

**РЕФОРМИРОВАНИЕ И РЕСТРУКТУРИЗАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИЙ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

N.I. Akylbekova

**REFORMING AND RESTRUCTURING OF THE ORGANIZATIONS OF PUBLIC
HEALTH SERVICES OF THE KYRGYZ REPUBLIC**

УДК: 331.483: 332.021.8

В статье рассматривается процесс реформирования и реструктуризации организаций здравоохранения Кыргызской Республики, дается оценка проводимой реструктуризации организаций здравоохранения

In article process of reforming and restructuring of the organizations of public health services of the Kirghiz Republic is considered, the estimation of spent re-structuring of the organizations of public health services is given.

Механизм финансирования здравоохранения из средств государственного бюджета на основе ресурсного обеспечения коечного фонда, численности медицинских работников и других сетевых показателей, привел к нерациональному использованию ограниченных финансовых ресурсов, приоритетному (более 80% бюджета) направлению их на оплату труда и коммунальные расходы. На медикаменты и питание больных направлялось не более 14% бюджета.

Затратный и экстенсивный путь развития учреждений пришел в противоречие с основными принципами функционирования системы «Единого плательщика», в основе которых лежат два ключевых слова: рациональность и эффективность.

Поэтому начатая реструктуризация в здравоохранении стала результирующим фактором внедрения нового механизма финансирования. Она проводилась с целью сокращения затрат по содержанию и направления высвобожденных ресурсов на увеличение расходов по лекарственному обеспечению и питанию больных, а также повышение заработной платы в рамках сложившегося фонда оплаты труда.

Реструктуризация сети больничных учреждений, трансформация неэффективно работающих мелких стационаров в более эффективные учреждения, объединение специализированных учреждений, создание больниц общего профиля является важным направлением проводимых в секторе здравоохранения реформ. Совместно с руководителями всех лечебных учреждений Министерством здравоохранения были разработаны планы реструктуризации стационарных учреждений, основанные на сокращении дублирующих малоэффективных и не соответствующих современным требованиям в техническом оснащении учреждений. Планы реструктуризации были одобрены Всемирным Банком до вступления в силу проекта «Реформирование здравоохранения-2».

Проведен мониторинг реализации планов реструктуризации стационарной службы во всех регионах, кроме г.Бишкек. В результате в республике консервировано 53 здания, сданы в аренду - 49, снесены - 39, переданы на баланс другого учреждения, в том числе на первичный уровень здравоохранения - 51.

Кроме того, в соответствии с новой системой показателей проведения расчетов с учреждениями здравоохранения по видам медико-санитарной помощи, была разработана и утверждена новая структура здравоохранения районов (городов), построенная на разделении первичной и стационарных служб, создании на базе поликлиник при стационарах Амбулаторно-диагностических отделений стационаров и Центров семейной медицины с приписанными к ним Группами семейных врачей (ГСВ). В порядке эксперимента допускалось и функционирование ГСВ с юридической самостоятельностью.

За годы реформирования системы здравоохранения в результате проводимой реструктуризации больничных коек в стране стало в полтора раза меньше. На сегодняшний день в республике насчитывается 174 больничные организации на более чем 26 тысяч коек [7].

Уменьшение больничных коек привело к уменьшению затрат на коммунальные услуги и эксплуатационные расходы. Следовательно, сэкономленные деньги направляются на увеличение запасов лекарственных средств и повышение эффективности лечения.

Таблица 1.

Число медицинских учреждений [8].

	2005	2006	2007	2008	2009
Больничные учреждения	181	159	159	169	174
Врачебные учреждения	214	212	203	205	196
Центры семейной медицины	88	85	86	87	80
В них ГСВ	670	672	670	684	682
ГСВ самостоятельные, юр.л.	31	31	31	29	24
Фельдшерско-акушерские пункты	928	862	872	900	931
Станции скорой мед. помощи	93	92	96	96	91
Дома ребенка	4	4	4	4	4

Таким образом, мы видим, что благодаря реформам увеличилось число ГСВ и ФАП, что свидетельствует об увеличении пролеченного населения. Так в 2009 году в стационарах было пролечено около 800 тысяч пациентов [5]. Рост пролеченных случаев свидетельствует об улучшении доступности к стационарным услугам за счет расширения льгот по Программе государственных гарантий.

Реструктуризация организаций здравоохранения позволила достичь основной цели реформы - социальная защита населения в области охраны и

укрепления здоровья населения путем увеличения доступности населения, особенно его социально-уязвимых слоев, нетрудоспособных, малообеспеченных граждан, больных социальными и тяжелыми заболеваниями, к медицинским услугам путем эффективного использования ограниченных финансовых ресурсов здравоохранения.

Реструктуризация организаций здравоохранения при реформировании системы здравоохранения включает как разделение, или выделение отдельных субъектов, так и изменение их внутренней структуры и менеджмента, а также оптимизацию внутреннего потенциала.

Основными целями реструктуризации организаций здравоохранения являются [3]:

- адаптация к новым условиям финансирования;
- вовлечение персонала в процесс по сокращению затрат;
- оптимизация штатной численности персонала и коечного фонда;
- мотивация персонала к повышению качества предоставляемых медицинских услуг и др.

Эффективное проведение реструктуризации организаций здравоохранения предполагает ее этапность.

Реструктуризация организаций здравоохранения включает следующие этапы:

- прогнозирование коечного фонда;
- разработка программы реструктуризации организаций здравоохранения района/города;
- формирование штатной численности;
- утверждение новой структуры организаций здравоохранения района/города.

В соответствие с диагностикой результатов реструктуризации организаций здравоохранения, работающих в условиях Единого плательщика, за период с 2001-2004 годы выявлено, что основными условиями, учитываемыми при разработке Программы госгарантий для достижения целей реформы являются [1]:

- коечный фонд отделения должен быть не менее 20 коек;
- при коечном фонде меньше 20 коек, но больше 5 коек - слияние отделений, при прогнозе меньше 5 коек - закрытие отделения;
- при слиянии отделений учет профиля, функциональной близости и санитарно-эпидемиологических норм;
- учет отдаленности сельских участковых больниц от ЦРБ, уровня транспортных коммуникаций и телефонной связи, а также социальных и политических факторов;
- расходы на коммунальные услуги не должны превышать 30% от средств местного бюджета.

Право формирования и утверждения штатного расписания передается организациям здравоохранения.

При формировании штатной численности необходимо учитывать [2]:

- существующие штатные нормативы носят рекомендательный характер;
- общие расходы на оплату труда за счет всех источников не должны превышать в стационаре -

45%, в ГСВ/ЦСМ - 60% (при формировании консолидированного плана распределения доходов организаций здравоохранения в системе Единого плательщика приняты установленные ограничения по использованию средств ОМС, сооплаты и утвержденных объемов финансирования на год по бюджетным средствам [6].

- количество ставок врачебного и среднего медицинского персонала в отделениях зависит от числа пролеченных случаев;
- круглосуточные посты формируются из расчета 4,75 ставки на один врачебный/сестринский пост и 4,5 ставки на один санитарский пост;
- потребность в штатных единицах сверх круглосуточных постов в клинических отделениях определяется индивидуально в зависимости от нагрузки;
- определение штатной численности административно-хозяйственной части производится по принципу - обеспечение деятельности организаций здравоохранения при оптимальном количестве персонала.

Анализ штатной численности персонала необходимо проводить по клиническим и вспомогательным службам. За оптимальное принимается соотношение клиники и параклиники как 60% и 40%.

Анализ по клиническим отделениям должен включать: исполнение норм нагрузки врачами и медсестрами клинических отделений и работа коечного фонда по численности выписанных больных.

Анализ по лабораторно-диагностическим службам должен включать: исполнение норм нагрузки по показателям проведенных обследований и анализов, медицинских процедур и манипуляций, числа посещений больных узких специалистов и др.

Недовыполнение норм нагрузки медперсоналом требует оптимизации штатной численности персонала и коечного фонда организации здравоохранения, разработки новой структуры организации и согласование ее с руководителем.

Оценка затрат коммунальных расходов требует анализа работы коечного фонда. Низкий уровень работы коечного фонда при нерациональных коммунальных расходах предопределяет разработку предложений по объединению клинических отделений и оптимального их размещения.

При наличии дублирующих служб (районная, городская или областная больницы), неэффективных участковых больниц или отделений территориальных больниц принимается решение об их объединении или ликвидации.

Мониторинг эффективности структуры и финансового состояния организаций здравоохранения, работающих в системе Единого плательщика, должен включать анализ и оценку эффективности структуры и финансового состояния организаций здравоохранения.

Реструктуризация организаций здравоохранения и перевод их в госпредприятия с правом оперативного управления государственной собственностью в соответствии с Законом «Об организациях здравоохранения в Кыргызской Республике» требует

постоянной диагностики и контроля затрат по средствам государственного бюджета, ОМС и сооплаты, получаемых по расчетам в системе Единого плательщика.

Таким образом, реструктуризация в сочетании с новыми методами финансирования оказала влияние на повышение эффективности имеющихся ресурсов, более рациональное их использование, улучшение качества медицинской помощи (улучшение доступности лекарственных средств, изделий медицинского назначения, улучшение условий пребывания в стационаре) и увеличение заработной платы работников, что способствовало снижению неофициальных выплат.

Литература:

1. Сборник нормативно-методических документов по финансированию учреждений здравоохранения в системе Единого плательщика/ Мейманалиев Т.С, Учкёмпирова Р.М., О.Догерти Шила, Саякбаева А.А. и др. - Бишкек, 2002.
2. Приказ Министерством здравоохранения Кыргызской Республики от 4 марта 2003 года.
3. Саякбаева А.А. Социальная защита населения. - Бишкек: КНУ им.Ж.Баласагына, 2006. - С. 226.
4. Национальные Счета Здравоохранения в Кыргызстане 2009. Центр анализа политики здравоохранения. <http://www.hpac.kg>, 2011.
5. Социально-экономическое положение КР. - Б.: Нацстатком, 2009.
6. Методическое руководство по формированию и исполнению консолидированного бюджета организаций здравоохранения при исполнении Программы государственных гарантий медико-санитарной помощи гражданам Кыргызской Республики: Постановление Правительства Кыргызской Республики от 26 февраля 2005 года №110.
7. : www.stat.kg
8. www.mz.kg

Рецензент: д.э.н., профессор Закиров А.З.