

*Каратаев М.М., Абдраимов Т.С., Джемуратов К.А.*

## МЕДИЦИНСКОЕ РАЙОНИРОВАНИЕ КАК ЭТАП ОПТИМИЗАЦИИ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В РЕГИОНАХ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Система здравоохранения в республике переживает период коренной трансформации, вызванной переходом к рыночной экономике. За эти годы, на фоне снижения финансирования здравоохранения, резко ухудшились показатели здоровья и здравоохранения. При недостаточных ассигнованиях, одним из путей выхода из этой ситуации стало максимально эффективное использование выделяемых средств. Результаты проведенного эксперимента в конце 80-х и в начале 90-х годов по внедрению нового хозяйственного механизма, показал целесообразность более глубокой разработки экономических методов управления отраслью.

Децентрализация управления заставила территориальные органы управления здравоохранения, главных врачей в условиях нарастающего дефицита средств искать свои способы сохранения доступности медицинской помощи, повышения ее медицинской и экономической эффективности при сохранении уровня качества. Большинство авторов считают, что для решения этой задачи необходима значительная структурная перестройка отрасли, что несовершенная структура оказания медицинской помощи, неразвитость экономических отношений между субъектами в системе здравоохранения, несовершенство методов оплаты деятельности лечебных учреждений - все это приводит к нерациональному использованию ресурсов здравоохранения, к нарушению качества медицинской помощи (Щепин О.П. и соавт., 1999; Кучеренко В.З., Данишевский К.Д., 2000; Вялков А.И., Кучеренко В.З., Авксентьева М.В., 2001).

При острой нехватке ресурсов в отрасли отсутствует система оценки и обеспечения эффективности использования ресурсов здравоохранения, то есть представления населению максимального объема качественной медицинской помощи на единицу затраченных ресурсов. Более того, в деятельности органов управления не утвердилось само понятие «эффективность» применительно к функционированию ЛПУ. Утрачены обязательные компоненты любой системы управления – мониторинг и оценка деятельности учреждений здравоохранения, системы в целом (Каратаев М.М., 2000; Аканов А.А., 2001; Захаров И.С., Шинболатова А.С., 2002).

На современном этапе планирования и организации медицинской помощи, особенно на уровне обширных территориальных преобразований, необходим учет не только показателей, характеризующие здоровье населения и

здравоохранения, но и географических аспектов размещения населения и ресурсов здравоохранения.

Интеграция способствует, как правило, сглаживанию различий между географическими районами и социально-экономическими группами в отношении доступности служб и интенсивности их использования.

Общие национальные задачи в здравоохранении наилучшим образом выполняются при децентрализации системы и предоставления местным органам здравоохранения свободы действий, необходимых средств и финансовых возможностей. Разделение ответственности означает, что каждая из множества инстанций разного уровня отвечает за свою специфическую сферу деятельности, составляющую вместе с другими единое целое.

Необходимы четкое определение обслуживаемых районов с учетом территориального расположения и транспортной доступности, численности обслуживаемого населения, оптимального распределения видов и объемов помощи в системе ЦРБ – межрайонный центр – областная больница, организация и контроль потоков больных в территориальной медико-санитарной зоне.

Совершенствование территориальной организации всей системы общественного обслуживания обуславливает настоятельную необходимость разработки принципиально новых подходов к формированию сети медицинских учреждений, особенно больниц, обеспечивающих полное и своевременное удовлетворение потребности населения во всех видах специализированной стационарной медицинской помощи.

Учитывая скромные лечебно-диагностические возможности, недостаток квалифицированных медицинских кадров, слабую материально-техническую базу и дефицит финансовых средств сельских лечебно-профилактических учреждений, особая роль в настоящее время отводится развитию специализированной консультативной медицинской помощи, в частности развитию передвижных форм лечебно-диагностической помощи и особенно созданию межрайонных консультативно-диагностических центров.

Стационарную помощь населению на территории административно-территориального района оказывают Территориальные больницы, а также филиалы и структурные подразделения Территориальных больниц. В основном структурные подразделения и филиалы Территориальных больниц

оказывают общеврачебную помощь, что составляет 98,2%. Территориальные больницы в районной местности (52,2%) и в городской местности (16,7%) оказывают медицинскую помощь по основным специальностям: терапия, хирургия, акушерство и гинекология, педиатрия, а специализированные виды (по 10 - 15 специальностям) – в 75,0% городских Территориальных больницах и 41,3% в районных Территориальных больницах (табл. 1).

**Таблица 1**

**Распределение коек по типу больниц по уровню специализации стационарного лечения (без областного уровня) (в % к количеству коек по каждому типу больниц)**

Тип больницы	Общеврачебная помощь	Помощь по основным специальностям	Специализированная помощь
СП ТБ, ФТБ	98,2	1,8	0,0
Городские ТБ	8,3	16,7	75,0
Районные ТБ	6,5	52,2	41,3
Всего	37,7	23,6	38,8

Таким образом, как следует из данной таблицы, у 37,7% больниц здравоохранения в регионах может быть представлена лишь общеврачебная помощь преимущественно по медико-социальным показаниям и хроническим больным. Очень ограничено (23,6%) количество больниц, на базе которых может быть развернута помощь по основным специальностям. И 38,8% больниц, база которых может служить больницей для интенсивного лечения и оказания специализированных видов медицинской помощи.

Больше половины (77,1%) структурных подразделений и филиалов Территориальных больниц удалены от больничного центра административной территории незначительно (до 60 км). Однако, часть СП ТБ и ФТБ (13,8%) удалена на 60 - 100 км, а 9,1% - даже более чем на 100 км. В целом же удаленность от областной объединенной больницы составляет 48,3 % до 60 километров, более 60 километров составляет 51,7%. (табл. 99) ( $\chi^2 = 38,2 > \chi^2_{табл.} = 23,7, P > 0,05$ ).

**Таблица 2**

**Распределение больниц разной коечной мощности по степени удаленности их от районного и областного центра (в % к числу больниц каждой категории мощности)**

Мощность больницы (число коек)	Удаленность от больничного центра (км)		
	до 60	61-100	более 100
СП ТБ, ФТБ	77,1	13,8	9,1
30-79 коек	25,0	18,8	56,3
80-99 коек	66,7	16,7	16,7

100-149 коек	41,7	16,7	41,6
150-199 коек	50,0	25,0	25,0
200-249 коек	42,9	14,3	42,9
250-350 коек	50,0	16,7	33,3
свыше 350 коек	33,3	66,7	0,0
В среднем	48,3	23,6	28,1

Только (46,3%) больниц, расположенных в радиусе до 60 км от районного и областного центра связаны с ним хорошей асфальтированной трассой (табл. 100). Но у 53,7% больниц, удаленных от центра на 60 километров, связаны с центром с разбитыми асфальтными или грунтовыми дорогами. Такая же тенденция наблюдается и у больниц, которые расположены более 60 километров от районного и областного центра, а у больниц, которые расположены свыше 100 километров от районного и областного центра, состояние дорог для автотранспортной доступности характеризуется плохим и составляет 68,8%. Как правило, чем больше больница удалена от районного и областного центра, тем хуже ее транспортно-коммуникационные связи ( $r = + 0,4$ ).

**Таблица 3**

**Характер покрытия автомобильных дорог до больничного центра района и областного центра для учреждений по разному от него удаленных (в % к числу больниц каждой группы удаленности)**

Расстояние до больничного центра (км)	Состояние автодорог	
	Хорошее	Плохое
до 60 км	46,3	53,7
61-100 км	44,4	55,6
свыше 100 км	31,3	68,8
В среднем	40,7	59,3

Как известно, фактор времени является определяющим в обеспечении доступности медицинской помощи. (табл. 4).

**Таблица 4**

**Распределение затрачиваемого времени на проезд в районный и областной центры из больниц разного типа (в % к числу больниц каждого типа)**

Организации здравоохранения	Время, затрачиваемое на проезд		
	до 1 часа	в течении 1-2 часов	более 2 часов
СП ТБ, ФТБ	45,9	29,4	24,8
Городские ТБ	25,0	25,0	50,0
Районные ТБ	39,1	15,2	45,7
В среднем	36,7	23,2	40,1

По данным таблицы, на проезд в районный центр менее половины населения (45,9%), проживающего в районе деятельности больниц (структурные подразделения или филиалов Территориальных больниц) затрачивает до 1 часа, 29,4% - от одного до двух, а 24,8% - более двух часов. На проезд в областной центр только 25,0% и 39,1% населения проживающего в районе деятельности больниц (городские и районные Территориальные больницы) затрачивает до 1 часа, 25,0% и 15,2% - от полутора до двух, а 50,0% и 45,7% - более двух часов соответственно. ( $\chi^2 = 9.46$   $< \chi^2$  табл. = 9.49,  $P < 0.05$ ).

Не только выше отмеченные различия больниц между собой, но и многие дополнительные внешние и внутренние факторы ставят под сомнение целесообразность мероприятий по развитию каждого стационара, особенно, второго этапа, по всем направлениям. По видимому, в сложившихся условиях для отдаленных и труднодоступных регионов с небольшими по численности населения нерационально и чрезвычайно затратное создание достаточно крупных больниц, способных обеспечить обслуживаемое население специализированными видами стационарной медицинской помощи. Целесообразней представляется формирование объединений нескольких стационаров между собой. А в некоторых случаях (небольшие расстояния, транспортная доступность) даже перенесение этой функции на областной уровень. Там же, где это возможно (достаточно мощные Территориальные больницы) - для обеспечения специализированной помощи тяготеющего к этим больничным центрам населения - создание объединений на основе типизации административных территорий и формирования соответствующих функциональных зон (секторов) медицинского обслуживания. Это может быть 2-3 географически сближенных стационара, имеющих разную коечную мощность и профильность, уровень применяемых медицинских технологий и работающих в различных режимах интенсивности.

Учитывая многие факторы, влияющие на эффективность и качество оказания специализированной высококвалифицированной медицинской помощи в регионах Республики, необходимо определить приоритетные направления дальнейшего их развития на ближайший период.

Первоочередные мероприятия могут быть запланированы по 4 направлениям;

1. В связи с тем, что ведущей причиной госпитализации является госпитализация в стационары по экстренным показаниям, необходимо совершенствование оказания экстренной медицинской помощи больным и пострадавшим на догоспитальном и госпитальном этапах. Улучшение взаимодействия между службами скорой и неотложной помощи, и наиболее крупными многопрофильными Территориальными больницами,

путем организации в структуре последних специализированных, хорошо оборудованных и обеспеченных всеми необходимыми ресурсами отделений неотложной помощи.

2. Образование объединений Территориальных больниц с различной мощностью и профильностью коечного фонда между собой с учетом принципа географического деления административных территорий области и состояния коммуникаций с целью более рационального использования распределенных между ними ресурсов и оборудования.

Ожидаемым эффектом должно стать более интенсивное использование коек в стационарах, имеющих лучший потенциал для применения самых современных медицинских технологий за счет своевременного перевода из менее оснащенных Территориальных больниц. Причем помимо эффекта клинического вероятно определен экономический эффект за счет снижения затрат и интенсивного использования дорогостоящего оборудования и технологий при условии рациональной организации деятельности и скоординированного управления данными больничными объединениями.

3. В зависимости от функциональных задач каждого типа стационаров: Областная объединенная больница (ООб) (узкоспециализированная помощь); зональная Территориальная больница (ТБ) мощностью свыше 120 коек - интенсивная диагностика и подбор адекватной терапии (специализированная медицинская помощь); Территориальная больница (ТБ) мощностью от 80 до 120 коек - лечение пациентов с установленным диагнозом, неотложная помощь и лечение острых заболеваний (медицинская помощь по 5-ти основным специальностям); Центры общей врачебной практики мощностью менее 80 коек, (общеврачебная помощь).

4. Учитывая горную местность и большую территориальную протяженность для приближения к населению высококвалифицированной специализированной медицинской помощи, в первую очередь, необходимо обеспечение хорошей транспортной доступности с одновременным развитием службы выездной медицинской помощи.

Медицинский сектор - это функционально замкнутая, объединенная сеть медицинских учреждений, позволяющая наиболее эффективно и в полном объеме обеспечить население конкретных территорий доступной и качественной медицинской помощью. На основе типизации территории регионов Кыргызской Республики по географическим, социально-экономическим и медико-санитарным параметрам независимо от ее административного деления могут быть созданы следующие функциональные зоны медицинского обслуживания (медицинские секторы):

1. Ляйлякский медицинский сектор с больничным центром

Территориальная больница - 245 коек в г. Исфане  
 Общая численность населения - 132,6 тыс. чел.  
 Общее количество коек - 435, обеспеченность – 3,3 на 1000 чел.  
 Зонируемые стационары с коечной мощностью:

- Сулюктинская ТБ - 70 коек
- Кулундинская ТБ - 120 коек

2. Баткенский медицинский сектор с больничным центром (Областная объединенная больница - 270 койки) в г. Баткене.  
 Общая численность населения – 90,8 тыс. чел.  
 Общее количество коек - 320, обеспеченность – 3,5 на 1000 чел.  
 Зонируемые стационары с коечной мощностью:

- Самаркандекская ЦОВП - 50 коек

3. Кызыл-Кийский медицинский сектор с больничным центром (Территориальная больница - 510 коек) в г. Кызыл-Кия.  
 Общая численность населения – 197,3 тыс. чел.  
 Общее количество коек - 937, обеспеченность – 4,7 на 1000 чел.  
 Зонируемые стационары с коечной мощностью:

- Хайдаркенская ЦОВП - 90 коек
- Кадамжайская ТБ - 239 коек
- Уч-Коргонская ТБ - 111 коек

4. Алайский медицинский сектор с больничным центром (Территориальная больница - 200 коек) в г. Гульчо.  
 Общая численность населения – 96,5 тыс. чел.  
 Общее количество коек - 390, обеспеченность – 4,0 на 1000 чел.  
 Зонируемые стационары с коечной мощностью:

- Чон-Алайская ЦОВП - 190 коек

5. Ошский медицинский сектор с больничным центром (Областная объединенная больница – 1437 коек) в г. Ош.  
 Общая численность населения – 1439,9 тыс. чел.  
 Общее количество коек - 3775, обеспеченность – 2,6 на 1000 чел.  
 Зонируемые стационары с коечной мощностью:

- Ноокатская ТБ – 630 коек
- Араванская ТБ – 330 коек
- Ошская ГТБ – 770 коек
- Нариманская ТБ – 100 коек
- Кара-Суйская ТБ – 388 коек
- Кара-Суйская ДТБ – 120 коек

6. Узгенский медицинский сектор с больничным центром (Территориальная больница – 480 коек) в г. Узген.  
 Общая численность населения – 302,0 тыс. чел.  
 Общее количество коек - 839, обеспеченность – 2,8 на 1000 чел.  
 Зонируемые стационары с коечной мощностью:

- Кара-Кульджинская ТБ – 319 коек
- Куршабский ЦОВП – 30 коек
- Мырза-Акинский ЦОВП – 10 коек

6. Кара-Буринский медицинский сектор с больничным центром (Территориальная больница - 105 коек) в с. Кызыл-Адыр.  
 Общая численность населения – 83,4 тыс. чел.  
 Общее количество коек - 150, обеспеченность – 1,8 на 1000 чел.  
 Зонируемые стационары с коечной мощностью:

- Манасская ТБ - 45 коек

7. Таласский медицинский сектор с больничным центром (Областная объединенная больница - 275 коек) в г. Талас.  
 Общая численность населения – 131,4 тыс. чел.  
 Общее количество коек - 413, обеспеченность – 3,1 на 1000 чел.  
 Зонируемые стационары с коечной мощностью:

- Бакай-Атинская ТБ - 70 коек
- Таласская ТБ в с. Чат-Базар - 68 коек

8. Западно-чуйский медицинский сектор с больничным центром (Территориальная больница – 394 коек) в г. Кара-Балта.  
 Общая численность населения - 136 тыс. чел.  
 Общее количество коек - 494, обеспеченность – 3,6 на 1000 чел.  
 Зонируемые стационары с коечной мощностью:

- Панфиловская ТБ – 85 коек
- ЦОВП Суусамыр – 15 коек

9. Восточно-чуйский медицинский сектор с больничным центром (Территориальная больница – 272 коек) в г. Токмок.  
 Общая численность населения – 151,7 тыс. чел.  
 Общее количество коек - 537, обеспеченность – 3,5 на 1000 чел.  
 Зонируемые стационары с коечной мощностью:

- Кеминская ТБ – 135 коек
- Чуйская ТБ – 130 коек

10. Нарынский медицинский сектор с больничным центром (Областная объединенная больница – 405 коек) в г. Нарын.  
 Общая численность населения – 189,8 тыс. чел.  
 Общее количество коек - 652, обеспеченность – 3,4 на 1000 чел.  
 Зонируемые стационары с коечной мощностью:

- Ат-Башинская ТБ – 111 коек
- Ак-Талинская ТБ – 70 коек
- Тогуз-Тороуская ТБ – 66 коек

11. Западно-Иссыкульский медицинский сектор с больничным центром (Территориальная больница – 155 коек) в г. Балыкчи.  
 Общая численность населения – 263,4 тыс. чел.  
 Общее количество коек - 567, обеспеченность – 2,2 на 1000 чел.  
 Зонируемые стационары с коечной мощностью:

- Жумгальская ТБ – 85 коек
- Кочкорская ТБ – 116 коек
- Тонская ТБ – 95 коек
- Иссык-Кульская ТБ – 95 коек
- ЦОВП Мин-Куш – 15 коек

12. Восточно-Иссыкульский медицинский сектор с больничным центром (Областная объединенная больница – 477 коек) в г. Каракол.

Общая численность населения – 267,6 тыс. чел.

Общее количество коек - 848, обеспеченность – 3,2 на 1000 чел.

Зонируемые стационары с коечной мощностью:

- Тюпская ТБ – 105 коек
- Ак-Суйская ТБ – 151 коек
- Жеты-Огузская ТБ – 115 коек

13. Ак-Сыйский медицинский сектор с больничным центром (Территориальная больница - 340 коек) в с. Кербен.

Общая численность населения – 210,2 тыс. чел.

Общее количество коек - 630, обеспеченность – 3,0 на 1000 чел.

Зонируемые стационары с коечной мощностью:

- Чаткальский ЦОВП - 50 коек
- Сумсарская ТБ - 30 коек
- Терек-Сайская ТБ - 8 коек
- Ала-Букинская ТБ - 202 коек

13. Кара-Кульский медицинский сектор с больничным центром (ЦОВП – 100 коек) в г. Кара-Куль.

Общая численность населения – 19,3 тыс. чел.

Общее количество коек - 230, обеспеченность – 2,1 на 1000 чел.

Зонируемые стационары с коечной мощностью:

- Токтогульская ТБ – 130 коек

14. Кочкор-Атинский медицинский сектор с больничным центром (Территориальная больница – 185 коек) в г. Кочкор-Ата.

Общая численность населения – 178,4 тыс. чел.

Общее количество коек - 694, обеспеченность – 3,9 на 1000 чел.

Зонируемые стационары с коечной мощностью:

- Ташкумырская ТБ – 100 коек
- Шамалды-Сайский ЦОВП – 62 коек
- Майлисайская ТБ – 176 коек
- Ноокенская ТБ – 171 коек

15. Джалалабадский медицинский сектор с больничным центром (Областная объединенная больница – 620 коек) в г. Джалал-Абад.

Общая численность населения – 446,0 тыс. чел.

Общее количество коек - 1294, обеспеченность – 2,9 на 1000 чел.

Зонируемые стационары с коечной мощностью:

- Сузакская ТБ – 276 коек
- Базар-Курганская ТБ – 275 коек
- Кок-Янгакский ЦОВП – 52 коек
- Октябрьский ФТБ – 71 коек

Таким образом, стандартизация лечебно-профилактических учреждений медицинского сектора предусматривает типизацию медицинских учреждений по интенсивности лечебно-диагностического процесса, целей и результатов госпитализации на основе 4-уровневой системы ее организации;

а) местный уровень – Центры общеврачебной практики мощностью до 80 коек, где оказывается общеврачебная медицинская помощь;

б) больницы 1 уровня – Территориальные больницы, где оказывается медицинская помощь по основным специальностям; мощность от 80 до 100 коек;

в) больницы 2 уровня - зональный больничный центр, мощность свыше 120 коек, где оказываются специализированные виды медицинской помощи (10-15 специальностей);

г) больницы 3 уровня - областные многопрофильные и специализированные больницы с развертыванием узкоспециализированных видов медицинской помощи.

Формирование медицинских зон достигается путем медицинского районирования территории республики на основе рационального перераспределения и концентрации ресурсов здравоохранения территориально- коммуникативных образований.

#### Литература:

1. Аканов А.А. Основы политики и стратегии здравоохранения в 21 веке// Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению.- 2001, № 1.- С. 18-23
2. Вялков А.И., Кучеренко В.З., Авксентьева М.В. Основы стандартизации в здравоохранении. Учебник «Управление здравоохранением» Под. Редакцией В.З. Кучеренко. – М., 2001. – С. 383-405
3. Захаров И.С., Шинболотова А.С. Государственный заказ на оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи //, Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению.- 2002, № 2.- С.58-64.
4. Каратаев М.М. Реформа системы финансирования здравоохранения в новых экономических условиях (на примере Кыргызстана)// Экономика здравоохранения. – М., 2000. - № 2,3.- С. 18-19.
5. Кучеренко В.З., Данишевский К.Д. Наиболее известные системы здравоохранения развитых стран. Журнал Экономика здравоохранения, 2000. - № 7. – С. 5-12.
6. Щепин О.П. и соавт. Фундаментальные основы политики здравоохранения. – М., 1999. – 397 с.