

На правах рукописи

КОЧКОРОВ МАМАСАЛИ

**ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ
СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ
СЕКТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

14.00.33 – Общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Душанбе – 2004

Работа выполнена в Кыргызском государственном медицинском институте переподготовки и повышения квалификации Министерства здравоохранения Кыргызской Республики

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Каратаев Мадамин Мусаевич

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Куракбаев Куралбай Куракбаевич

кандидат медицинских наук, доцент
Муллоев Алиберди Муллоевич

Ведущее учреждение: Московская, медицинская академия
им. И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения
Российской Федерации.

Защита диссертации состоится «___» _____ 2004 г. в
часов на заседании диссертационного совета К.Р.737.006.02 при
Таджикском Институте постдипломной подготовки медицинских кадров
Министерства здравоохранения Таджикистана по адресу: г. Душанбе,
улица Сомони, 59.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ТИППМК.

Автореферат разослан «___» _____ 2004 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
доктор медицинских наук,
профессор

Джураев М.Н.

Общая характеристика работы

Актуальность темы. Среди важнейших задач, стоящих перед органами здравоохранения в числе первых поиск проблем реформирования лечебно-профилактической помощи населению на амбулаторно-поликлиническом уровне. Так как именно от совершенствования службы охраны здоровья зависит сохранение генофонда нации. Необходимость решения этих проблем диктуется низким уровнем состояния здоровья населения (Ю.П. Лисицын 1999; О.П. Щепин 2000; В.З. Кучеренко 2000; А.А. Ахмедов 2001; М.М. Каратаев 2002). Исследования последних лет расширили методические приемы, направленные на повышение качества и эффективности медицинского обслуживания на амбулаторно-поликлиническом уровне. Однако, с изменением социально-экономической ситуации предлагаемые решения оказались недостаточными.

В лечебно-профилактических учреждениях испытывается недостаток финансирования, снижается статус и престиж врача, ухудшилось материально-техническое обеспечение, сократились объемы и качество амбулаторно-поликлинической службы. В этой связи работа является актуальной, своевременной и высоко востребованной, имеющей как теоретическое, так и большое практическое значение.

Цель исследования: На основе комплексного анализа результатов структурного преобразования медицинской помощи в условиях рыночной экономики разработать организационно-функциональную модель медико-профилактической помощи сельскому населению.

Задачи исследования:

1. Изучить мотивы, тенденции и нововведения стационарозамещающей медико-социальной помощи.
2. Проанализировать тенденции развития территориального сектора здравоохранения Чуйской области.
3. Изучить обеспеченность, организацию и эффективность медицинской помощи населению сельской местности.
4. Определить реальные возможности реабилитационных и профилактических мероприятий медицинских учреждений.
5. Провести оценку медико-социальной помощи населению Чуйской области.
6. Разработать модель организации стационарной и стационарозамещающей медико-социальной помощи.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА:

1. Впервые проанализированы и обобщены результаты реформ и реструктуризации многоуровневой системы медицинской помощи Чуйской области с учетом экономических, демографических, социальных и медицинских проблем. Данная информация послужит основой для преобразования медицинской помощи в других регионах Кыргызстана.

2. Впервые обоснована и разработана модель стационаров длительного дневного пребывания, включающая требования к их структурно-функциональному устройству. Данные стационары отличаются от полустационаров дневного пребывания тем, что они направлены на оказание медико-социальной помощи по нозологическим формам; оказывают помощь родным и близким больного, расширяют возможности развития частного предпринимательства, вовлекают новых специалистов (психологов, валеологов, юристов, экономистов и др.), соединяют разрозненную социальную помощь в единое целое, повышают качество многоуровневого медицинского обслуживания. Массовое развитие стационаров длительного дневного пребывания сократит расходы на содержание больниц на 45-50%, за которыми останется только функция оказания срочной и неотложной медицинской помощи.

3. Усовершенствована методология расчета потребности коек для стационаров дневного пребывания, расчета первичной хронизации. Расчет потребности в этих видах медицинской помощи в отличие от ранее существующих осуществлялся в математическом модуле по трем блокам: А – для впервые выявленных хронических больных, В – для хронических больных с повторными обращениями, С – для больных, выписанных из стационара госпитального уровня на долечивание.

4. Впервые разработан и использован новый показатель для определения уровня эффективности реабилитационных мероприятий по нозологиям, проводимых сотрудниками медицинских учреждений.

5. Впервые разработаны санитарно-гигиенические нормативы для стационаров длительного дневного пребывания, набор необходимых специалистов и технология организации вне госпитальной помощи.

Практическая значимость

В результате исследования разработан методический подход к определению потребности взрослого населения в объемах стационарозамещающих технологий лечения. Основу данного подхода составляет математический модуль расчета потребности населения в этом виде медицинских услуг. Разработаны и предложены для внедрения в практическое здравоохранение следующие методические рекомендации:

- «Организация многоуровневой системы оказания амбулаторно-поликлинической медицинской помощи населению».

- «Определение потребности в медицинской помощи в условиях дневных стационаров».

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ

1. Тенденции и эффективность развития территориального сектора здравоохранения Чуйской области. Необходимость преобразований стационарной помощи в сторону сокращения ресурсов и повышения качества медицинской помощи.

2. Функциональная реструктуризация больниц – отделение от больниц медико-социальной помощи. Оставить за больницами только оказание экстренной и неотложной помощи.

3. Необходимость, потребность и механизмы организации дневных стационаров длительного пребывания.

4. Выносятся на обсуждение новые математические формулы (коэффициент хронизации, коэффициент потребности коек для полустационаров, коэффициент «У/3». Данные коэффициенты обладают новыми свойствами, позволяют улучшить качественно-количественные параметры организационной работы и тем самым повысить производительность труда.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 10 научных работ, в том числе две методические рекомендации.

Апробация работы:

Основные положения и материалы диссертации доложены:

1. На заседании кафедры социальной медицины, экономики и организации здравоохранения Кыргызского Государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации. – октябрь 2002 г., г Бишкек.

2. На заседании медико-санитарного совета Чуйской области. – сентябрь 2002 г.

3. На научно-практической конференции молодых ученых-медиков, апрель 2002 г., г. Бишкек.

4. На VIII-ой научно-практической конференции ТИГШМК (с участием стран СНГ), г. Душанбе, 2002 г.

5. На научно-практической конференции, посвященной 10-летию образования Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации «Актуальные проблемы непрерывного медицинского образования в Кыргызстане». Бишкек, 2003 г.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 159 страницах компьютерного текста и состоит из общей характеристики, обзора литературы, методов исследования, 4 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, указателя литературы. Работа иллюстрирована 55 таблицами. Библиографический указатель содержит 166 источников литературы, из них 29 зарубежных.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Объектом исследования избран территориальный сектор здравоохранения Чуйской области. Мотивом для выбора Чуйской области явилось то, что она является одной из экономически значимых субъектов Кыргызской Республики, а также то, что на базе этой области проводился эксперимент по реструктуризации стационарной помощи, внедрена впервые сооплата, область первая перешла на медицинское обслуживание на основе принципов семейной медицины и обязательного медицинского страхования.

Предметом исследования явились тенденции и эффективность совершенствования территориального сектора здравоохранения.

Признаки изучения: структурные преобразования в системе медицинских услуг, эффективность управления, состояние здоровья населения, воспроизводство населения.

Аспекты управленческой деятельности рассматривались с позиций преобразований сектора здравоохранения: сокращение числа лечебных учреждений, коечного фонда, врачей и средних медицинских работников. Оценка клинического управления основывалась на анализе показателей больниц и подразделений.

О состоянии общественного здоровья судили по таким критериям, как смертность, рождаемость, естественный ожидаемый прирост населения, продолжительностью жизни и заболеваемость. Данные о численности населения заимствованы из публикаций, отражающих перепись населения на 1989 и 1999 гг. (Население Кыргызстана, 2000).

Сведения о заболеваемости и смертности основаны на данных первичного учета и материалах информационного центра Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики за период с 1991 по 2002 годы.

Информация о социально-экономическом положении в Чуйской области основана на материалах Национального статистического комитета Кыргызской Республики, директивных документов: «Комплексные основы развития Кыргызской Республики до 2010 года», «Нормативные акты правительства Кыргызской Республики», данных отчетов «Национальный отчет Кыргызской республики по человеческому развитию, 2001г., Государственных докладов о состоянии здоровья населения Кыргызской Республики за 1997, 1998, 1999, 2000, 2001 годы, а также на материалах, опубликованных в журналах и сборниках.

В работе использован комплекс современных методов анализа: социологический, исторический, метод организационного эксперимента, статистический системный, структурно-логический.

Результаты структурных преобразований в системе медицинских услуг оценивались по таким параметрам, как объем и качество медицинских услуг, сокращение числа ЛПУ и коечного фонда.

Для учета заболеваемости была разработана специальная карта изучения здоровья населения. Заболевания фиксировались в соответствии с МКБ-10 (1999).

503,2 тыс. сельских жителей. Основная часть УБ располагает 10 койками. За два года только в 3-х УБ (Сретенская, Карла Маркса, Шабданская) констатирована смертность. Уровень больничной летальности колебался от 0,4 до 0,8%.

Общее число коек в больницах общего профиля в 1999 году составило 562, в 2000 г. – 488. Это означает, что на 1000 населения приходится одна койка, а претендентов 13-17 (столько госпитализируется в ЦРБ и областные больницы). Вместе с тем в сельской местности койка в году работает 265-271 день, тогда как по отдельным участковым больницам от 112 до 318 дней. Со значительной перегрузкой работает Александровская УБ (320-348 дней). Среднее пребывание больных в участковой больнице составляет 12,8 дня с колебаниями по отдельным больницам от 8 до 22 дней.

Таким образом, коечный фонд больницами общего профиля используется недостаточно эффективно. В среднем каждая койка из 488 остается свободной около 100 дней.

Уровень хронических заболеваний наиболее полно отражает эффективность работы учреждений здравоохранения, оказывающих медицинские услуги в конкретной экономической ситуации. В практическом плане важно знать не только уровень хронической заболеваемости, но также количественный состав больных хроническими заболеваниями, степень обращения пациентов за медицинской помощью и их потребность в медицинской помощи.

Численность лиц с хроническими заболеваниями устанавливали на основе коэффициента хронизации, который определялся по формуле:

$$K_{\text{хр}} = X/Y$$

где:

$K_{\text{хр}}$ – коэффициент хронизации;

X – уровень обращаемости по ранее известному заболеванию;

Y – уровень первичной заболеваемости по этой же нозологии.

Произведенные нами расчеты показали, что из общего числа жителей, обратившихся в поликлинические учреждения, 42,9% страдают хроническими заболеваниями, в том числе среди детей до 14 лет – 24,3%, а среди взрослых и подростков – 50,0%. Уровень хронических заболеваний постепенно растет. Если в 1990 г. они выявлялись у 9 из 100 осмотренных, то в 1995 г. – 9,9, а в 2000 г. – уже 14,3. В группе детей наметилась тенденция снижения хронических заболеваний. Так, если в 2000 г. уровень хронических заболеваний составлял 24,3%, то в 2002 – 23,2%. И все-таки на смену взрослым приходит поколение с большим запасом хронических заболеваний.

Степень хронизации по районам Чуйской области имеет различный уровень. Так, если в Аламудунском и Сокулукском районах коэффициент

хронизации ниже республиканского, то в Кеминском он в 1,2 раза выше (61,6%).

Таблица 1

Уровень хронических заболеваний по некоторым районам

Регионы	Численность населения (тыс.)	Абсолют. число хронических больных	Удельный вес к общему числу лиц обратившихся за медицинской помощью	Хроническая заболеваемость на 100 тыс. населения
Чуйская область	768,8	140959	49,4%	18334,9
Аламудунский район	122,9	13275	44,5%	10801,5
Сокулукский район	136,0	33193	44,9%	24406,2
Кеминский район	53,0	7948	61,6%	14996,2

В структуре больных хроническими заболеваниями первое место занимают лица, страдающие болезнями системы кровообращения – 103,0 на 1000 населения, из них обращались за медицинской помощью 6-7 человек. На втором месте больные нервными болезнями – 76,1, из них обратились за помощью 1-2 человека. На третьем месте больные с костно-мышечными заболеваниями – 74, из которых обратились в среднем 3 человека. В среднем на один случай первичного обращения приходится 1,13 обращений по поводу ранее известных хронических заболеваний.

Таким образом, далеко не все больные с хроническими заболеваниями одинаково часто обращаются за медицинской помощью.

В стационары Чуйской области госпитализировано в 2000 г. 105,0 тыс. больных, в 2001 г. – 74,1 тыс. и 2002 г. – 68,0 тыс. В связи с сокращением числа госпитализированных больных заметим, что за период с 1999 по 2000 гг. доставлено в больницы 8413 (2,1%) больных, которым отказано в госпитализации из-за отсутствия показаний. В динамике число таких отказов нарастает. Так, в 1999 г. не госпитализировано 1000 (0,8%), а в 2002 году 2737 (3,4%) больных.

В экстренном порядке госпитализировано 29%, по поводу хронического заболевания – 33%, для диагностики – 7%, для профилактического лечения – 11%, на восстановительное лечение – 12% и 8% требовалась медико-социальная помощь. Таким образом, стационары Чуйской области помимо лечения занимаются оказанием медико-социальных услуг.

Удельный вес необоснованных госпитализаций в Чуйской области составляет 11,0%, что соответствует республиканскому показателю. В динамике их уровень снижается. В области он сократился с 12,2 до 4,4%.

Основной причиной необоснованной госпитализации является то, что прием больных в стационары проводится без направления ГСВ (табл. 2).

Таблица 2

Уровень необоснованной госпитализации (в % от общего количества проведенных экспертиз)

Регион наблюдения	1998	1999	2000	В среднем
Республика	17,1	8,6	6,3	10,7
в том числе:				
Чуйская область	12,2	16,3	4,4	11,0

Итак, если взять самый низкий процент необоснованных госпитализаций (4,4%), то в 2000 г. госпитализировано без показаний 4600 больных, на лечение которых, исходя из расценок, было затрачено 788,4 тыс. сом, из них 406,6 тыс. сом. бюджетных средств. Возможность и легкость направления или самостоятельного обращения пациента в стационар нарушают основной принцип функционирования первичной медицинской помощи, в частности, непрерывность наблюдения, с другой стороны, подчеркивают неудовлетворенность качеством услуг семейного врача.

Наблюдается тенденция роста числа поздней госпитализации по всем представленным заболеваниям (табл. 3).

Таблица 3

Поздняя госпитализация больных острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости по Чуйской области (в %)

Характер заболевания	1991	1999	2000	2001	2002
Острая кишечная непроходимость	28,0	29,3	35,0	30,6	33,3
Острый аппендицит	20,4	25,0	22,7	22,2	22,9
Прободная язва	12,1	16,3	11,6	9,7	14,1
Острые желудочно-кишечные кровотечения	37,6	39,8	48,7	92,8	55,8
Ущемленная грыжа	9,9	9,3	9,3	6,8	10,9
Острый холецистит	35,7	42,1	42,6	41,8	51,7
Острый панкреатит	34,6	45,6	48,0	31,7	83,3

Результаты экспертной оценки качества оформления медицинских документов, диспансеризации, обследования и лечения остаются стабильно высокими (табл. 4), что обязывает врачей и руководителей ЦСМ относиться к решению этих вопросов более ответственно.

Таблица 4

**Результаты экспертной оценки качества медицинских услуг
ЛПУ Чуйской области**

Наименования ЦРБ	Характер дефектов							
	в оформлении мед. документов		в диспансе- ризации		в обследовании		в лечении	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Аламудунский	1,4%	3,1%	2,8%	2,6%	1,9%	2,6%	1,4%	0,8%
Кеминский	6,1%	4,7%	1,1%	2,8%	3,1%	2,9%	0,8%	3,1%
Сокулукский	4,8%	2,4%	2,8%	2,2%	1,7%	1,3%	1,1%	1,7%
Область	11,6%	26,0%	15,9%	18,4%	7,9%	17,0%	8,8%	22,1%

По данным официальных отчетов и медицинских осмотров видно, что больным требуется медицинская помощь различной срочности, длительности лечения, специфический набор медицинских услуг и особенностей ухода. Исходя из этого, всех пациентов можно разбить на три группы:

1. Экстренные пациенты, которым необходима экстренная и неотложная помощь. Для оказания такой помощи необходима краткосрочная госпитализация.

2. Пациенты с хроническими заболеваниями специализированные по нозологиям, которым требуется долгосрочная госпитализация. В организационном плане это самая сложная группа больных.

3. Пациенты, требующие высокотехнологичных медицинских услуг. Исходя из такой классификации, должны быть учреждения для краткосрочной госпитализации, для длительного пребывания и высокоспециализированные больницы.

В последние годы, исходя из того, что стационарное лечение для государства и больного является дорогостоящим, стали переходить на технологии, замещающие стационар: дневной стационар при больнице, дневной стационар при поликлинике, стационар на дому, амбулаторная хирургия, помощь соцстраха и др. Сектор здравоохранения Кыргызстана также пошел по этому пути. Стационарозамещающие технологии в основном практикуются в двух видах: стационары дневного пребывания при амбулаторно-поликлинических учреждениях и стационары дневного пребывания при больницах. Дневной стационар организуется для больных с острыми и хроническими заболеваниями, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения. Стационар организуется в составе учреждения в качестве его структурного подразделения.

Штаты дневного стационара устанавливаются в соответствии со штатными нормативами, предусмотренными для лечебного учреждения. Руководителю учреждения разрешается использовать штатные численности по своему усмотрению. Медикаменты в дневном стационаре

и предметы ухода приобретаются за счет средств больных и госбюджета, ОМС.

К 2000 году количество коек в дневных стационарах при амбулаторно-поликлинических учреждениях достигло 704, а число пролеченных больных составило 14985. К 2002 году число коек существенно сократилось (до 176), а число пролеченных больных снизилось не столь значительно (12336). Что касается Чуйской области, то с 1991 по 1998 год коечный фонд дневных стационаров при поликлиниках увеличился с 8 до 94 коек, а с 1999 г. начал сокращаться. Соответственно сокращалось и число пролеченных больных.

Анализ работы стационара дневного пребывания показал, что его услугами пользуются в основном жители (92%), проживающие в данном селе. Пациенты, проживающих на расстоянии более 10 км от СДП, составили всего 0,7%.

Дневной стационар при больнице имеет преимущества перед стационаром поликлиники в том, что больной имеет большую возможность получить консультацию узкого специалиста. Удельный вес больных, осмотренных консультантами в дневных стационарах больниц, составляет 17,2%, а в стационарах поликлиник – 3,6%.

Таблица 5
Стоимость лечения в дневном стационаре (в сомах) 1999-2002 гг.

Вид стационарного лечения	Средняя стоимость лечения 1 больного	в том числе по районам		
		Кеминский	Сокулукский	Аламудунский
Больница (стационар)	171,7	258,2	175,7	81,2
Дневной стационар при больнице	85,8	129,1	87,8	40,6
в том числе: питание	4,8	6,8	4,4	3,2
лекарства	6,6	6,0	7,1	6,5
Средняя стоимость хронических заболеваний 1 койко-дней	16,2	23,0	17,25	8,37

За период с 2001 по 2002 г. коечный фонд стационаров дневного пребывания увеличился в 4,9 раза и составил 202. Столь стремительное развитие дневных стационаров обусловлено экономическим эффектом (табл. 5). Стоимость лечения в дневном стационаре при длительности пребывания 12 часов в 2 раза дешевле (85,8 сома), чем в больницах (171,7 сома). В стоимость оплаты за дневной стационар включены одноразовое питание в объеме 0,5 дневной нормы – 4,8 сома и стоимость лечения, в дневном стационаре по районам она существенно отличается. Наиболее высокая стоимость в стационарах Кеминского района (129,1 сома).

Накопленный опыт показывает, что однодневные стационары наиболее приемлемы для лечения больных с хроническими заболеваниями, подготовки беременных к родам и больных, нуждающихся в плановой госпитализации.

Такой подход ориентирует органы здравоохранения на пересмотр нормативов потребности населения в госпитальных койках и на создание нормативов потребности в объемах и койках для стационарозамещающих учреждений.

Для определения потребности коек для стационаров дневного пребывания всех больных, нуждающихся в стационарозамещающих услугах, разделили на три группы в зависимости от характера течения болезни:

Блок А – потребности в лечении на госпитальном уровне (A_1) и стационарах дневного пребывания (A_2) для больных с впервые выявленными хроническими заболеваниями;

Блок В – потребности в лечении на госпитальном уровне (B_1) и стационарах дневного пребывания (B_2) для больных, имеющих повторные обращения по поводу ранее известных (хронических) заболеваний;

Блок С – потребности в лечении на стационарозамещающем уровне на долечивание с госпитального уровня.

Исходными данными для построения модуля являются:

- сведения о численности взрослого населения – N
- данные об уровне обращений больных, с впервые выявленными хроническими заболеваниями;
- данные об уровне и средней кратности повторных обращений больных с хроническими заболеваниями;
- данные о числе выписанных из стационара за предыдущий год;
- сведения об обороте койки дневного стационара поликлиник за предыдущий год.

Для **больных блока A_1** потребность в медицинских услугах на госпитальном уровне более точно может быть определена по формуле:

$$A_1 = P_1 * N * C_1 / 1000$$

где:

A_1 – число больных нуждающихся в данных услугах;

P_1 – уровень обращений с впервые выявленными хроническими заболеваниями;

N – средняя численность взрослого населения;

C_1 – удельный вес (в долях от единицы) планово госпитализированных больных с впервые выявленными хроническими заболеваниями на госпитальном и стационарозамещающем уровнях из числа всех больных этой категории (30,0%).

Например: (Чуйская область) потребность на 1999 год.
 $A_1 = P_1 * N * C_1 / 1000 = 12,8 * 795610 * 0,3 / 1000 = 305$ человек.

За 2001 год = $6,8 * 761900 * 0,3 / 1000 = 155$ человек

Для **больных группы A_2** потребность в медицинских стационарозамещающих услугах рассчитывается по формуле:

$$A_2 = P_2 * N * C_2 * L / 1000$$

где:

A_2 – число больных нуждающихся в данных услугах;

P_2 – уровень обращений с впервые выявленными хроническими заболеваниями;

N – средняя численность взрослого населения;

C_2 – удельный вес (в долях от единицы) планово госпитализированных больных с впервые выявленными хроническими заболеваниями на госпитальном и стационарозамещающем уровнях из числа всех больных этой категории (30,0%);

L – удельный вес (в долях от единицы) госпитализированных больных на стационарозамещающий уровень из числа всех нуждающихся больных этой категории в госпитализации (20%).

Например: (Чуйская область) потребность на 1999 год.
 $A_2 = P_2 * N * C_2 * L / 1000 = 12,8 * 79561 * 0,3 * 0,2 / 1000 = 61$ человек

За 2001 год $6,8 * 761900 * 0,3 * 0,2 / 1000 = 31$ человек.

Для **больных группы B_1** потребность в медицинских услугах на госпитальном уровне более точно может быть определена по формуле:

$$B_1 = P_2 * N / F_1 * 1000$$

где:

B_1 – число больных нуждающихся в данных услугах;

P_2 – уровень повторных обращений с ранее известными хроническими

заболеваниями;

N – средняя численность взрослого населения;

F – средняя кратность повторных обращений.

Например. (Чуйская область) потребность на 1999 год.
 $B_1 = P_1 * N / F * 1000 = 122,0 * 79561 / 1,3 * 1000 = 7466$ человек.

За 2001 год $= 163 * 761900 / 2,7 * 1000 = 5913$ человек.

Для **больных группы B_2** потребность в лечении на стационарозамещающем уровне определяется по формуле:

$$B_2 = P_2 * N * L_2 / F * 1000$$

где:

L – удельный вес (в долях от единицы) госпитализированных на стационарозамещающий уровень из числа больных нуждающихся в лечении на госпитальном и стационарозамещающем уровнях (30,0).

Например: (Чуйская область) потребность на 1999 год.
 $B_2 = P_2 * N * L_2 / F * 1000 = 122,0 * 79561 * 0,3 / 1,3 * 1000 = 2240$ человек.

За 2001 год $= 163 * 761900 * 0,3 / 2,1 * 1000 = 1774$ человек.

Для **больных группы C** потребность на долечивание на стационарозамещающем уровне рассчитывается по формуле:

$$N_1 = G * L$$

где:

N_1 – потребность на долечивание на стационарозамещающем уровне для больных группы C_1 ;

G – число больных выписанных из стационара госпитального уровня;

L – удельный вес (в долях от единицы) больных, направленных на долечивание на стационарозамещающий уровень.

Например: (Чуйская область) потребность на 1999 год. $N_1 = G * L = 13500 * 0,55 = 742$ человека.

За 2001 год $= 363109 * 0,55 = 1997$ человека.

В общем виде (ориентировочно) потребность больных в лечении на стационарозамещающем уровне может быть определена следующим образом:

$$N = (P_2 * N * C_2 * L / 1000) + (P_2 * N * L_2 / F * 1000) + (G * L) \text{ или} \\ A_2 + B_2 + N_1 = 61 + 2240 + 43 = 3043$$

Из этого следует, что в 1999 г. в лечении на стационарозамещающем уровне нуждалось 3043 человека.

Если бы эти больные нуждались в госпитализации только в дневной стационар, то в 1999 г. потребность в койках дневного стационара при обороте койки, равной 22 больным, составила бы $3043 / 22 = 138$ коек.

Если бы все эти больные прошли лечение только в однодневных стационарах, то потребность в койках дневного стационара при длительности лечения равной 10,5 дней и средней работе койки 340 дней составила бы 94 койки $= 3043 * 10,5 / 340$.

Однако на практике часть больных проведет лечение в домашних условиях (стационар на дому), часть в однодневных стационарах при поликлинике, а часть в однодневных стационарах при больницах.

Распределение больных по видам стационарозамещающих технологий лечения (дневной стационар и стационар на дому) зависит от степени тяжести больных и возможностей медицинских работников оказать в этой ситуации услуги высокого качества. Лечение на дому в среднем проводится 30,0% больным, следовательно, потребность в стационарных койках однодневного пребывания сокращается и составляет: $3043 - 913 * 10,5 / 340 = 66$ коек для развертывания однодневного стационара при поликлинике. Например, в стационар на дому было направлено 30,0% больных из 3043 человек. На госпитализацию в дневной стационар, таким образом, осталось 2130 человек. На это число больных потребовалось бы: $2130 : 22 = 97$ коек.

Достоинством стационаров дневного пребывания является то, что расходы на лечение больных в учреждениях дневного пребывания по сравнению с больницами сокращаются на 50%. В то же время стационары однодневного пребывания не соответствуют требованиям и объемам социальных услуг. Они главным образом сосредоточены на предоставлении медицинских услуг и являются дополнительной нагрузкой для руководителей. Этим объясняется то, что в последние годы

стационары дневного пребывания свертываются. К тому же все услуги, предоставляемые дневными стационарами, успешно выполняются в обычных поликлиниках – внутривенные инфузии лекарственных средств, сложные диагностические обследования, подготовительные процедуры к операциям и т.д. Основной функцией дневных стационаров должно быть медико-социальное обслуживание больных с декомпенсированными и субкомпенсированными заболеваниями. В таком плане стационаров дневного пребывания в нашей стране нет и их необходимо развивать, необходимо развивать такие структуры, замещающие больницы, которые освобождали бы администрацию от их обеспечения. Исходя из проведенных нами исследований, таким требованиям могут соответствовать дневные стационары долговременного пребывания.

Основной функцией дневных стационаров длительного пребывания должно быть медико-социальное обслуживание больных с декомпенсированными и субкомпенсированными заболеваниями. Вот как нам представляется работа такого стационара. Многодневный стационар длительного дневного пребывания, будь-то государственный или предпочтительно частный на 11-15 коек первоначально определяет направление мероприятий: проведение сложных диагностических исследований, лечение основного заболевания, проведение профилактического и восстановительного лечения. В случаях проведения лечения подбираются больные однотипные по нозологии: больные гипертонической болезнью, бронхиальной астмой, страдающие деменцией.

По выбранной тематике производится набор пациентов по типу направления на санаторно-курортное лечение. Он должен быть завершен за месяц до начала лечения, его целесообразно проводить с учетом сложности ухода (некоторый, малый, средний, высокий, в высшей степени). На этом основании устанавливается степень потребности в медико-социальных услугах. Затем составляется индивидуальный план оказания медико-социальной помощи.

Организация предоставления услуг многодневными стационарами производится следующим образом:

Утром за больным приезжает микроавтобус, который вечером доставляет больного обратно. В течение дня пациент обеспечен питанием, уходом, культурной программой, адаптированной к физическому и моральному состоянию больных, наблюдением врача и соответствующим лечением. Застрахованные платят 10% фактической стоимости помощи. Остальная плата вносится страховой компанией или фондом обязательного медицинского страхования. Сроки госпитализации в дневном стационаре длительного лечения и ухода не ограничены и составляют в среднем 3-4 месяца.

Достоинство таких стационаров в том, что наряду с лечением им представляются социальные услуги, направленные на укрепление их психического здоровья. На оказание помощи пациентам с первой сложностью ухода требуется 30-49 мин, на 2 уровне – 50-69 мин, на 3

уровне – 70-89 мин, на 4 уровне – 90-99 и 5 уровне – 110 мин и выше. Таковы нормы страхового возмещения при оказании медико-социальной помощи на дому и в стационарах длительного дневного пребывания.

Разновидностями стационаров длительного дневного пребывания являются больницы сестринского ухода, гериатрические больницы, ночные санатории (профилактории).

ВЫВОДЫ

1. Территориальная система здравоохранения Чуйской области с переходом на семейную медицину и обязательное медицинское страхование не смогла стабилизировать валеологический риск. В Чуйской области относительно других регионов Кыргызстана самый высокий показатель общей смертности – 10,2 на 1000 населения. Первопричиной смертности населения являются сердечно-сосудистая патология (51,1%), второе место занимают травмы и отравления (12,0%), третье – болезни органов дыхания (6,9%), затем следуют злокачественные новообразования (6,1%). Туберкулез и венерические заболевания стали настоящим национальным бедствием. Одной из причин низкой эффективности фонда стабилизации здоровья населения является то, что он свою деятельность в основном направляет на ликвидацию последствий валеологического риска, а не на профилактику.

2. За период с 1991 по 2002 год число лечебных учреждений по области сократилось на 39,7% (с 58 до 35), коечный фонд на 72,4% (с 9620 до 2658 коек), а число врачей на 25,4% (с 1965 до 1466), обеспеченность койками с 121,6 до 34,9 на 10 тыс. населения. Однако проблема достаточного финансирования этими мерами решена не была, зато резко сократилась обращаемость населения за медицинской помощью. За период с 2000 по 2001 гг. она сократилась на 52,9 тыс. (15,6%), а показатель госпитализации сократился с 21,1 до 9,0 человек на 100 жителей. Из этого следует, что в Чуйской области медицинская помощь не только свертывается, но и целому ряду жителей становится недоступной.

3. Реформы, ориентированные на сокращение медико-производственного комплекса, коснулись в основном сельских участковых больниц, коечный фонд которых сократился на 74,6%. ЦРБ в основном реорганизованы в направлении больниц общей практики. В результате таких преобразований в трех районах Чуйской области (Аламудунском, Сокулукском и Кеминском) ликвидированы сельские участковые больницы. В сельских больницах койка в году работает 265-271 дней, а средняя длительность пребывания больного составляет 12,8 дня. Предполагалось, что реорганизация и реструктуризация медицинской помощи позволит заменить на селе фельдшерскую помощь врачебной, обеспечит более высокое качество медицинских услуг. В плане оказания населению первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы) играют доминирующую роль. На одну ГСВ

приходится 1,7 ФАПа. Непосредственно из рук средних медицинских работников получает ПМСП 72,8% населения (438,2 тыс.), а значительная часть населения лишена и этого, так как в 147 селах нет ФАПов.

4. Медицинская помощь в Чуйской области организована таким образом, что только 16,3% (98,3 тыс.) сельского населения могут получить неотложную врачебную помощь по месту жительства. В динамике положение с оказанием неотложной помощи ухудшается. За период с 1998 по 2000 год количество фельдшерских бригад сократилось с 75 до 55. В связи с этим число выездов снизилось на 11,0% с 131,6 до 94,1 тыс., а число лиц, которым была оказана помощь на 25,4% с 162,1 до 95,4 тыс. Число выездов в расчете на 1000 жителей уменьшилось с 172,2 (1998 г.) до 105,8 (2002 г.). В последние годы в среднем не обслуживается 4,5% (4405) вызовов.

5. Многоуровневая система оказания медицинской помощи населению Чуйской области в основном ориентирована на стационарный этап, на котором оказываются дифференцированные медицинские услуги в зависимости от цели госпитализации. В числе госпитализированных больных только 29% (33,9 тыс.) нуждались в экстренной и неотложной помощи. Пребывание таких больных в стационаре может быть в среднем сокращено с 11,6 до 4,7 дней за счет перевода таких больных на восстановительное лечение в дневные полустационары при больницах или поликлиниках.

6. Исходя из функций больниц в стационарах наряду с лечением оказываются медико-социальные услуги. В числе госпитализированных такую помощь получили 33% (38,4 тыс.) пациентов. Средняя длительность их лечения составила 18,6 дня. В этой группе больных преобладают болезни, свойственные пожилому и старческому возрасту: атеросклероз, хроническая сердечная недостаточность, старческая деменция, злокачественные новообразования и др., которые затрудняют их обращение к врачу поликлиники. Чем тяжелее протекает заболевание, тем реже пациенты обращаются в амбулаторно-поликлинические учреждения. Зато такие больные чаще пользуются услугами больниц, но не получают результативной помощи. Выписано с обозначением в истории болезни «выздоровление» – 17%, улучшение – 51,6 %, без перемен – 21, ухудшение – 7,0 и умер – 3,4%. Более подходящим местом для лечения таких больных могут быть стационары длительного дневного пребывания, в которых таким больным могут быть оказаны самые сложные формы ухода.

7. Переход территориального сектора здравоохранения на стационарозамещающий уровень оказания медицинской помощи расширяет возможности амбулаторно-поликлинической деятельности, реализует на практике дифференцированное оказание медико-социальной помощи, обеспечивает профилактическую направленность, расширяет возможности участия частной практики в оказании амбулаторной помощи, а также появляется возможность сократить бюджетные средства на стационарное обслуживание. Больницы необходимо разделить на

учреждения, оказывающие экстренную неотложную помощь и учреждения, оказывающие медико-социальную.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. За больницами территориального сектора здравоохранения Чуйской области сохранить только оказание экстренной и неотложной помощи, медико-социальные обязанности, возложить на стационарозамещающие учреждения амбулаторно-поликлинической помощи.

2. Обеспечить сельское население стационарозамещающей помощью, которую целесообразно развернуть при фельшерско-акушерских пунктах и сельских амбулаториях.

3. Стационарозамещающие учреждения должны развиваться и функционировать на основе рыночных отношений с широким участием частной практики. Подготовить кадры для проведения дифференцированной стационарозамещающей помощи.

СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Пути улучшения стационарной помощи населению. // Медицинский научно-практический журнал. – Бишкек, 2002. – Том №2. – С. 3-6. (соавтор.: М.М. Каратаев).

2. Изменяющаяся роль государства и рынка в сфере здравоохранения. // Медицинский научно-практический журнал. – Бишкек, 2002. – №1. – С. 11-14 (соавтор.: М.М. Каратаев, Т.Т. Сельпиев, М.Б. Баширов).

3. Пути улучшения первичной медицинской помощи населению. // Сборник научных трудов КРСУ «Физиология, морфология, патология человека и животных в климато-географических условиях». – Бишкек, выпуск №2. – 2003. – С. 47-52. (соавтор.: М.Б. Баширов).

4. Пути совершенствования управления учреждением здравоохранения в современных условиях. // Сборник научных трудов материала VIII научно-практической конференции ТИППМК (с участием стран СНГ). – Душанбе, 2002. – С. 59-63. (соавтор.: М.М. Каратаев, Н.Т. Токтомаев).

5. Анализ данных и средства для улучшения управления. // Сборник научных трудов КРСУ «Физиология, морфология, патология человека и животных в климато-географических условиях». – Бишкек, 2002. – С. 31-39. (соавтор.: М.М. Каратаев, А.М. Садиева).

6. Организация многоуровневой системы оказания амбулаторно-поликлинической медицинской помощи населению. // Методические рекомендации. – Бишкек, 2002. – 23 с. (соавтор.: М.М. Каратаев, Н.Т. Токтомаев).

7. Пути реформирования первичного звена здравоохранения Чуйской области. // Сборник научных трудов материала IV научно-практической конференции гигиенистов, эпидемиологов, микробиологов, паразитологов и инфекционистов Кыргызской Республики 2002 г. – Бишкек, 2003. – С. 48-50. (соавтор.: Н.Т. Токтомаев, М.Б. Баширов).

8. Определение потребности в медицинской помощи в условиях дневных стационаров. // Методические рекомендации. – Бишкек, 2003. – 16 с. (соавтор.: М.М. Каратаев, Н.Т. Токтомаев, А.М. Садиева).

9. Оценка управления качеством стационарного лечения. // Сборник материала посвящен 10-летию КГМИПиПК «Актуальные проблемы непрерывного медицинского образования в Кыргызстане». Бишкек, 2003. – С. 214-223. (соавтор.: М.М. Каратаев, К.А. Джемуратов, С.А. Насирова).

10. Пути улучшения стационарной помощи населению. // Журнал «Медицина Кыргызстана». Бишкек, 2003. – №1. – С. 12-13.