не только в секторе острых услуг. Инвестиции нацелены на:
  - a. Рационализацию и упрощение больничной сети
  - b. Обновление больничной инфраструктуры
  - c. Перераспределение инфраструктурных ресурсов для амбулаторного лечения

Результаты пересмотра финансовых вложений были значительными. В 1997 году 57% расходов на здравоохранение в Тоскане направлялось на больничные услуги, а к 2006 году 43% бюджета здравоохранения направлялось на вторичный и третичный уровень услуг.

1. Обоснованность лечения и использования ресурсов; надежность услуг (безопасность и защищенность пациента)
2. Распределение территорий для целей планирования в соответствии с широкими сегментами, определенными согласно с заранее определенными критериями (городские/сельские условия, население, доступность и т.д.).
3. Модернизация медицинского ухода и вспомогательных услуг (принцип инновационности) путем приобретения и применения последних диагностических, терапевтических и технологических решений.
4. Обновление инфраструктуры здравоохранения региона.
5. Упор на обучение и научные исследования посредством поощрения культуры профессионального роста и стимулирования интеллектуального, клинического и медицинского роста

профессионализма.

6. Усилить санитарное просвещение населения.

Рекомендуется, чтобы средний размер больниц острого ухода был между 200 и 600 койками, а минимальный размер для самостоятельности отделений следует увеличить примерно до 25.

Всемирный Банк (2006 г.) и другие источники предполагают, хотя и не официально, что оптимальный размер больниц острого ухода должен быть в пределах 200-600 коек. Больницы с количеством коек меньше 200 или выше 800 не рекомендуются вследствие проблем с эффективностью и управляемостью. Случай с примером Тосканы наглядно демонстрирует данную тенденцию, так что к 2000 году средний размер больниц острого ухода в провинции был в пределах 400-450 коек.

Средний рекомендуемый размер отделения в многопрофильной больнице в настоящее время варьирует от 25 до 30 коек. Это тот размер, когда можно предоставить соответствующий сестринский уход и распределение пациентов и оптимизировать планирование площадей. В этом отношении, и в соответствии с рекомендациями по обеспечению адекватной штатной численности по специальностям, большинство исследований рекомендует, чтобы минимальное количество коек было увеличено в отношении минимального размера отделения. Любой уровень коек, спроектированных для учреждения, меньше размера отделения, будет включен в общие отделы внутренней медицины, хирургии или долгосрочного ухода.

Больницы обычно воспринимаются в качестве части сети услуг (непрерывность ухода) с повышением роли общинных услуг в сети.

Одним из ключевых элементов

обсуждаемых реформ является внедрение интегрированных сетей обслуживания, где менее специализированные услуги выделены из учреждений острого ухода в общинные учреждения. Таким образом, первичные службы и общинные центры ответственны за более раннее установление диагноза и предупредительные методы лечения, чтобы сократить число госпитализаций. Общинные центры здоровья (2 уровень) становятся с

одной стороны ключевым элементом программ укрепления здоровья, профилактики заболеваемости и ранней диагностики и вмешательства, и с другой стороны посредством горизонтальной и вертикальной интеграции сети повышают таким способом сотрудничество с домашним уходом и центрами ПМСП с амбулаторными и стационарными службами.

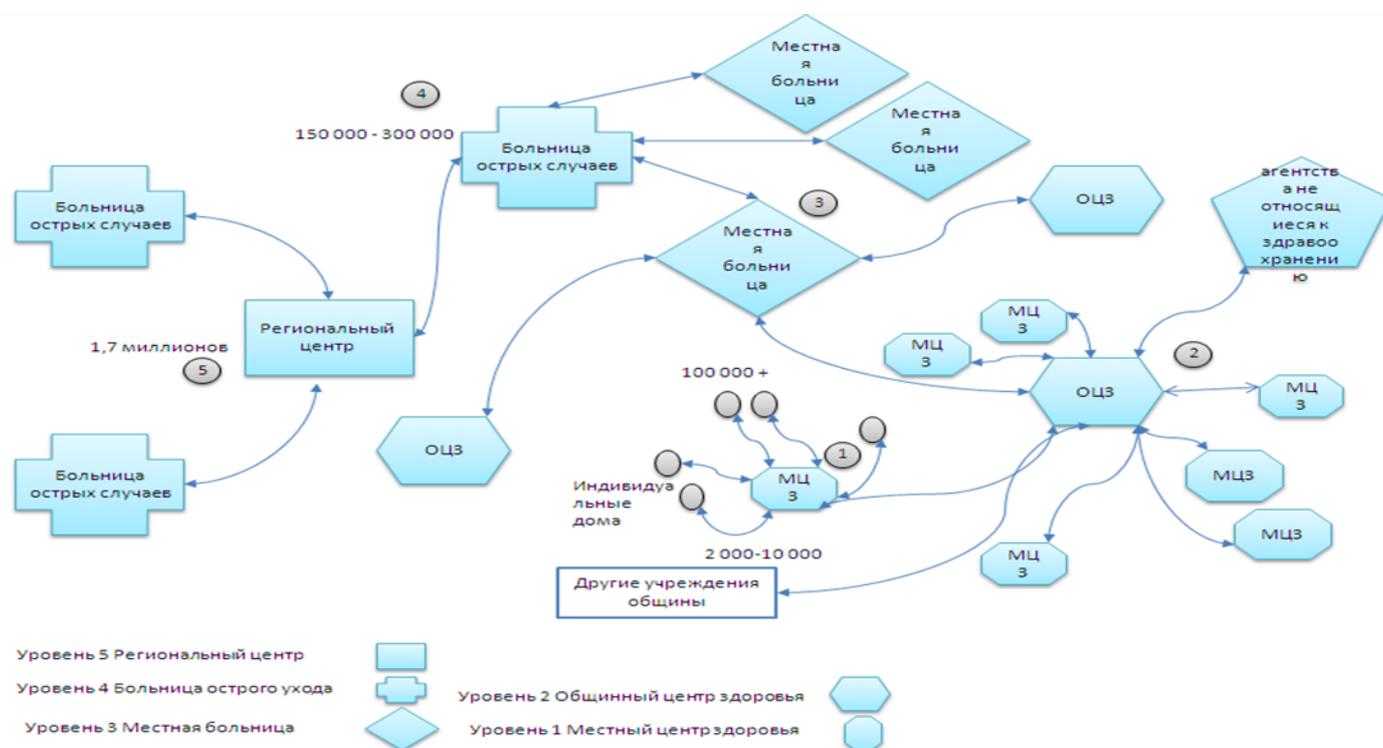


Рисунок 1: Интегрированная сеть служб Ирландии

Внедрение сетей медицинской помощи также предполагает приближение услуг для пациентов, путем укрепления потенциала внутри-районных больниц для оказания услуг, таких как онкология, и использования специалистов из больниц третичного уровня в региональных больницах для обеспечения периодических семинаров, например, еженедельно, в меньших больницах, а не поддержание специалистов с полной занятостью.

Модернизация больничной службы

также означает внедрение или расширение клинических практик в соответствии с наилучшими международными достижениями.

Дополнительной чертой процессов модернизации больничных служб является внедрение или усиление клинических подходов, являющихся весьма экономичными, но не используемых пока в регулярной деятельности центров третичного ухода. Среди прочих, новая модель мотивировала внедрение некоторых наиболее часто встречающихся подходов, таких как:

Увеличение показателя предоставления дневных процедур. Например, в Тоскане процент дневных госпитализаций возрос с 15% в середине 1990-х до более чем 50% в 2006 году. Амбулаторные хирургические вмешательства сыграли критически важную роль в достижении этой цели.

Лечение болезней на амбулаторном уровне в ЦПМСП и общинных центрах вместо лечения в стационарных условиях.

Широкое использование клинических рекомендаций/протоколов для ведения и стандартизации клинических подходов.

В настоящее время организация учреждений зависит от потребностей населения в медицинских услугах, а количество отделов ограничено, так что примерно 95% больничных поступлений может лечиться в 10 или около того подразделениях. Это обычно называется подходом по *проектированию гибкости* при котором койки больницы не распределяются (то есть, эти для кардиологии, а те для ревматологии и т.д.), а занимаются по потребностям населения. И как следствие, здания больниц строятся по более универсальным стандартам и не сосредотачиваются на какой-либо отдельной области.

### **Централизация сложных услуг**

Имеется большее взаимопонимание в отношении необходимости централизовать предоставление тех услуг, которые в связи со сложностью вмешательств, требуют специальных навыков или оборудования, которые трудно содержать в местных больницах. Эта группа включает среди прочих дополнительные услуги, такие как онкологического характера, трансплантаты, сердечно-сосудистая хирургия, гематология, нефрология, дерматология, эндокринология и неврология.

Эти узкие специальности имеют характеристики, которые вследствие высокой стоимости лучше предоставлять в региональных центрах, вместо того, чтобы распределить их по учреждениям по всей стране. Таким образом, система использует принцип высокой востребованности, и как следствие, экономии масштаба.

*Потребовались значительные ресурсы для внедрения Планов реформирования*

Например, в Ирландии и Тоскане потребовались значительные финансовые средства для внедрения их планов

реформирования. Между началом 1990-х и 2001 г. область Тоскана инвестировала примерно 2,3 миллиарда Евро (Erskine et al, 2009), а в последующие годы дополнительные инвестиции были в среднем на уровне 250 миллионов Евро в год, включая на содержание и строительство новых учреждений. С другой стороны, Ирландия запланировала вложить в целом 5 миллиардов Евро на период 2000-2010 гг.

В случае с рассмотренными Восточно-Европейскими странами, вследствие недостатка ресурсов было запланировано потратить гораздо меньше средств. Тем не менее, многие предложения по реформированию предусматривали инвестиционные потребности для обновления больничной инфраструктуры. Исследование ВБ, проведенное Домиником Хаазеном в 2006 году, указало на то, что оценочные инвестиционные потребности для больниц находятся на уровне 50-150 Евро на душу населения. Это примерно соответствует 700 миллионам-2,4 миллиардам Евро в инвестициях в Республике Казахстан только лишь для укрепления больничной инфраструктуры.

### **Реформирование сети больничных организаций в РК**

Подход в перспективных планах развития инфраструктуры организаций здравоохранения основан на потребности населения, и предлагаемая больничная сеть ориентирована на пациента, отступая от традиционной модели, основанной на определении стандарта коечного фонда, которая в настоящее время доминирует в нормативно-правовой базе.

Основываясь на анализе международного опыта, рекомендациях компании Санигест (в рамках проекта ВБ) по реформированию сети организаций здравоохранения в РК и существующей ситуации, сформулированы основополагающие принципы разработки новой сети больничных организаций:

Своевременный доступ к медицинским услугам для всего населения;

Безопасные, качественные медицинские услуги, предоставляемые в соответствии с международными стандартами медицинского обслуживания;

Справедливое распределение ресурсов между учреждениями первичной медицинской

помощи и больницами;

Развитие устойчивой системы финансирования, обеспечивающей регулирование услуг и доступных ресурсов; и

Создание высокоспециализированных национальных центров, предоставляющих медицинское обслуживание высочайшего уровня для всего населения.

Представленный подход также включает три дополнительных аспекта планирования для больниц:

Услуги должны основываться на потребностях населения, а не учреждений;

Предлагаемые услуги должны соответствовать существующей системе финансирования; и

Минимальный размер больницы должен быть основан на изучении деятельности больниц и руководствоваться экономическими стандартами и стандартами качества, которые демонстрируют, что небольшие больницы несут не только более высокие затраты на один пролеченный случай, но и во многих случаях, их результаты деятельности намного хуже, чем в больших больницах.

### 3.1 Уровни медицинского обслуживания

В рамках реформирования сети организаций здравоохранения уровни медицинского обслуживания подразделены на три категории: первичное медицинское обслуживание, вторичный уровень медицинского обслуживания (два уровня), и третичный уровень.

Первичный уровень: аналогично существующей системе первичного медицинского обслуживания, ее роль заключается в том, что она должна выступать в качестве первичной инстанции системы здравоохранения для пациентов и оказывать большую часть услуг медицинской помощи. В соответствии с мировыми тенденциями, данные услуги должны оказываться в многопрофильных клиниках, вместо одного врача.

Вторичный уровень: услуги вторичного уровня подразделяются на два уровня: районные и межрайонные больницы. Районные больницы включают, прежде всего, вопросы медицинского обслуживания по хирургии, педиатрии, акушерства и гинекологии и не включают обслуживание пациентов с осложнениями по данным профилям. В

дополнение к более сложным видам медицинской помощи в области терапии, хирургии, педиатрии, акушерства и гинекологии Межрайонные больницы включают парамедицинскую помощь и при острых психических заболеваниях. Оба уровня предоставляют неотложную медицинскую помощь, услуги по диагностике и консультированию в зависимости от того, какие услуги доступны.

Третичный уровень: третичный уровень включает все услуги, представленные на вторичном уровне, а также расширенное специализированное медицинское обслуживание. Третичный уровень включает областные/ университетские больницы и специализированные республиканские и национальные институты.

В рамках новой сети организаций здравоохранения была предусмотрена следующая реорганизация категорий больниц:

Районные больницы: для районов обслуживания с численностью 20 000 - 50 000 населения, районные больницы включают специализированную помощь по четырем основным специальностям (общая терапия, хирургия, педиатрия и гинекология-акушерство). Необходимо также консультирование специалистов из клиник или больниц вторичного уровня. Районы с численностью населения менее 20 000 жителей будут получать специализированную медицинскую помощь с поддержкой врачей-специалистов из районной или межрайонной больницы, при необходимости.

Межрайонные больницы: с зоной обслуживания 50 000 - 250 000 населения, межрайонные больницы, представляют, как вторичный, так и третичный уровень медицинской помощи, и ограниченный набор услуг для лечения острых и хронических заболеваний.

Городские/Областные больницы: больницы областного уровня, охватывающие специальности третичного уровня, включающие детские и онкологические центры, а также многопрофильные высокоспециализированные университетские больницы в каждой области.

Республиканские больницы и университетские клиники.

### 3.2 Изменение стационарной сети согласно региональным перспективным планам регионов до 2025 года

Согласно перспективным планам развития организаций здравоохранения сеть больничных организаций в Республике Казахстан была реструктурирована основываясь на следующих показателях:

1) использование механизмов централизации и децентрализации медицинской помощи:

- включение монопрофильных больниц и монопрофильных центров в многопрофильные больницы,

- реструктуризация больниц в сельской местности:

в отделения, самостоятельные больницы, например, районные больницы (РБ) с организацией стационарной помощи по основным 4-м профилям: педиатрия, терапия, акушерство, хирургия;

централизация оказания специализированной стационарной помощи в многопрофильные межрайонные больницы (МРБ) для нескольких районов (нескольких РБ).

В целях рационального распределения финансовых ресурсов, достижения лучших результатов в оказании амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи перспективный план до 2025 года предусматривает реструктуризацию больничного сектора:

объединение монопрофильных стационаров (больниц, диспансеров) в многопрофильные исходя из территориального расположения объектов, наличия кадровых ресурсов.

При этом, при формировании медицинского кластера учитывать наличие частной медицины на территории кластера;

2) перепрофилирование коек в востребованные профили в зависимости от структуры заболеваемости и потребности населения;

3) перепрофилирование нерентабельных маломощных стационаров с удовлетворительной материальной базой в реабилитационные центры, больницы сестринского ухода и хосписы, в объекты ПМСП с койками дневного пребывания;

4) закрытие нерентабельных маломощных стационаров с материальной базой не соответствующих общепринятым

санитарным нормам и правилам;

5) планирование строительства новых больничных организаций по потребности населения или взамен устаревших зданий больниц;

5) планирование капитального ремонта и реконструкции зданий больниц;

снижение СДПБ на 25% по всем специальностям с особым упором в хирургию, туберкулез и переход от скорой медицинской помощи к долгосрочному уходу;

средняя коечная мощность больниц должна составлять от 200 до 600 коек: в том числе, для РБ – до 100 коек; МРБ – от 100 до 500 коек; городским многопрофильным от 400 до 800 коек, областным многопрофильным и для города республиканского значения и столицы 600-1000 коек и более.

Оптимизация государственной инфраструктуры здравоохранения будет проведена путем горизонтальной и вертикальной интеграции в виде слияния и объединения медицинских организаций.

Горизонтальная интеграция позволит повысить преемственность, полноту и качество услуг (например, слияние районной больницы и поликлиники, слияние монопрофильных клиник с многопрофильными).

Вертикальная интеграция позволит повысить управляемость и эффективность (например, слияние областных и районных противотуберкулезных диспансеров)».

**Таблица 2. Изменения сети больничных организаций РК за 2010, 2017 и 2025 годы**

	Количество БО		
	2010	2017	к 2025 г. (РПП)
<b>ВСЕГО</b>	810	640	348
<b>Многопрофильные (областные, городские)</b>	120	109	89
<b>Монопрофильные, в т.ч.:</b>	314	191	51
Инфекционные больницы	22	15	
Перинатальные центры	17	28	
Родильные дома	29	12	
Офтальмологические больницы	4	4	
Противотуберкулёзные больницы	64	5	47
Специализированные наркобольницы	11	3	
Психиатрические больницы	12	10	
Организации восстановительного лечения	10	11	
Хоспис		3	4
Больница сестринского ухода		1	
Противотуберкулёзные диспансеры	57	23	
Онкологические диспансеры	17	17	
Кожно-венерологические диспансеры	27	17	
Психиатрические диспансеры	19	15	
Эндокринологический диспансер	1	1	
Наркологические диспансеры	20	16	
Кардиологические диспансеры	4	7	
Обл.центр травматологии		1	
Областная челюстно-лицевая больница		1	
Областной центр мед. помощи ВОВ		1	
Республиканские МО	29	28	22
МРБ		6	33
ЦРБ	156	157	
Районные больницы	24	16	153
Сельские больницы	167	133	123

За период проведения реструктуризации больничного сектора с 2010 по 2017 годы сеть медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь населению республики перенесла некоторые изменения.

Так, за этот период количество больничных организаций снизилось на 170 единиц с 810 до 640 (-21%), количество монопрофильных больниц уменьшилось на 119 единиц с 314 до 191 (-39,2%).

Если в 2010 году удельный вес монопрофильных больниц составлял 38,7%, то в 2017 году - 29,8%. В 2025 году удельный вес

монопрофильных стационаров составит 14,7%.

Согласно РПП, количество больничных организаций к 2025 году составит 348. Однако, снижение количества больничных организаций не подразумевает сокращение коечного фонда, за исключением неработающих и дублирующих коек. Монопрофильные больницы будут включены в состав многопрофильных стационаров. Таким образом, населению будут оказаны все востребованные виды специализированной медицинской помощи.

Тем самым, ожидается улучшение доступности и качества оказания больничной медицинской помощи.

## Список литературы

1. Джон Коул. Глава 7 Стратегическое планирование средств обслуживания здоровья в Северной Ирландии. В: Речел, Бернд и другие (2009) Капиталовложение в здравоохранение: Социологические исследования из Европы. КТО: европейская Обсерватория на Системах Здоровья и Политики Ряд 18. Лондон.
2. 2Джонатан Эркайн, Марио Ромери, Крепостной вал Simona, Дарио Розини. Глава 12. Стратегическое планирование актива: интегрированная региональная система здравоохранения, Тоскана, Италия. В: Rechel, Bernd и другие (2009) Капиталовложение для Здоровья: Социологические исследования из Европы. КТО: европейская Обсерватория на Системах Здоровья и Политике {Полисах} Изучает Ряд 18. Лондон.
3. Эттельт Стефани и другие (2008). Полное Планирование в Здравоохранении. Обзор Международного Опыта. Дания: европейская Обсерватория на Системах Здоровья и Политике, Резюме Политики, Мировой Организации здравоохранения
4. Карен Флинн (2009). Регионолизация Хирургических Услуг. Администрация Здоровья Ветеранов Услуг Лечения. Краткий обзор Программы Оценки Технологии. Бостон, МА.
5. Джордж М.д. Гоцадзе, Геджи Матарадзе, М.Д., и Акаки Цойдзе, М.Д. Реформа Сектора Больницы и Ее Значения на HRD в Грузии. ВОЗ Техническое Сообщение. 2008.
6. Джесси Марис (2008). Управление системой здоровья, фондом страхования от болезней и больницами в Эстонии - возможности улучшить работу. ВОЗ
7. Министерство здравоохранения, Область Онтарио, Канада. "Оглядываясь назад, Ожидая". Комиссия Реструктурирования Медицинского обслуживания Онтарио (1996-2000). Март 2000
8. Министерства здравоохранения Услуги и Здоровье, Планирование (2002) Стандарты Доступности и
9. Руководящих принципов для Условия Жизнеспособных Услуг Особой осторожности Органами здравоохранения. Британская Колумбия, Канада.
9. Министерство здравоохранения и Население Египта (2001) Национальное Здоровье, Планирование Стандартов и Руководящие принципы. Здоровье ведет, Планируя Стандарты и Руководящие принципы для Сообщения 1 о Финале Услуг на основе средств. Каир: МНР Техническая Поддержка.
10. Министерство Благополучия, Республика Латвии. Национальный План Развития Здравоохранения (Генеральный План). 2001.
11. Рэчел Бернд и другие (2009) Вложение в Больницы Будущего. ВОЗ: европейская Обсерватория на Системах Здоровья и Политике, Изучает Ряд 16. Лондон.
12. Sanigest Internacional (2006) Минимальный Общественный План Планирования и Генеральный план Сети. Документ, представленный Министерству здравоохранения Республики Словакии. Братислава.
13. Sanigest Internacional (2007) Генеральный плансети. Документ, представленный Министерству здравоохранения Республики Сербии как часть Проекта Стратегии Переконфигурации Сектора Здоровья. Белград.
14. Виласа Эухенио (2005) Os Sistemas Integrados de Servicos de Saude no SUS, Бразилиа.
15. ВОЗ Мировая Организация здравоохранения 2001, Здоровье для Всея Базы данных, <http://www.euphin.dk/hfa/index.htm>
16. ВОЗ Обсерватория 2001. Здоровье в Переходе (ПОРАЖАЛО) Профили Страны. <http://www.observatory.dk/TopPage-9.htm>
17. Международный банк (2006) Планирование Больницы - Руководящие принципы по планированию Больших Больниц неотложной помощи. Вашингтон: Рабочий документ Группы Международного банка