

**Министерство здравоохранения Республики Казахстан  
РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»  
Центр развития инфраструктуры и ГЧП**

**Согласовано:**  
Директор Департамента  
инвестиционных проектов и  
развития ГЧП  
Министерства здравоохранения  
Республики Казахстан  
\_\_\_\_\_ А. Кинятов  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 года

**Утверждаю:**  
И. о. Генерального директора  
РГП на ПХВ «Республиканский  
центр развития здравоохранения»  
Министерства здравоохранения и  
социального развития  
Республики Казахстан  
\_\_\_\_\_ А. Айыпханова  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 года

**3.1 - МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
по разработке единого перспективного плана развития  
инфраструктуры медицинских организаций в Республике Казахстан  
на 2017-2025 годы**

**Согласовано:**  
Заместитель генерального  
директора РЦРЗ  
\_\_\_\_\_ Н. Кузембаев

**Исполнитель:**  
Заместитель руководителя  
Центра развития  
инфраструктуры и ГЧП  
\_\_\_\_\_ А. Мубаракوف

Астана, 2017 год

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>ОГЛАВЛЕНИЕ.....</b>	<b>2</b>
<b>ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.....</b>	<b>3</b>
<b>ВВЕДЕНИЕ .....</b>	<b>4</b>
<b>МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ ПЛАНИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ИНФРАСТРУКТУРЫ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ.....</b>	<b>9</b>
<b>ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ РАЗРАБОТКИ ЕДИНОГО ПЕРСПЕКТИВНОГО ПЛАНА РАЗВИТИЯ ИНФРАСТРУКТУРЫ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ РЕГИОНОВ НА 2017-2025 ГОДЫ.....</b>	<b>19</b>
<b>РЕАЛИЗАЦИЯ ЕДИНОГО ПЕРСПЕКТИВНОГО ПЛАНА РАЗВИТИЯ ИНФРАСТРУКТУРЫ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН НА 2017-2025 ГОДЫ .....</b>	<b>23</b>
<b>ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАЛИЗАЦИИ ЕДИНОГО ПЕРСПЕКТИВНОГО ПЛАНА РАЗВИТИЯ ИНФРАСТРУКТУРЫ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН К 2025 ГОДУ: .....</b>	<b>24</b>
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....</b>	<b>25</b>

## Обозначения и сокращения

МЗ РК	– министерство здравоохранения Республики Казахстан;
МЗСР РК	– министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан;
МНЭ	– министерство национальной экономики Республики Казахстан;
РЦРЗ	–РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК;
ДСР	–Департамент стратегического развития МЗ РК
ЦИП	–центр инвестиционных проектов РЦРЗ МЗ РК
УЗ	–управление здравоохранения;
ЦРБ	– центральные районные больницы;
РБ	– районные больницы;
СБ	– сельские больницы;
МРБ	– межрайонные многопрофильные больницы;
ПМСП	– первичная медико-санитарная помощь;
АПО	– амбулаторно-поликлинические организации;
ВОП	– общая врачебная практика;
ФАП	– фельдшерско-акушерский пункт;
МО	–медицинская организация;
МП	– медицинский пункт;
БСУ	– больницы сестринского ухода;
СДПБ	– средняя длительность пребывания больного в стационаре;
ЕНСЗ	– единая национальная система здравоохранения;
ГОБМП	– гарантированный объем бесплатной медицинской помощи;
РБ	– республиканский бюджет;
МБ	– местный бюджет;
ВБ	– Всемирный банк;
СКПН	– стимулирующий компонент подушевого норматива;
ЕС	– страны Евросоюза ;
ОЭСР	– организация экономического сотрудничества и развития;
СНГ	– содружество независимых государств;
Единый перспективный план развития инфраструктуры медицинских организаций в Республике Казахстан на 2017-2019 годы	– Единый перспективный план

## Введение

Настоящие методические рекомендации по разработке единых перспективных планов развития инфраструктуры медицинских организаций регионов на 2017-2025 годы (далее – Методические рекомендации) устанавливают требования и порядок по составлению и реализации мероприятий единых перспективных планов развития сети медицинских организаций регионов на 2017-2025 годы (далее – Единые перспективные планы), согласно приказу МЗСР РК от 28 апреля 2015 года №284 «Об утверждении государственного норматива сети медицинских организаций» и в соответствии с Дорожной картой по развитию инфраструктуры медицинских организаций и государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения Республики Казахстан на 2016-2019 годы, утвержденной Вице-министром здравоохранения и социального развития РК Биртановым Е.А. 24 января 2017 года.

Единые перспективные планы должны включать рекомендации мастер-планов по реструктуризации больничного сектора и развития ПМСП, разработанных с учетом лучшего международного опыта, в том числе, предложенного консалтинговой компанией «Sanigest Internacional» совместно с Центром инвестиционных проектов РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения».

Единые перспективные планы развития инфраструктуры медицинских организаций – это стратегия перехода от существующей конфигурации сети медицинских организаций к оптимизированной системе, включая изменения в структуре и локализации.

<b><i>Цель</i></b>	Создание условий для ускоренного развития и модернизации инфраструктуры медицинских организаций РК, в том числе с применением механизмов ГЧП посредством разработки Единых перспективных планов развития инфраструктуры медицинских организаций РК
<b><i>Задачи</i></b>	Разработка Единых перспективных планов развития инфраструктуры медицинских организаций регионов на 2017-2025 годы с учетом: <ul style="list-style-type: none"><li>• актуализированных нормативно-правовых актов по государственному нормативу сети медицинских организаций в Республике Казахстан;</li><li>• Дорожной карты по развитию инфраструктуры медицинских организаций и государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения Республики Казахстан на 2016-2019 годы;</li><li>• рекомендаций мастер-планов по реструктуризации больничного сектора и развития ПМСП с учетом лучшего международного опыта;</li><li>• перспективных планов развития сети медицинских</li></ul>

	организаций на 2015-2025 годы, разработанных и утвержденных акиматами регионов
<b>Этапы</b>	1 этап – среднесрочный период – 2017-2019 годы 2 этап – долгосрочный период – 2020-2025 годы
<b>Направление</b>	<p><b>Послание</b> Президента Республики Казахстан Н.Назарбаева народу Казахстана, 30 ноября 2015 года в части активного применения механизмов ГЧП при строительстве больниц, к их реконструкции и техобслуживанию.</p> <p><b>Государственная программа развития здравоохранения «Денсаулық» на 2016-2019 годы</b> - пункт 142 Плана мероприятий по реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016 - 2019 годы, утвержденного постановлением Правительства Республики Казахстан от 16 марта 2016 года № 143</p> <p><b>Послание</b> Президента Республики Казахстан Н. Назарбаева народу Казахстана 31 января 2017 года. В разделе «Третья модернизация Казахстана: глобальная конкурентоспособность» вторым приоритетом отмечено кардинальное улучшение и расширение бизнес-среды, развитие ГЧП и его форм, которое должно стать основным механизмом развития инфраструктуры, в том числе социальной.</p>

<b>Основные объекты</b>	Медицинские организации, оказывающие стационарную и амбулаторную помощь
<b>Источники данных</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• актуализированные в республике нормативно-правовые акты по государственному нормативу сети медицинских организаций;</li> <li>• дорожная карта по развитию инфраструктуры медицинских организаций и государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения Республики Казахстан на 2016-2019 годы;</li> <li>• рекомендации мастер-планов по реструктуризации больничного сектора и развития ПМСП с учетом лучшего международного опыта;</li> <li>• санитарные правила и нормы эксплуатации зданий и сооружений медицинских организаций;</li> <li>• строительные нормы и правила</li> <li>• информационные системы Министерства здравоохранения Республики Казахстан (РЦЭЗ)</li> <li>• статистические сборники «Здоровье населения РК и деятельность медицинских организаций»;</li> <li>• ведомственная статистическая отчетность медицинских организаций регионов: отчет медицинской организации о контингентах больных, выбывших из стационара (форма 14-годовая); отчет медицинской организации (форма 30), отчет о сети и деятельности медицинских организаций (форма 47);</li> <li>• Типовые списки медицинских организаций регионов РК за 2014-2016 годы.</li> </ul>
<b>Нормативные правовые акты</b>	<p>- Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулык» на 2016 – 2019 годы, утвержденная Указом Президента Республики Казахстан 15 января 2016 года № 176;</p> <p>- приказ МЗСР РК от 28 апреля 2015 года № 284 «Об утверждении государственного норматива сети медицинских организаций»;</p> <p>- приказ МНЭ РК от 24 февраля 2015 года № 127 «Об утверждении Санитарных правил "Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения"».</p> <p>- приказ МЗ РК 850 27 октября 2010 года «Об утверждении минимальных стандартов (нормативов) оснащения медицинской техникой и изделиями медицинского назначения государственных медицинских организаций»</p>

<p><b>Достижение целевых индикаторов к 2025 году</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– достижение обеспеченности больничными организациями до 3,0 на 100 тыс. населения (2015 год – 4,0 на 100 тыс. нас) ;</li> <li>– увеличение удельного веса многопрофильных больниц до 70% (2015 год - 45%);</li> <li>– снижение обеспеченности койками в РК до 50,0 на 10 тыс. населения (2015 год – 59,0 на 10 тыс. нас, в том числе в организациях МЗ РК– 52,0 на 10 тыс. нас.);</li> <li>– модернизация больничной сети должна обеспечить обновление стареющей больничной инфраструктуры и довести показатель количества зданий, построенных после 1990 года до 75%;</li> <li>– изменение статуса/структуры стационаров в организации ПМСП;</li> <li>– развитие восстановительного лечения и медицинской реабилитации;</li> <li>– создание и развитие центров паллиативной помощи (хосписы, больницы сестринского ухода)</li> </ul>
--	---

Реструктуризация сети медицинских организаций с учетом региональных особенностей регионов повлечет за собой развитие социально-ориентированной сети организаций ПМСП, создание определенного объема коечной мощности и профилей коек по потребности населения.

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

- **реструктуризацию больничного сектора:**
  - 1) анализ деятельности коечного фонда больниц для оценки эффективности работы,
  - 2) продолжение дальнейшего объединения монопрофильных стационаров (больниц, диспансеров) в многопрофильные,
  - 3) перепрофилирование коек в востребованные профили,
  - 4) перепрофилирование нерентабельных маломощных стационаров с удовлетворительной материальной базой в реабилитационные центры, больницы сестринского ухода и хосписы, в объекты ПМСП с койками дневного пребывания;
  - 5) закрытие нерентабельных маломощных стационаров с материальной базой не соответствующих общепринятым санитарным нормам и правилам;
  - 6) строительство новых больничных организаций по потребности населения или взамен устаревших зданий больниц;
  - 7) планирование капитального ремонта и реконструкции зданий больничных организаций;
  - 8) анализ расстояния, радиус обслуживания и плотность населения;

9) разработка инвестиционного плана, с отражением основных механизмов реализации проектов и акцентом на вовлечение частных инвестиций, международных финансовых организаций, с преимущественным применением механизмов ГЧП.

***– развитие социально-ориентированной ПМСП с улучшением доступности населения к первичной медицинской помощи:***

1) анализ объектов ПМСП на соответствие государственному нормативу сети медицинских организаций и с учетом региональных особенностей,

2) централизация и децентрализация объектов ПМСП,

3) перепрофилирование нерентабельных маломощных стационаров с удовлетворительной материальной базой в организации ПМСП с койками дневного пребывания;

4) строительство новых объектов ПМСП по потребности населения и взамен устаревших зданий;

5) планирование капитального ремонта и реконструкции зданий объектов ПМСП;

6) закрытие объектов ПМСП с неудовлетворительной материальной базой и не соответствующих государственному нормативу сети медицинских организаций;

7) анализ расстояния, радиус обслуживания и плотность населения;

8) разработка инвестиционного плана, с отражением основных механизмов реализации проектов и акцентом на вовлечение частных инвестиций, международных финансовых организаций, с преимущественным применением механизмов ГЧП.

***– внедрение в систему здравоохранения механизмов государственно-частного партнерства (ГЧП), в т.ч. передачи на доверительное управление***

*Основание:*

Послание Президента Республики Казахстан Н.Назарбаева народу Казахстана, 30 ноября 2015 года вторым направлением была указана оптимизация бюджетной политики. Глава государства сделал акцент, что для «разгрузки» бюджетных расходов надо активнее применять механизмы государственно-частного партнерства, проработать дополнительные меры по поощрению частных инвестиций в приоритетные сферы экономики, шире привлекать частных инвесторов в том числе к строительству больниц, к их реконструкции и техобслуживанию. Все высвобождаемые при оптимизации бюджетных расходов средства надо направлять, в первую очередь, на проекты, которые принесут реальные результаты для населения.

Послание Президента Республики Казахстан Н. Назарбаева народу Казахстана 31 января 2017 года в разделе «Третья модернизация Казахстана: глобальная конкурентоспособность» вторым приоритетом отмечено кардинальное улучшение и расширение бизнес-среды. «Развитие ГЧП зависит от конкретной и



профессиональной работы акимов. Для привлечения частного капитала нужно использовать все возможные виды и формы ГЧП: доверительное управление госимуществом, сервисные контракты и другие. ГЧП должно стать основным механизмом развития инфраструктуры, в том числе социальной».

В связи с чем, Инвестиционный план Единого перспективного плана развития сети будет включать:

- 1) строительство и реконструкцию с применением механизмов ГЧП;
- 2) передачу некоторых медицинских и не медицинских услуг в аутсорсинг, доверительное управление;
- 3) передачу объектов здравоохранения в доверительное управление, приватизация;
- 4) улучшение оснащенности медицинских организаций современным высокотехнологичным оборудованием с использованием механизмов ГЧП;
- 5) утверждение Республиканской бюджетной комиссией и региональными бюджетными комиссиями расходов на реализацию Инвестиционного плана до 2025 года, в том числе предполагаемых обязательств по проектам ГЧП.

## **Международный опыт планирования развития инфраструктуры медицинских организаций**

### **Основные аспекты реструктуризации больниц в некоторых странах**

Страна	Анализ за годы	Основные черты
<b>Канада</b>	<b>1996-2000 гг.</b>	<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 лучшее 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> </ul>

Страна	Анализ за годы	Основные черты
		- определение потребности в новых инструментах финансирования и механизмах поддержания развития будущей системы здравоохранения
Эстония	2001-2015 гг.	<p>Эстония, унаследовавшая большую больничную сеть с избыточным количеством коек от советской модели, 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 (трестов) или акционерных компаний по гражданскому частному праву, создали стимулы для экономного использования ресурсов и способствовали последовательной рационализации посредством слияний больниц. Между 1993 и 2001 гг. количество больниц сократилось с 115 до 67, в то время как число больничных коек снизилось в 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 СПГ 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.). 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 (ENIF). Ключевыми факторами являлись:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- система скорой помощи, охватывающая всю Эстонию и предоставляющая хороший доступ.</li> <li>- неоправданное использование службы скорой помощи: особенно в сельской местности</li> <li>- реформированные отделения неотложной помощи созданы в больницах, что показало свою эффективность</li> <li>- фрагментированные услуги с множеством представителей 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>
Грузия	1998-2009 гг.	<p>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 СПГ. План был основан на поэтапном подходе:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- этап 1 – критерии были основаны на вместимости коек, возрасте здания и сейсмической безопасности.</li> <li>- 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>- этап 3 - оценил уровень инвестиций, необходимый для доведения каждого объекта до соответствующего стандарта.</li> <li>- этап 4 – выбранные объекты остаются в общественном достоянии, в зависимости от местоположения, масштаба и уровня услуг, а также необходимых инвестиций капитала.</li> </ul> <p>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</p>

Страна	Анализ за годы	Основные черты
		<p>возможность затем частным компаниям продать земельные участки под закрытыми больницами для компенсации инвестированных средств. Некоторые ключевые принципы реформ 2007-2009 гг. были следующие:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- больницы будут располагаться во всех районах Грузии;</li> <li>- 90% населения будет иметь доступ к больничному уходу на расстоянии, требующем не более 30 минут для получения доступа;</li> <li>- занятые в настоящее время койки – 5600; Показатель неэффективности – 68,2% (11130 коек);</li> <li>- целевая занятость койки – 85%;</li> <li>- целевая средняя продолжительность госпитализации – 5 дней для острого ухода, 20 дней для среднего ухода;</li> <li>- увеличение утилизации больничных услуг – 35%;</li> <li>- строгое ограничение соотношения высокотехнологичных коек – 14,7% от общего числа; 1150 по всей стране; из них 744 в Тбилиси;</li> <li>- установление площадей на койку: 50 кв.м в 15 и 25-коечных больницах; 75 кв.м в 50 и более коечных больницах.</li> </ul>
<b>Латвия</b>	<b>2001-2006 гг.</b>	<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>
<b>Молдова</b>		<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>
<b>Румыния</b>	<b>2002 г.</b>	<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>
<b>Сербия</b>	<b>2006-2008 гг.</b>	<p>Реформа в Сербии сосредоточилась на внедрении подушевых плановых параметров при минимальной сети представителей 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.</p>
<b>Словакия</b>	<b>2002-2006 гг.</b>	<p>Процесс реформирования в Словакии ввел концепцию Минимальной государственной сети представителей услуг. Учитывая структуру системы с множеством плательщиков, оценка минимальных уровней сокращаемых коек на душу населения в каждом регионе была установлена в качестве минимальной</p>

Страна	Анализ за годы	Основные черты
		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. 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.
<b>Испания</b>		Опыт провинции Валенсия, Испания, отражает инновационный подход в развитии Частного предпринимательства, где частному представителю 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.

Международные тенденции демонстрируют следующие направления развития в отношении процессов модернизации больничной службы.

**1. Повышение эффективности, доступности и соответствия международной клинической практике служат основными причинами для запуска Реформы.**

Предпосылки начала процесса реформ:

- значительный рост числа поступлений всех видов, начиная с острых случаев до неотложных состояний, вследствие отсутствия хорошо организованной системы направлений, так что само-направление стало правилом. В результате этого такие отклонения приводят к большому проценту не нужных госпитализаций и неэффективному распределению средств на менее экономичные виды деятельности (например, откладывание elective хирургических вмешательств).
- большое количество, иногда мелких больниц, рассеянных по территории и расположенных без учета критерия доступности или потребностей населения, на основе исторически сложившихся реалий.
- изнашивающаяся инфраструктура и оборудование.
- отсутствие сетевого видения.
- 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, elective хирургии или другим видам лечения.
- медицинский и не медицинский персонал отстает от наилучшей клинической практики и практики ЕС.

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

Как в случае с предыдущим случаем, имеется перечень общих принципов, которыми руководствуются реформы в обоих примерах:

1. Реформа предоставления больничных услуг основывается на интересах пациента, потребностей населения. И как следствие, количество коек по каждому профилю и региону рассчитывается в соответствии с демографическими и эпидемиологическими условиями.
2. 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.

3. 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 подострых и острых состояниях. Также службы здравоохранения должны интегрироваться с другими социальными службами.
4. Концентрация комплексных/сложных услуг в меньшем количестве учреждений.
5. В результате пунктов 3 и 4, капитальные инвестиции распределяются по приоритетности:
  - a. Рационализация и упрощение больничной сети;
  - b. Обновление больничной инфраструктуры;
  - c. Перераспределение инфраструктурных ресурсов для амбулаторного лечения.
6. Обоснованность лечения и использования ресурсов, надежность услуг (безопасность и защищенность пациента);
7. Распределение территорий для целей планирования в соответствии с широкими сегментами и заранее определенными критериями (городские/сельские условия, население, доступность и т.д.).
8. Модернизация медицинского ухода и вспомогательных услуг путем приобретения и применения последних диагностических, терапевтических и технологических решений.
9. Обновление инфраструктуры здравоохранения региона.
10. Упор на обучение и научные исследования посредством поощрения культуры профессионального роста и стимулирования интеллектуального, клинического и медицинского роста профессионализма.
11. Усилить санитарное просвещение населения.
3. ***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, 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. Средний рекомендуемый размер отделения в многопрофильной больнице в настоящее время варьирует от 25 до 30 коек. Это оптимальный размер, когда можно предоставить соответствующий сестринский уход, 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.

***4. 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.
- Лечение состояний, отвечающих за амбулаторное лечение в ПМСП и общинных центрах вместо лечения в стационарных условиях.

- Широкое использование клинических рекомендаций/протоколов для ведения и стандартизации клинических подходов.
- Больницы более не организованы по клиническим специальностям или отделам только лишь в силу того, что таковые существуют. 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 подразделений. 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 сосредоточиваются на какой-либо отдельной области.

#### **5. Централизация сложных услуг**

Имеется большее взаимопонимание в отношении необходимости централизовать предоставление тех услуг, которые в связи со сложностью вмешательств, требуют специальных навыков или оборудование, которые трудно содержать в местных больницах. Эта группа включает среди прочих дополнительные услуги, такие как онкологического характера, транспланты, 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.

Разные страны располагают разными больницами и системами здравоохранения; в странах преобладают разные ценности и убеждения, к тому же в ряде стран происходят весьма масштабные преобразования.

Тем не менее, следующие основные идеи актуальны для всех стран. Во-первых, больницы существуют ради улучшения здоровья населения; эту задачу они выполняют, не только предоставляя медицинскую помощь в соответствии с потребностями и ожиданиями своих пациентов, но и посредством обучения и научных исследований. Во-вторых, больницы составляют лишь одну из частей системы здравоохранения. Они не могут рассматриваться изолированно друг от друга или от других учреждений, предоставляющих медицинскую и социальную помощь.

### **Основные аспекты планирования сети первичной медико-санитарной помощи**

Международный опыт доказывает, что первичная медицинская помощь (ПМСП) является той структурой, которая может удовлетворить 90-95% потребностей местного населения в медицинских услугах.

ПМСП выполняет двойную функцию в системе здравоохранения:

1. непосредственное предоставление первичных услуг (такими поставщиками, как семейные врачи, медсестры, фармацевты и телефонные линии для консультаций), и
2. функция координации для обеспечения преемственности и легкости движения в рамках всей системы, чтобы уход оставался интегрированным в случае, когда людям требуются более специализированные услуги (например, у узких специалистов или в больницах).

Высокое качество ПМСП включает в себя следующие характеристики:

- Первый контакт, легкодоступные услуги для всех групп населения и решение всех медико-санитарных потребностей пациента;
- Предоставление комплексных услуг для удовлетворения потребностей пациентов с фокусом на генерализацию, а не на специализацию;
- Предоставление пациенто-ориентированного ухода вместо ориентации на заболевания, и длительные отношения с пациентами;

- Координация помощи каждому пациенту индивидуально;
- Целостный подход, т.е. интеграция биомедицинских, психологических и социальных аспектов проблемы пациента;
- Фокус на продвижение здорового образа жизни и профилактику заболеваний, а также на решение уже установленных проблем со здоровьем.

В мире сотрудники ПМСП стремятся предоставить населению полный спектр медицинских и социальных услуг на местном уровне, выполняя роль координационного центра и «привратника», что облегчается благодаря последним технологическим достижениям в сфере информационных систем.

Ключевой особенностью реформ в ПМСП-ориентированных странах является переход к **межпрофессиональным командам, групповым практикам и сетям** - командам поставщиков, которые несут ответственность за предоставление комплексных услуг своим клиентам. Все больше экспертов сходятся во мнении, что работа семейных врачей, медсестер и других специалистов как партнеров приводит к улучшению здоровья, повышению доступа к услугам, более эффективному использованию ресурсов и большей удовлетворенности как пациентов, так и поставщиков. Такие команды имеют больше возможностей для работы над продвижением здорового образа жизни и более качественным ведением хронических заболеваний. Такой командный подход вместе с активным внедрением телефонных консультационных линий облегчает доступ к первичной медицинской помощи в нерабочие часы, уменьшая потребность в дорогостоящих посещениях кабинетов неотложной помощи.

В частности, за последние десять лет значительные усилия были вложены в исследования, описывающие и разрабатывающие модели ПМСП, которые будут лучшим образом отвечать потребностям, как отдельных лиц, так и населения в целом. Были выделены три категории моделей<sup>1</sup>:

- Модели расширенной общей практики;
- Модели более широких центров ПМСП;
- Центры с сильным акцентом на ПМСП.

Новые модели ПМСП характеризуются своим желанием использовать больший организационный масштаб для расширения диапазона предлагаемых услуг и диверсификации источников дохода, что в свою очередь позволит повысить устойчивость их деятельности. Они разрабатывают более сложную систему управления и создают новые профессиональные, управленческие и лидерские роли, предлагающие дополнительные возможности для карьерного роста профессиональному, управленческому и вспомогательному персоналу ПМСП. Несмотря на различия в происхождении и философских основах данных моделей, они объединены желанием улучшить и расширить спектр услуг первичной медико-санитарной помощи, развивать управленческий и лидерский потенциал и предполагают более значительную роль ПМСП в местной системе здравоохранения. Важно отметить, что все модели подчеркивают необходимость обеспечения баланса между преимуществами организационного масштаба и сохранением персонального и местного подхода к общей практике. В каждой из «масштабных» моделей ПМСП за местными практиками была сохранена роль точки первого контакта с пациентами, сеть более широкой консультативной помощи и поддержки была укреплена, а организационный масштаб использовался для усиления (а не ослабления) доступности и качества ПМСП на местах.

### **Ирландия**

Модель оказания ПМСП в Ирландии опирается на Команды первичной помощи (Primary Care Teams, PCTs) и сети медицинского и социального ухода (Health and Social Care Networks, HSCNs) и нацелена на оказание комплексных и расширенных услуг ПМСП пациентам, включая структурированные подходы к ведению хронических заболеваний, усиленную междисциплинарную работу и интеграцию между первичными, вторичными и третичными услугами (см. рисунок "Модель оказания услуг"). Команда первичной помощи представляет

собой многопрофильную группу специалистов в области здравоохранения и социальной помощи, которые работают вместе для оказания доступных медицинских и социальных услуг определенной группе населения в размере от 7,000 до 10,000 людей при "первичном" контакте с системой здравоохранения. Население, которое будет обслуживаться командой, определяется географическими границами и/или населением, обслуживаемом врачами общей практики, входящими в Команду. Типичная Команда первичной помощи включает ВОП, медсестер, сотрудников, оказывающих помощь на дому, физиотерапевтов и трудотерапевтов. Все члены Команды работают вместе, делясь информацией и своими профессиональными навыками, чтобы гарантировать, что пациенты, испытывающие наибольшую потребность, получают услуги своевременно и должным образом. Команды первичной помощи обеспечивают целостный подход к нуждам сообщества на основе потребностей в социальной и материальной сфере, жилье, образовании и здравоохранении. Команды первичной помощи обеспечивают подход «одного окна» и могут удовлетворить (или помочь в удовлетворении) большинства потребностей в медицинских услугах общества.

### **Канада**

ПМСП в Канаде организована преимущественно вокруг семейных врачей и врачей общей практики (ВОП), работающих индивидуально или в малых группах. Примерно одна треть врачей первичного звена работают в одиночку. Групповые практики в среднем состоят из пяти врачей. Подавляющее большинство практик ПМСП принадлежат врачам и управляются ими. Средняя рабочая неделя врачей первичного звена составляет более пятидесяти часов, не включая времени, затрачиваемого на выезды. Пятьдесят процентов врачей обслуживают вызовы на дом, и 72 процента врачей тратят на работу по вызовам в среднем двадцать шесть часов в неделю. Хотя организация работы в нерабочие часы значительно различается, обычным считается разделение обязанностей между группами врачей первичного звена, обслуживающими вызовы на дом. Один из пяти врачей первичного звена оказывает интранатальную акушерскую помощь, участвуя в среднем в сорока родах в год<sup>ii</sup>.

В последнее время появились несколько альтернатив обычной индивидуальной и групповой общей практике. К ним относятся Местные центры услуг (Centres locaux de services communautaires, CLSCs) в Квебеке, Центры медицинских услуг (Health Service Organizations, HSOs) в Онтарио, и Общественные центры здоровья (Health Community Centres, CHCs) в Онтарио. Сеть CLSCs постепенно расширяется, чтобы полностью охватить население провинции Квебек, и в настоящее время включает 146 центров с 1,500 нанятыми врачами (около 1,000 штатных единиц персонала на полной ставке, или ШЕП) и более 5,000 ШЕП медсестер. Возникновение данных альтернатив было связано с изменением в финансировании и/или методах вознаграждения (в пользу смешанных механизмов финансирования в Квебеке, подушевого финансирования в HSOs и глобального финансирования в CHCs) и с изменением организации оказания услуг (главным образом, за счет привлечения других медицинских работников, таких как медсестер и младших медработников)<sup>iii</sup>.

Нынешняя реформа сосредоточена на предоставлении первичной медико-санитарной помощи на местном уровне (community-based primary health care, СВРНС), которая охватывает широкий спектр первичной профилактики (в том числе общественного здравоохранения) и услуги первичной медицинской помощи в рамках сообщества. СВРНС предполагает координацию и обеспечение комплексной медицинской помощи, оказываемой рядом поставщиков, в том числе медсестрами, социальными работниками, фармацевтами, диетологами, специалистами в области общественного здравоохранения, терапевтами и другими, в различных условиях населенного пункта, включая частные дома, клиники здравоохранения, офисы врачей, комплексы общественного здравоохранения, хосписы и рабочие места. В настоящее время они сосредоточены на:

- улучшении моделей оказания услуг по профилактике и ведению хронических заболеваний в рамках СВРНС: разработка инновационных моделей для предотвращения заболеваний, ведения и лечения людей, семей и групп населения, подверженных риску развития или живущих с хроническим заболеванием(ями), на базе СВРНС и влияние



этих моделей на конечные показатели (например, эффективность, доступность, безопасность, качество, справедливость, показатели здоровья) на уровне индивидуума, поставщика, организации, системы и населения в целом.

- обеспечении равного доступа к соответствующей СВРНС и принятии мер касательно индивидуальных, социальных и структурных детерминант здоровья, которые приводят или усиливают условия уязвимости (например, стигматизация, миграция), сосредоточив внимание на самых уязвимых подгруппах (по возрасту, социально-экономическому статусу, функциональной инвалидности или связанной с пороками развития, неспособностью эффективно общаться, по расовой/этнической принадлежности, географическому, половому признаку или сексуальной ориентации), которые подвержены большему риску иметь худшие показатели здоровья и испытывают трудности при получении равного доступа к СВРНС.

Каждая территория использует свой собственный подход, однако были выявлены некоторые общие приоритетные направления:

- создание команд первичной медицинской помощи, которые отвечают за оказание комплексных услуг своим клиентам (в том числе за координацию с другими уровнями оказания медицинской помощи);
- создание или укрепление телефонных консультационных линий для обеспечения первичных услуг 24 часа в сутки;
- улучшения в ведении хронических заболеваний;
- больший акцент на продвижение здорового образа жизни и профилактику заболеваний/травмы;
- добровольное участие как поставщиков, так и пациентов;
- создание потенциала в области оценки для возможности мониторинга деятельности системы.

## **Великобритания**

Недавняя организационная реформа Национальной Службы Здравоохранения (NHS) Великобритании, проведенная в 2013 году, заменила Тракты ПМСП на Клинические поручительские группы (КПГ, Clinical Commissioning Group). Основное различие между данными организациями в том, что КПГ управляются клиницистами и включают все группы ВОП в данном географическом районе. Целью их создания является предоставление врачам общей практики и другим клиницистам возможности влиять на решения о приобретении услуг для своих пациентов в противовес менеджерам, движимым экономическими целями. Клинические поручительские группы будут работать с пациентами и медицинскими работниками и в партнерстве с местным сообществом и органами власти. В состав руководства группы помимо ВОП будут входить по крайней мере одна зарегистрированная медсестра и один врач-специалист. Границы работы Группы будут, в основном, совпадать с границами местных органов власти. Клинические поручительские группы будут отвечать за организацию услуг экстренной и неотложной помощи в пределах этой территории, а также за приобретение услуг для незарегистрированных пациентов, живущих в данном районе. Все практики ВОП должны принадлежать к какой-либо Клинической поручительской группе<sup>iv</sup>.

В Великобритании новая стратегия «Здравоохранение для Лондона» обосновала изменение модели оказания медицинских услуг с целью решения проблемы недостаточности специализированной помощи в муниципальных районах большого Лондона и перевода определенной части специализированной медицинской помощи из больниц в поликлиники, которые разделяют некоторые специализированные службы с врачами общей практики особенно в Лондоне<sup>v</sup>. Данный шаг был встречен сопротивлением со стороны ВОП и Британской медицинской ассоциации, а Фонд Короля подготовил документ, резко критикующий данную стратегию<sup>vi</sup>. Однако, учитывая сильную политическую поддержку, Национальная Служба Здравоохранения (NHS) построила 10 поликлиник в Лондоне, и в

настоящее время производится их оценка, чтобы убедиться, что они выполнили поставленные перед ними задачи<sup>vii</sup>.

### **Австралия**

В Австралии в настоящее время ПМСП оказывается через практики одного и нескольких ВОП, в то время как специализированная помощь размещается в больницах или в самостоятельных специализированных клиниках, физически расположенных отдельно от практик ВОП. Тем не менее, в 2007-2008 годах отмечалось движение по переходу от моделей предоставления только услуг ВОП к поликлиническим моделям в мегаполисах с высокой плотностью населения. Еще 100 поликлинлик должны быть построены в ближайшие годы. Перед системой здравоохранения Австралии поставлена цель перехода к стратегии ПМСП, подразумевающей строительство 37 Супер-Клиник ВОП.

В одном регионе Австралии, Юго-Западном Сиднее, происходит переход к интегрированной первичной и внебольничной помощи, которая характеризуется профилактикой заболеваний и ранними вмешательствами на местах, оказываемыми многопрофильными командами ПМСП, и связана с вторичной и третичной помощью из близлежащих больниц. Они определили и разработали четырехуровневую модель первичной и внебольничной помощи, которая представлена на рисунке 33.

Что касается специализированных амбулаторных услуг, предусматриваются некоторые услуги, основанные на численности населения.

### **Индия**

Индия имеет трехуровневую структуру, включающую организации первичной, вторичной и третичной медицинской помощи для обеспечения медицинских услуг в пределах досягаемости людей. Первичный уровень включает три типа медицинских организаций: Под-центр (Sub-Center) для населения 3,000-5,000 человек, Центр ПМСП для населения от 20,000 до 30,000 человек и Районный центр здоровья (РЦЗ) как специализированный центр для каждого из четырех Центров ПМСП, охватывающий население от 80,000 до 120,000 человек. Районные больницы выступают в качестве вторичного уровня в сельских районах и в качестве первичного уровня - для городского населения. Третичный уровень помощи представлен городскими медицинскими организациями, оснащенными сложным диагностическим и исследовательским оборудованием<sup>viii</sup>.

### **США: Переориентация на сельскую первичную медико-санитарную помощь**

Учитывая потребности здравоохранения сельского населения, современная сельская система оказания медицинских услуг в сельских районах должна иметь надежную инфраструктуру ПМСП, чтобы обеспечивать разбросанное население необходимой профилактической помощью и условиями для ведения хронических заболеваний. Также существует потребность в беспрепятственном доступе сельских жителей (особенно пожилых) к специализированной помощи и услугам по долгосрочному уходу. ПМСП играет центральную роль несмотря на то, что в отдаленных сельских районах врачей ПМСП на 100,000 населения меньше в два раза, чем в городах. Их работа существенно поддерживается примерно 24,000 сельскими практикующими медсестрами и фельдшерами. В течение длительного времени доминирующей моделью оказания врачебной помощи в сельской местности являются индивидуальные или небольшие практики. В последние годы врачи начали объединяться в групповые практики, обычно включающие до пяти врачей, а также практикующих медсестер, фельдшеров и других неклинических специалистов. Отчасти благодаря количеству неклинических специалистов и поликлинлик в сельских районах сельские жители сообщают о таком же количестве посещений медицинских организаций, как и городские жители. Отношение сельских посещений к городским составляет около 93%. Опрос сельских врачей первичного звена показывает, что более половины их пациентов вынуждены преодолевать более 35 км для получения специализированной помощи, в то время как в городах этот показатель составляет лишь 6%.

Существующая система ПМСП включает следующие организации:

- **Групповые практики:** <5 врачей, практикующие медсестры, фельдшеры и другие неклинические специалисты;
- **Сельские клиники и медицинские центры,** часто привлекающие неклинических специалистов и дополнительно оказывающие услуги касательно гигиены полости рта, психического здоровья и злоупотребления алкоголем или наркотиками;
- **Розничная или корпоративная клиника,** известная также как клиника «на углу», включающая практикующих медсестер и часто расположенная в торговых сетях, таких как Target, Wal-Mart, Kroger и Walgreens.

С расширением зон охвата оказание медицинских услуг в сельских районах будет сталкиваться с бóльшим количеством проблем. Пять миллионов сельских жителей уже живут в так называемых «зонах дефицита» (услуг). В дополнение к многочисленным реализуемым программам медицинские дома первичной помощи представляют собой новую модель оплаты, которая имеет все шансы улучшить ситуацию с поиском и удержанием персонала ПМСП в сельской местности путем предоставления возможности для получения дохода от улучшенной профилактической помощи и координации постоянного медицинского ухода. Также имеет смысл укрепить многопрофильную совместную работу на уровне сельской первичной помощи, давая возможность практикующим медсестрам, фельдшерам и другим специалистам использовать в работе весь спектр своих навыков. Существуют широкие возможности для развития сотрудничества поставщиков медицинских услуг между разными сельскими районами, а также с городскими системами здравоохранения, как это уже было апробировано в штатах Миннесота и Нью-Гемпшир. Инновационные модели, использующие мобильные клиники, в настоящее время разрабатываются в Миссисипи и других штатах. Ведение хронических заболеваний может улучшиться при условии быстрого внедрения сельскими организациями электронных медицинских записей и связанных с ними клинических ИТ. Участие сельских пациентов в улучшении своего собственного здоровья можно стимулировать через более широкое использование некоторых инновационных «ценностно-ориентированных» услуг и программ медицинской помощи, разрабатываемых для лечения диабета и других заболеваний.

## **Порядок проведения разработки Единого перспективного плана развития инфраструктуры медицинских организаций регионов на 2017-2025 годы**

При разработке Единого перспективного плана рекомендуется применение следующего поэтапного подхода:

- 1 этап – среднесрочный период – 2017-2019 годы;
- 2 этап – долгосрочный период – 2020-2025 годы.

### **Среднесрочный период – 2017-2019 годы.**

**В 2017 году предполагается провести подготовительно-аналитическую работу по созданию Единого перспективного плана развития инфраструктуры медицинских организаций в Республике Казахстан на 2017-2025 годы.**

Для процедуры разработки Единого перспективного плана необходимо:

#### **1. пересмотреть и внести предложения в следующие нормативно-правовые акты:**

- приказ МЗСР РК от 28 апреля 2015 года № 284 «Об утверждении государственного норматива сети медицинских организаций».

Действующий государственный норматив сети медицинских организаций необходимо пересмотреть в части исключения юридической самостоятельности монопрофильных стационаров (перинатальный центр, родильные дома, инфекционные, офтальмологические больницы, кардиологические, эндокринологические диспансеры и пр.).

- **приказ МЗ РК № 797 от 26 ноября 2009 года** «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций»;

Данный приказ по утверждению номенклатуры медицинских организаций необходимо пересмотреть в соответствии пересмотренного государственного норматива сети медицинских организаций в части исключения некоторых наименований, например, родильные дома, офтальмологические больницы, кардиологические, эндокринологические диспансеры и пр.

- **приказ МНЭ Республики Казахстан от 24 февраля 2015 года № 127** «Об утверждении Санитарных правил "Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения"».

Данный приказ необходимо пересмотреть в целях оптимизации помещений и соответственно снижения расходов на содержание медицинских объектов. Повышения качества оказания медицинских услуг.

- **приказ Председателя Комитета по делам строительства МНЭ РК от 17 мая 2001 года N 109** «Об утверждении СНиП РК А.2.2-1-2001 «Инструкция о порядке разработки, согласования, утверждения и составе проектно-сметной документации на строительство предприятий, зданий и сооружений»»

Данный приказ необходимо пересмотреть в целях оптимизации помещений и соответственно улучшения бизнес-процессов в медицинских организациях и снижения расходов на содержание медицинских объектов. Повышения качества оказания медицинских услуг.

- **приказ МЗ РК № 850 от 27 октября 2010 года** «Об утверждении минимальных стандартов (нормативов) оснащения медицинской техникой и изделиями медицинского назначения государственных медицинских организаций».

Данный приказ предусматривает минимальный перечень оснащения медицинской техникой и изделиями медицинского назначения медицинских организаций в зависимости от уровня оказания медицинской помощи.

Между тем, международными экспертами консалтинговой компании «Sanigest Internacional» были рекомендованы современные стандарты (нормативов) оснащения медицинской техникой и изделиями медицинского назначения государственных медицинских организаций в зависимости от уровня оказания медицинской помощи на 100 тыс. населения (приложение 1).

## **2. Рассмотрение данных ИС МЗ РК на предмет охвата и полноты по заполнению выходных таблиц:**

- ИС «Система управления ресурсами»;
- ИС «Система управления медицинской техникой»;
- ИС «Регистр прикрепленного населения»

- ИС «АИС поликлиника»
- ИС «Электронный регистр стационарных больниц»
- ИС «Бюро госпитализации»

### **3. Ситуационный анализ**

Планирование инфраструктуры начинается с ситуационного анализа, который включает следующие индикаторы:

1. анализ численности населения и прогноз, в т.ч. структуры населения;
2. анализ показателя состояния здоровья населения;
3. анализ материально-технического состояния мед. организаций региона;
4. анализ радиуса доступности;
5. анализ динамики внутренней и внешней миграции;
6. анализ плотности населения,
7. анализ заболеваемости населения региона;
8. анализ кадрового потенциала МО рассматриваемого региона;
9. анализ мощности МО

**Таким образом,** определив пороговые значения по каждому индикатору, ситуационный анализ позволит определить потребность в строительстве (определив прогнозную дату стройки с учетом потенциала региона), потребность в закрытии/открытии отделения, кабинета, коек, перепрофилировании коек и т.д.

### **4. Моделирование Единого перспективного плана**

Моделирование (проектирование) проводится на основании данных ситуационного анализа с учетом заболеваемости в динамике и демографического прогноза населения, который позволит определить:

- для больничных организаций - потребность в койках и профилях коек;
- для амбулаторно-поликлинических организаций – количество посещений в смену, количество отделений, кабинетов.

#### **Первый этап моделирования**

1) Оценка существующей сети МО на соответствие государственному нормативу сети с учетом структурных подразделений МО:

- медицинские пункты
- фельдшерско-акушерские пункты (на рассмотрении)
- врачебные амбулатории
- сельские поликлиники
- сельские больницы
- районные поликлиники
- районные больницы
- центральные районные больницы
- межрайонные многопрофильные больницы
- городские поликлиники

- станции (отделения) скорой медицинской помощи
- стоматологические поликлиники
- городские многопрофильные больницы
- областные многопрофильные больницы
- организации восстановительного лечения и медицинской реабилитации
- организации, оказывающие паллиативную помощь и сестринский уход
- организации, осуществляющие деятельность патологической анатомии

2) Оценка кадров на соответствие приказу МЗ РК № 10 от 05.01.11 года «О внесении изменений и дополнений в приказ № 238 от 07.04.10 года «Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения»; сравнение штатного расписания и фактически занятого, дефицит, профицит;

3) Оценка деятельности МО:

- коечной мощности и деятельности круглосуточных стационаров (работа койки, в т.ч. по основным профилям; количество занятых и свободных коек, в т.ч. по основным профилям; простой койки, в т.ч. по основным профилям; анализ дефицита и профицита коек на максимально доступном уровне детализации административно-территориальных единиц с учетом профиля);

- плановой и фактической мощности АПО (показатель первичной заболеваемости, в т.ч. по БСК, ЗНО, туберкулезу, травмам и несчастным случаям, посещения, в т.ч. на 1 жителя; структура посещений, в т.ч. по заболеваемости; показатель общей смертности, в т.ч. по БСК, ЗНО, туберкулезу, травмам, материнской и младенческой);

4) Оценка минимально требующейся медицинской техники согласно приказа МЗ РК № 850 от 27.10.10 года «Об утверждении минимальных стандартов (нормативов) медицинской техники и изделий медицинского назначения государственных организаций здравоохранения»;

5) Анализ объектов МО в населенных пунктах с целью необходимости потребности в них, предоставления рекомендаций для создания инвестиционных проектов на строительство;

6) Анализ износа зданий (уровень износа нормальный/повышенный/критический, аварийность, ранжирование по годам постройки, видам зданий, по материалу, типового или нетипового вида зданий, вида собственности, с возможностью изменения параметров вручную);

7) Анализ износа медицинской техники в МО (уровень оснащенности, износ, по ранжированию: дорогостоящее, недорогое, с возможностью изменения параметров анализа вручную).

## **Второй этап моделирования**

1) Оценка доступности МО для населенных пунктов по радиусу обслуживания (количество населения, радиус обслуживания в км, наличие автодорог);

2) Анализ оптимального распределения в сельской местности МП, ФАП, ВА между СП, РП, ЦРП, СБ, РБ, ЦРБ);

3) Прогноз роста населения, заболеваемости и смертности по основным видам заболеваемости на основе исторически сложившихся данных (на максимально доступном уровне детализации административно-территориальных единиц);

### **Третий этап моделирования**

1) Анализ расположения МО на всех уровнях оказания медицинской помощи в зависимости от количества населения, наличия других медицинских организаций, расстояния и имеющихся автодорог, вне зависимости от территориальной принадлежности для проведения последующей оптимизации;

2) Прогнозирование оптимизации существующей сети МО (оптимизация, открытие новых МО, перепрофилирование) в зависимости от изменения прогнозных показателей состояния здоровья населения;

3) Формирование инвестиционной (строительство, реконструкция, капитальный ремонт, сейсмоусиление, оснащение) и кадровой потребности сети в разрезе МО;

4) Ранжирование потребности в строительстве, капитальном ремонте, реконструкции, сейсмоусилении, оснащении по приоритетности.

## **Реализация Единого перспективного плана развития инфраструктуры медицинских организаций в Республике Казахстан на 2017-2025 годы**

1. Реализация мероприятий Единого перспективного плана развития инфраструктуры медицинских организаций регионов будет осуществляться Акиматами областей и городов Астана, Алматы, МЗ РК по республиканским организациям в соответствии с запланированными перспективным планом мероприятиями.

Кроме того, не реже 1 раза в полугодие предполагается проведение мониторинга с целью своевременного внесения изменений и актуализации единого перспективного плана, начиная с 2017 года по 2025 год согласно утвержденной форме со следующим содержанием:

1) изменение амбулаторно-поликлинической сети;

2) изменение стационарной сети;

3) развитие, создание или перепрофилирование некоторых организаций здравоохранения в организации восстановительного лечения и медицинской реабилитации (реабилитационные центры);

4) развитие, создание или перепрофилирование некоторых организаций здравоохранения в организации паллиативной помощи: хосписы, больницы сестринского ухода;

5) закрытие медицинской организации;

6) сроки проведения капитальных ремонтов зданий медицинских организаций регионов;

7) планирование реконструкции существующих зданий медицинских организаций регионов;

8) планирование строительства новых зданий медицинских организаций регионов;

9) планирование строительства зданий взамен существующих медицинских организаций регионов;

10) увеличение доли частных инвестиций в сфере здравоохранения, в том числе путем государственно-частного партнерства (ГЧП):

- строительство и реконструкцию с применением механизмов ГЧП;
- передачу некоторых медицинских и не медицинских услуг в аутсорсинг, доверительное управление;
- передачу объектов здравоохранения в доверительное управление, приватизация;
- улучшение оснащенности медицинских организаций современным высокотехнологичным оборудованием с использованием механизмов ГЧП;
- утверждение Республиканской бюджетной комиссией и региональными бюджетными комиссиями расходов на реализацию Инвестиционного плана до 2025 года, в том числе предполагаемых обязательств по проектам ГЧП.

### **Ожидаемые результаты реализации Единого перспективного плана развития инфраструктуры медицинских организаций в Республике Казахстан к 2025 году:**

– довести уровень обеспечения больничными организациями до 3,0 на 100 тыс. населения (2015 год – 4,0 на 100 тыс. нас.);

– увеличение удельного веса многопрофильных больниц до 70% (2015 год - 45%);

– снижение обеспеченности койками в РК до 50,0 на 10 тыс. населения (2015 год – 59,0 на 10 тыс. нас, в т.ч. системы здравоохранения СЗ – 52,0 на 10 тыс. нас.);

– модернизация больничной сети должна обеспечить обновление стареющей больничной инфраструктуры и довести показатель количества зданий, построенных после 1990 года до 75%;

– планируется строительство порядка 80 стационаров и 528 АПО; реконструкция 8 больниц и 19 АПО, капитальный ремонт 216 стационаров и 1193 АПО;

– реорганизация (объединение) до 40 больничных организаций; закрытие около 15 маломощных нерентабельных больниц, передать на доверительное управление 13 и приватизация 8 больничных организаций;

– организация около 35 ВА, реорганизация поликлиник на базе 4-х ВА, закрытие 94-х МП, передать на доверительное управление 17-ти и приватизация 2-х поликлинических организаций,



- развитие восстановительного лечения и медицинской реабилитации;
- создание/или перепрофилирование 38-ми МО в организации восстановительного лечения и медицинской реабилитации, в т.ч. 14 реабилитационных центров;
- создание и развитие центров паллиативной помощи (20 хосписов, 4 больницы сестринского ухода)

## **Заключение**

Проект Методических рекомендаций по разработке Единого перспективного плана развития инфраструктуры медицинских организаций в Республике Казахстан на 2017-2025 годы, включая критерии для разработки информационной системы «Сеть медицинских организаций», должен пройти процедуру согласования с заинтересованными структурными подразделениями и ведомствами МЗ РК, управлениями здравоохранения регионов.

Предложенная методика разработана специалистами Центром развития инфраструктуры и ГЧП РГП на ПХВ «РЦРЗ».

Методика предложена для использования как на уровне МЗ РК, РЦРЗ, так и на уровне управлений здравоохранения областей и городов Астана и Алматы, медицинской организации, что определяет возможность оценки текущей ситуации с прогнозом дальнейшего развития сети медицинских организаций с учетом потребности прикрепленного населения.

Кроме того, данная методика предназначена для использования специалистами РЦЭЗ, КБТУ, при разработке ИС «Сеть МО».

Разработка Единого перспективного плана развития инфраструктуры медицинских организаций в Республике Казахстан на 2017-2015 годы необходимо проводить в рамках мероприятий следующих направлений:

- мероприятия Государственной программы развития здравоохранения «Денсаулык» на 2016-2019 годы в части изменения сети медицинских организаций, перепрофилирования их в востребованный профиль реабилитационной и паллиативной помощи;
- рекомендации мастер-планов по реструктуризации больничного сектора в 16-ти регионах;
- рекомендации мастер-планов по развития ПМСП в 16-ти регионах;
- лучший опыт зарубежных стран;
- результаты реализации Перспективных планов развития сети медицинских организаций на 2015-2025 годы, утвержденных Акиматами в 2014 году 16-ти регионов.
- основные показатели оценки деятельности амбулаторных и стационарных организаций по каждому из 16-ти регионов.

### ***Изменение амбулаторно-поликлинической сети***

Основные принципы планирования сети и инфраструктуры организаций ПМСП включают: пациент ориентированный подход и подход, основанный на количестве прикрепленного населения; своевременный доступ населения

к услугам сети ПМСП: в течение 15-20 минут; безопасное, качественное оказание медицинской помощи.

Медицинская помощь, ориентированная на пациента и семью, представляет собой подход к планированию, оказанию медицинских услуг, который заключается во взаимовыгодном партнерстве между ВОП, пациентом и семьей.

ВОП, ориентированные на пациента и семью, признают жизненно важную роль, которую семья играет в обеспечении здоровья и благополучия новорожденных, детей, подростков, а также членов семьи всех возрастов. Они пропагандируют здоровый образ жизни и благополучие всех членов семей, а также обеспечивают комплексную медицинскую помощь, восстановление и контроль.

1) использование механизмов централизации и децентрализации медицинской помощи:

- объединение в крупные врачебные амбулатории, центры ПМСП,
- с целью приближения к компактному проживанию населения организация и размещение ВА/центров ПМСП/центров семейного здоровья на первых этажах многоэтажных домов в городах и прочих зданиях в сельской местности;

- централизация специализированной медицинской помощи в поликлинике для нескольких СВА/центров ПМСП,

2) по динамическому и прогнозному изменению количества прикрепленного населения – реорганизации в соответствии по государственному нормативу АПО;

3) при рассмотрении и утверждении нового проекта государственного норматива сети организаций здравоохранения – реорганизацию планировать в долгосрочные сроки реализации до 2025 года:

- организация врачебной амбулатории на 1,5 тыс. человек (существующий норматив 2 тыс. человек);

- закрытие медицинских пунктов в населенных пунктах с проживанием менее 300 человек (существующий норматив 50 человек), в перспективе с организацией выездных пунктов обслуживания в этих населенных пунктах;

- включение КДЦ в состав областных больниц в виде структурного подразделения.

### ***Изменение стационарной сети***

1) использование механизмов централизации и децентрализации стационарной медицинской помощи:

- включение монопрофильных больниц/центров/диспансеров в многопрофильные больницы,

- реструктуризация больниц в сельской местности:

- сельские/районные больницы в структурные подразделения/отделения районных больниц, межрайонных многопрофильных больниц,

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

- централизация оказания специализированной стационарной помощи в многопрофильных межрайонных больницах (МРБ) для нескольких районов (нескольких РБ).

Реструктуризация больничного сектора предусматривает дальнейшее развитие многопрофильности оказания медицинской помощи.

Межрайонные многопрофильные больницы и многопрофильные городские больницы будут являться основным элементом предлагаемой конфигурации сети, т.к. они будут представлять новый тип больниц, объединяющих функции по экстренной, плановой и специализированной медицинской помощи в условиях стационара, что ранее было доступно только для больниц областного уровня.

В этом отношении МРБ и МГБ будут являться специализированной многопрофильной организацией, обеспечивающей доступность для населения таких специализированных технологий, как компьютерная томография (КТ, МРТ, ПЭТ), коронарография, скенирование, аорто-коронарное шунтирование (АКШ), эндопротезирование, гемодиализ и прочие высокотехнологичные технологии.

2) динамическое изменение количества прикрепленного населения, уровень заболеваемости, качество оказываемой медицинской помощи на амбулаторном уровне будут способствовать уменьшению направляемых на дорогостоящее стационарное лечение, переносу акцента финансирования на амбулаторную службу и развитие стационарозамещающих технологий;

Кроме того вышеизложенное будет способствовать:

- реорганизации в соответствующие стационарные отделения или самостоятельные РБ, МРБ;

- закрытие маломощных сельских больниц с неудовлетворительной материально-технической базой, не соответствующих санитарным нормам и правилам (СНиП).

3) развитие организаций восстановительного лечения и медицинской реабилитации;

4) создание или перепрофилирование некоторых организаций здравоохранения в организации паллиативной помощи: хосписы, больницы сестринского ухода;

5) перепрофилирование больничных организаций в организации ПМСП с дневными стационарами.

Для решения вопроса по закрытию или перепрофилированию медицинских организаций необходимо учитывать: демографический прогноз, перспективы социально-экономического развития рассматриваемого региона, местные географические и климатические условия, состояние материально-технической базы, наличие квалифицированных специалистов: врачей и средних медицинских работников.

С учетом вышеуказанного, предлагаются рекомендации по реструктуризации больничных организаций в организации ПМСП, восстановительного лечения и медицинской реабилитации, паллиативной помощи (хосписы, БСУ).

- 
- <sup>i</sup> Пауэл Дэвис ГП, Уильямс А., Ларсен К., Перкинс Д., Роланд М. И Харрис М. (2008) Координация ПМСП: Анализ результатов систематической проверки, *Medical Journal of Australia* Volume 188 No. 8 21/04/2008
- <sup>ii</sup> Колледж Семейных Терапевтов в Канаде, *Национальное исследование семейных терапевтов CFPC: Обзорный отчет (Toronto: CFPC, October 1998)*
- <sup>iii</sup> М. Дюмонт-ЛеМассон, Квебек, Министерство Здравоохранения и Социальных Услуг, личное общение, 10 августа 2000
- <sup>iv</sup> Правительство Великобритании. [Health and Social Care Act 2012 Schedule 2](#)". Получено в Феврале 2014.
- <sup>v</sup> Дарци А. (2007). Здравоохранение для Лондона: основа действий.
- <sup>vi</sup> Имисон С, Найлор С., Майбин Дж., (2008). Под одной крышей: будут ли поликлиники оказывать интегрированный уход? Фонд Кинга 2008.
- <sup>vii</sup> NHS Health for London (2012). The Polyclinic Programme in London - An Evaluation to Inform the Commissioning Process. <https://www.herts.ac.uk/research-and-innovation/health-and-human-sciences-research-institute/cripacc/projects/patient-experience-and-public-involvement/polyclinic-evaluation.cfm> (accessed March 2013)
- <sup>viii</sup> РЕО Оценочные исследования. Деятельность Общественных Центров Здоровья. [http://planningcommission.nic.in/reports/peoreport/peo/peo\\_chc.pdf](http://planningcommission.nic.in/reports/peoreport/peo/peo_chc.pdf)

## Приложение 1. Предлагаемые изменения СНИПов для амбулаторно-поликлинических

---

**организаций:**

В Казахстане общая площадь помещений ВА составляет 162 кв.м, что в разы больше, чем в других зарубежных странах.

В этой связи рекомендуется площадь помещений ВОП/ВА рассчитывать в зависимости от прикрепленного населения к ним.

В международной практике выделены 3 модели площади врачебной общей практики (далее – ВОП, которые являются аналогом врачебной амбулатории (далее - ВА), Центру ПМСП в Казахстане) в зависимости от количества обслуживаемого населения:

– при населении 1200-1500 человек общая функциональная площадь составляет 97 кв.м.,

– 1500-3000 человек – 115 кв.м.,

– 3000-15000 человек – 202 кв.м.

Площадь помещений МП в РК составляет 78 кв.м., что в 2,8 раза выше, чем в других зарубежных странах.

В мировой практике предлагается модель учреждения ПМСП для населения <1200-1500 человек с общей функциональной площадью 65 кв.м., аналог ФАПа и МПов в Республике Казахстан.

В соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 17 января 2012 года №87 «Санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения» общая функциональная площадь ФАПа составляет 121 кв.м, в сравнении с международной практикой площадь ФАПа превышает в 1,8 раза. При этом надо отметить, что на ФАПе выделены кабинет акушерки и смотровой с общей площадью 28 кв.м., процедурная и прививочная – 26 кв.м, так по международной практике на кабинет акушерки со смотровой рекомендуется 14 кв.м., процедурную с прививочной – 16 кв.м.

По Санитарным правилам РК выделено помещение на хозяйственно-бытовые 12 кв.м., что в 3 раза превышает рекомендации международной практики. Кроме того, в Казахстане выделены площади помещения: стерилизационная, кабинеты химизатора, забора мокроты и информатизации, что составляет 34 кв.м.

В мире практикуется панельное строительство МП, ФАПа, ВА (Северная Африка, Ближний Восток, в отдаленных районах развитых стран (Австралия, Канада). Блочное строительство вышеназванных медицинских объектов разрабатывается на заводе.

В жилых и общественных зданиях, при наличии отдельного входа размещаются организации, оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь мощностью не более 150 посещений в смену, в том числе с дневными стационарами, центры амбулаторной хирургии за исключением, предназначенных для лечения инфекционных больных и лиц, страдающих алкогольной и наркотической зависимостью.

**Для больничных организаций:**

Не надо стремиться унифицировать все детали - так как в условиях РК ситуация разная в каждой отдельно взятой области.

---

Все должно строиться под конкретные требования для каждой больницы:

- количество коек/палат
- функции отделений
- главное оборудование
- требования к пространству
- нужный персонал, количество и функции

Каждая больница имеет свою специфику, ни одно представленное помещение не включает специального требования каждого международного стандарта здравоохранения.

**Источники данных для ситуационного анализа:**

**Приложение 2**

- 
- В статистических сборниках «Здоровье населения РК и деятельность медицинских организаций» по каждому из 16-ти регионов за 2014-2016 годы:
    - YI Сеть здравоохранения
    - по наименованиям объектов здравоохранения по каждому из 16-ти регионов: всего, город, село; кроме того республиканского уровня;
    - лечебно-профилактические организации сельских районов;
    - плановая мощность АПО;
    - деятельность медицинских организаций, оказывающих ПМСП;
  - YI Коечный фонд
    - коечный фонд и обеспеченность населения койками, в т.ч. по основным профилям;
    - объем помощи, оказываемый больничными организациями;
    - среднее число занятости койки в году по типам организаций;
    - среднее число занятости койки в году по профилям коек;
    - средняя длительность лечения больных по отдельным заболеваниям;
    - летальность больных по отдельным заболеваниям;
    - досуточная летальность больных по отдельным заболеваниям.
  
  - отчет медицинской организации о контингентах больных, выбывших из стационара (форма 14-годовая):
    - «1000» число сметных коек;
    - «2000» состав больных в стационаре, сроки и исходы лечения;
  - отчет медицинской организации.
    - «2100» Раздел II. Деятельность поликлиники (амбулаторий), диспансера, консультаций. Работа врачей поликлиники (амбулаторий), диспансера, консультаций (форма 30).
    - «3100» Раздел III. Деятельность стационар. Коечный фонд и его использование
  - отчет о сети и деятельности медицинских организаций (форма 47):
    - «0100» Медицинские организации, оказывающие стационарную помощь (кроме республиканских организаций).
    - «0200» Медицинские организации, оказывающие стационарную помощь (республиканские организации).
    - «0300» Организации восстановительного лечения и медицинской реабилитации.
    - «0310» Организации оказывающие паллиативную помощь и сестринский уход.
    - «0710» Диспансеры
    - «0920» Медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь.

**Данные для заполнения медицинскими организациями, управлениями здравоохранения областей и гг. Астана и Алматы.**

1) по амбулаторно-поликлинической сети

<i>№ п/п</i>	<i>наименование медицинской организации</i>	<i>Юридический статус</i>	<i>Количество прикрепленного населения</i>	<i>Мероприятия*</i>
1	медицинский пункт (МП)			
2	фельдшерско-акушерский пункт (ФАП)			
3	врачебная амбулатория (ВА)			
4	центр ПМСП			
5	сельская поликлиника (СП)			
6	районная поликлиника (РП)			
7	городская поликлиника (ГП)			

\*сохранение объекта, объединение, размещение на первых этажах жилых домов, закрытие, реконструкция, капитальный ремонт, строительство нового здания или взамен существующего

2) по стационарной сети

<i>№ п/п</i>	<i>наименование медицинской организации</i>	<i>Юридический статус</i>	<i>Количество пролеченных случаев</i>	<i>Мероприятия*</i>
	сельская больница (СБ) или отделение РБ, МРБ			
	районная больница (РБ) или отделение РБ, МРБ			
	центральная районная больница (ЦРБ)			
	городская больница (ГБ)			



	многопрофильная больница: межрайонная (МРБ), городская (МГБ)			
	специализированные лечебно- профилактические учреждения (спецЛПУ)			
	организации восстановительного лечения и медицинской реабилитации (реабилитационные центры)			
	организации паллиативной помощи: хосписы, больницы сестринского ухода			

\*сохранение объекта, объединение, перепрофилирование, закрытие,  
реконструкция, капитальный ремонт, строительство нового здания или взамен существующего.

**Требования  
к планированию инфраструктуры медицинских организаций регионов**

1. При проектировании под строительство не должен использоваться земельный участок на территориях, ранее использовавшихся под свалки, поля ассенизации, скотомогильники, кладбища, имеющих загрязнение почвы органического, химического, радиационного характера.

2. Не допускается прохождение магистральных инженерных коммуникаций (водоснабжение, водоотведение, теплоснабжение, электроснабжение) через территорию объектов здравоохранения.

3. Структура, планировка и оборудование помещений должны обеспечивать поточность технологических процессов и исключают возможность перекрещивания потоков с различной степенно-эпидемиологической опасности.

4. Специализированные объекты здравоохранения для больных с особым режимом пребывания (психиатрические, туберкулезные, наркологические) размещаются от жилой территории не менее 500 м.

5. В сельской местности предусматривается размещение врачебных амбулаторий, фельдшерско-акушерских пунктов, медицинских пунктов в жилых и общественных зданиях с учетом обслуживания одного или нескольких населенных пунктов. При размещении в жилых зданиях необходимо предусмотреть отдельный вход с улицы.

6. В жилых и общественных зданиях, при наличии отдельного входа размещаются организации, оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь мощностью не более 150 посещений в смену, в том числе с дневными стационарами, центры амбулаторной хирургии за исключением, предназначенных для лечения инфекционных больных и лиц, страдающих алкогольной и наркотической зависимостью.

7. В жилых и общественных зданиях не размещаются стационары с круглосуточным пребыванием пациентов, микробиологическая (вирусологическая, паразитологическая) лаборатория, отделения магнитно-резонансной томографии.

8. Помещение для магнитно-резонансной томографии не размещаются смежно (по горизонтали и вертикали) с палатами для беременных, детей и кардиологических больных.

9. Не допускается размещение рентген кабинетов непосредственно под палатными и жилыми помещениями.

10. Не размещаются в цокольных и подвальных этажах зданий приемные и палатные отделения для больных, кабинеты электро-светолечения, родовые, операционные, перевязочные, процедурные, манипуляционные, центральные стерилизационные отделения, мастерские, склады ядовитых, сильнодействующих, легковоспламеняющихся и горючих жидкостей.

---

11. Здания объектов подключаются к централизованным системам холодного, горячего водоснабжения и канализации.

12. При отсутствии в населенном пункте централизованной системы водоснабжения используется привозная или вода из устройства местной системы, которая соответствует санитарно-эпидемиологическим требованиям безопасности водных объектов. Предусматривается местная система канализации и вывозная система очистки.

13. Очистка и обеззараживание сточных вод объектов осуществляются на общегородских канализационных очистных сооружениях. В инфекционных и противотуберкулезных стационарах (отделениях) предусматриваются локальные очистные сооружения.

14. Здания оборудуются системами приточно-вытяжной вентиляции с искусственным побуждением. В инфекционных стационарах (отделениях), в т.ч. противотуберкулезных, в каждом боксе и полубоксе в палатной секции устанавливается отдельная вытяжная система вентиляции с гравитационным побуждением. При отсутствии приточно-вытяжной вентиляции оборудуется естественная вентиляция с оснащением каждого бокса и полубокса устройством обеззараживания воздуха рециркуляционного типа.

15. Высокотехнологичные подразделения (родблочки, оперблочки, отделения реанимации и интенсивной терапии и др.), требующие особой системы вентиляции и насыщенные инженерным оборудованием, следует размещать централизованно в выделенной зоне с созданием технического этажа, что обеспечит возможность организации общей дежурной службы для этих подразделений (экспресс-лаборатории, экстренной стерилизационной, службы хранения крови и т.п.).

16. Отделение гемодиализа не должно быть проходным. Помещения для амбулаторных больных в отделении для хронического гемодиализа следует выделять в самостоятельную зону.

17. В составе эндоскопического отделения должны быть предусмотрены кабинеты эзофаго-, гастро-, дуоденоскопии; ректо-колоноскопии; бронхоскопии; эндоскопической операционной.

18. На территории участка должны быть предусмотрены подъезды к главному входу, приемному отделению, лечебным корпусам для неинфекционных и инфекционных больных, патологоанатомическому корпусу, хозяйственный подъезд для материального снабжения и удаления использованных материалов и отходов. Могут быть предусмотрены отдельные входы для персонала.

**Перечень  
критериев для разработки информационной системы по визуализации  
сети медицинских организаций**

	<i>Критерии</i>	<i>Источник информации</i>
<b>1</b>	Сеть медицинских организаций, оказывающая амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь	ИС СУР
1.1	<i>наименование медицинской организации</i>	
1.2	<i>плановая и фактическая мощность АПО (количество посещений в смену)</i>	<i>Плановая – ИС СУР Факт -АИС Поликлиника</i>
1.3	<i>кочная мощность круглосуточного стационара (всего коек, в т.ч. по основным профилям)</i>	<i>ИС СУР</i>
1.4	<i>обеспеченность населения койками, в т.ч. по основным профилям;</i>	
<b>2</b>	Кадры: выделены штатные должности, занято, физических лиц	ИС СУР
2.5	<i>врачей: штатные должности, занято, физических лиц;</i>	
2.6	<i>средних медицинских работников штатные должности, занято, физических лиц;</i>	
2.7	<i>показатель укомплектованности врачами;</i>	
2.8	<i>показатель укомплектованности СМП;</i>	
<b>3</b>	Численность проживающего населения в данном населенном пункте, в т.ч. половозрастная структура населения: -женщины фертильного возраста;	ИС РПН
3.9	<i>- дети от рождения до 14 лет,</i>	
3.10	<i>- подростки 15-18 лет,</i>	
3.11	<i>- взрослые: 18-60 лет,</i>	
3.12	<i>- старше 60 лет;</i>	
<b>4</b>	Демографические показатели:	Данные Комитета по статистике
4.13	<i>рождаемость,</i>	
4.14	<i>миграция: положительное или отрицательное сальдо</i>	
4.15	<i>смертность,</i>	
4.16	<i>младенческая смертность</i>	
<b>5</b>	Заболеваемость, зарегистрированная впервые в жизни, в т.ч.	АИС Поликлиника
<b>5.17</b>	<b><i>дети,</i></b>	
	из них:	
5.17.1	<i>злокачественные новообразования</i>	ИС ЭРОБ
5.17.2	<i>болезни системы кровообращения</i>	АИС Поликлиника

5.17.3	<i>травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин</i>	АИС Поликлиника
5.17.4	<i>туберкулез</i>	НРБТ
<b>5.18</b>	<b><i>подростки,</i></b>	
	из них:	
5.18.1	<i>злокачественные новообразования</i>	ИС ЭРОБ
5.18.2	<i>болезни системы кровообращения</i>	АИС Поликлиника
5.18.3	<i>травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин</i>	АИС Поликлиника
5.18.4	<i>туберкулез</i>	НРБТ
<b>5.19</b>	<b><i>взрослые,</i></b>	
	из них:	
5.19.1	<i>злокачественные новообразования</i>	ИС ЭРОБ
5.19.2	<i>болезни системы кровообращения</i>	АИС Поликлиника
5.19.3	<i>травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин</i>	АИС Поликлиника
5.19.4	<i>туберкулез</i>	НРБТ
<b>5.20</b>	<b><i>старше 60 лет</i></b>	
	из них:	
5.20.1	<i>злокачественные новообразования</i>	ИС ЭРОБ
5.20.2	<i>болезни системы кровообращения</i>	АИС Поликлиника
5.20.3	<i>травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин</i>	АИС Поликлиника
5.20.4	<i>туберкулез</i>	НРБТ
<b>6</b>	Деятельность медицинских организаций, оказывающих ПМСП:	АИС Поликлиника
6.25	- <i>нагрузка приема пациентов на одного медицинского работника</i>	
<b>7</b>	Деятельность больничной организации	Расчет статистических показателей по данным из ИС ЭРСБ, БГ, СУР
7.26	- <i>объем помощи, оказываемый больничной организацией;</i>	
7.27	- <i>количество занятых коек, работа койки за определенный период (квартал, полугодие, 9 мес., год);</i>	
7.28	- <i>количество занятых коек, работа койки по профилям коек за определенный период (квартал, полугодие, 9 мес., год);</i>	
7.29	- <i>средняя длительность лечения больных (квартал, полугодие, 9 мес., год);</i>	
7.30	- <i>летальность больных, в т.ч. на основных профилях коек: кардиологические, онкологические, травмы, туберкулез;</i>	

7.31	- количество свободных коек, удельный вес свободных коек, в т.ч. по основным профилям коек	
<b>8</b>	Радиус обслуживания от населенного пункта до:	МИО
8.32	- территориальной врачебной амбулатории/ поликлиники;	
8.33	- стационара (районной больницы, городской больницы и областной больницы)	
<b>9</b>	Фактическое время в пути для получения медицинской помощи в медицинской организации по прикреплению, кроме того, в близлежащей медицинской организации:	МИО
9.34	до МП, ФАП, ВА, СБ, РБ – ____ мин/ ____ мин;	
9.35	до ЦРБ, МРБ, МГБ – ____ мин/ ____ мин;	
9.36	до организаций областного уровня – ____ мин/ ____ мин.	
<b>10</b>	Год постройки:	ИС СУР
10.37	лечебно-диагностических корпусов	
10.38	вспомогательных корпусов	
<b>11</b>	Тип здания:	
11.39	типовой,	
11.40	нетиповой (приспособленный),	
11.41	% износа зданий медицинских организаций	
11.42	акт экспертизы по эксплуатации объекта здравоохранения	
<b>12</b>	Состоит на балансе МИО	ИС СУР
12.43	Арендуемое здание	
12.44	Аварийный	ИС СУР
<b>13.45</b>	Юридическая самостоятельность / или структурное подразделение основной организации	ИС СУР
<b>14.46</b>	Удельный вес оснащённости медицинским оборудованием и изделиями медицинского назначения	ИС СУМТ
14.47	перечень простаивающего медицинского оборудования	
41.48	% эффективности работающего медицинского оборудования	
<b>15</b>	Состояние транспортно-коммуникационной сети населенного пункта:	МИО
15.49	Автомобильные дороги (асфальт, гравий, грунтовые)	
15.50	Наличие вертолетной площадки	
<b>16.51</b>	Социально-экономическое развитие населенного пункта (потенциал региона)	МИО
<b>17</b>	Выходные формы	
17.52	деятельность центральных районных больниц, в осн. работа коек	

17.53	деятельность районных больниц, в осн. работа коек	
17.54	деятельность сельских больниц, в осн. работа коек	
17.55	деятельность инфекционных больниц, в осн. работа коек	
17.56	деятельность родильных домов, в осн. работа коек	
17.57	Планируемое число капитальных ремонтов	
17.58	Проведены капитальные ремонты	
17.59	Объемы расходов при проведении капитальных ремонтов	
17.60	Планируемое строительство взамен существующих зданий	
14.61	из них: 100% - в краткосрочные сроки в течение 1-3 лет	
14.62	70% - в среднесрочные сроки в течение 3-5 лет	
14.63	50% - в долгосрочные сроки в течение более 5 лет	
14.64	Планируемое строительство новых зданий организаций здравоохранения	

**Пояснение:**

**Пункт 1.4** вышеуказанного перечня критериев касательно обеспеченности населения койками, применить формулу:

$$\frac{\text{Абс.кол-во коек} \times 10\,000}{\text{численность населения}}$$

в т.ч. по основным профилям

$$\frac{\text{Абс.кол-во коек данного} \times 10\,000}{\text{Численность населения}}$$

**Пункт 2.7** касательно показателя укомплектованности врачами, применить формулу:

$$\frac{\text{Занятые должности врачей} \times 100}{\text{Выделенные штатные должности врачей}}$$

**Пункт 2.8** касательно показателя укомплектованности средними медицинскими работниками (СМР), применить формулу:

$$\frac{\text{Занятые должности СМР} \times 100}{\text{Выделенные штатные должности СМР}}$$

---

**Пункт 5.17** касательно показателя заболеваемости, зарегистрированной впервые в жизни у детей, применить формулу:

$$\frac{\text{Число заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни у детей}}{\text{X 100 000}} \\ \text{Среднегодовая численность детского населения}$$

**Пункт 5.18** касательно показателя заболеваемости, зарегистрированной впервые в жизни у подростков, применить формулу:

$$\frac{\text{Число заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни у}}{\text{подростков X 100 000}} \\ \text{Среднегодовая численность подросткового населения (15-17 лет)}$$

**Пункт 5.19** касательно показателя заболеваемости, зарегистрированной впервые в жизни у взрослых, применить формулу:

$$\frac{\text{Число заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни у}}{\text{взрослых X 100 000}} \\ \text{Среднегодовая численность взрослого населения (18+)}$$

**Пункт 5.20** касательно показателя заболеваемости, зарегистрированной впервые в жизни у взрослых старше 60 лет, применить формулу:

$$\frac{\text{Число заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни у}}{\text{взрослых старше 60 лет X 100 000}} \\ \text{Среднегодовая численность взрослого населения старше 60 лет}$$

**Пункт 7.26** касательно объема помощи, оказываемой больничной организацией, применить формулу:

$$\frac{\text{Поступившие больные X 1000}}{\text{Численность населения}}$$

**Пункт 7.27** касательно занятых коек (квартал, полугодие, 9 мес., год, применить формулу:

$$\frac{\text{Всего проведено койко-дней больными}}{\text{320 дней*}}$$



---

\* В круглосуточных стационарах рекомендуется использовать показатели среднего числа работы больничной койки в году для городской местности - 340 дней (в том числе родильные койки – 300 дней, инфекционные – 310 дней); для сельской местности – 320 дней (в том числе родильные койки – 280 дней, инфекционные – 270 дней).

**Пункт 7.27** касательно работы койки за определенный период (квартал, полугодие, 9 мес., год, применить формулу:

$$\frac{\text{Всего проведено койко-дней больными}}{\text{Число среднегодовых коек}}$$

**Пункт 7.28** касательно занятых коек по профилям (квартал, полугодие, 9 мес., год, применить формулу:

$$\frac{\text{Всего проведено койко-дней больными данного профиля}}{320 \text{ дней}^*}$$

\* В круглосуточных стационарах рекомендуется использовать показатели среднего числа работы больничной койки в году для городской местности - 340 дней (в том числе родильные койки – 300 дней, инфекционные – 310 дней); для сельской местности – 320 дней (в том числе родильные койки – 280 дней, инфекционные – 270 дней).

**Пункт 7.28** касательно работа койки по профилям коек за определенный период (квартал, полугодие, 9 мес., год), применить формулу:

$$\frac{\text{Всего проведено койко-дней больными на койках данного профиля}}{\text{Число среднегодовых коек данного профиля}}$$

**Пункт 7.29** касательно средней длительности лечения больных (квартал, полугодие, 9 мес., год), применить формулу:

$$\frac{\text{Всего проведено койко-дней больными}}{\text{Число пролеченных больных}}$$

**Пункт 7.30** касательно больничной летальности больных, применить формулу:

$$\frac{\text{Всего умерло больных} \times 100}{\text{Число пролеченных больных}}$$

**Пункт 7.31** касательно количества свободных коек, применить формулу:

---

*Свободные койки = всего коек – занятые койки*

**Пункт 7.31** касательно удельного веса свободных коек, применить формулу:

$$\frac{\text{Абс. кол-во свободных коек} \times 100}{\text{Количество коек}}$$

**Пункт 7.31** касательно количества свободных коек по основным профилям, применить формулу:

$$\begin{array}{l} \text{Свободные койки} \\ \text{данного профиля} \end{array} = \begin{array}{l} \text{всего коек} \\ \text{данного} \\ \text{профиля} \end{array} - \begin{array}{l} \text{занятые койки} \\ \text{данного профиля} \end{array}$$

**Пункт 7.31** касательно удельного веса свободных коек по основным профилям, применить формулу:

$$\frac{\text{Абс. кол-во свободных коек данного профиля} \times 100}{\text{Количество коек данного профиля}}$$

***Примечание***

**Замечание: Владельцем систем является МЗ РК, прошу убрать РЦЭЗ МЗ РК, ИС (наименование системы) МЗ РК правильно!**

– **Информационная система управления медицинской техникой**, разработанная ТОО «Мединформ».

ИС СУМТ МЗ РК содержит данные о медицинской технике, находящейся в объектах здравоохранения 16-ти регионов республики, в т.ч. сведения о техническом состоянии медтехники, удельном весе оснащённости медицинской техникой и изделиями медицинского назначения (МТ и ИМН), информацию о заявках на приобретение медоборудования.

– **Информационная система «Регистр прикрепленного населения»**

ИС «РПН» МЗ РК содержит сведения о структуре прикрепленного населения к медицинской организации, показатели рождаемости и смертности, в т.ч. младенческой смертности, о деятельности медицинских организаций, оказывающих ПМСП, за определенный период

– **Информационная система «Система управления ресурсами»**

ИС «СУР» РЦЭЗ МЗ РК содержит данные об объектах медицинских организаций, оказывающих амбулаторную и стационарную помощь, о медицинских кадрах.

– **Информационная система «Электронный регистр стационарных больных»**

ИС «ЭРСБ» РЦЭЗ МЗ РК содержит сведения о пролеченных случаях в

---

условиях круглосуточного и дневного стационара, количестве больных, количестве коек (свободных, занятых, по профилю), количестве проведенных больными койко-дней (на койках по профилю), количестве умерших, на основании которых можно рассчитать показатели деятельности больничной организации.

– **Информационная система «Поликлиника»**

АИС «Поликлиника» РЦЭЗ МЗ РК содержит сведения о заболеваемости населения, нагрузки приема пациентов на одного медицинского работника.

- **ИС «Электронный регистр онкологических больных»**

**Национальный регистр больных туберкулезом**

– Разрабатываемая КБТУ (казахстанско-британский технологический университет) автоматизированная информационная система представляется в виде картирования медицинских организаций в зависимости от уровня оказания медицинской помощи согласно вышеуказанного Перечня критериев по 17 пунктам и 64 подпунктам.

Номенклатура медицинских организаций в зависимости от уровня оказания медицинской помощи представлена ниже:

1) *по амбулаторно-поликлинической сети* – наименования медицинских организаций с указанием самостоятельности юридического лица или структурного подразделения, количества обслуживаемого населения за определенный период:

- медицинский пункт (МП),
- фельдшерско-акушерский пункт (ФАП),
- врачебная амбулатория (ВА),
- центр ПМСП,
- сельская поликлиника (СП),
- районная поликлиника (РП),
- городская поликлиника (ГП),
- консультативно-диагностическая поликлиника (КДП);

2) *по стационарной сети* – наименования медицинских организаций с указанием самостоятельности юридического лица или структурного подразделения, количества пролеченных случаев за определенный период:

- сельская больница (СБ) или отделение РБ, ЦРБ, МРБ,
- районная больница (РБ) или отделение РБ, ЦРБ, МРБ,
- центральная районная больница (ЦРБ),
- городская больница (ГБ),
- многопрофильная больница: межрайонная (МРБ), городская (МГБ);
- монопрофильные больницы и центры: родильный дом, перинатальный центр, инфекционная, офтальмологическая, эндокринологическая, противотуберкулезная, психиатрическая, наркологическая и пр.
- диспансеры: эндокринологический, кардиологический, онкологический, противотуберкулезный, психоневрологический, наркологический и др.
- специализированные лечебно-профилактические учреждения (спецЛПУ);

- 
- организации восстановительного лечения и медицинской реабилитации (реабилитационные центры),
  - организации паллиативной помощи: хосписы, больницы сестринского ухода.