

УДК 614.2(575.22):617.3

КЛАСТЕРИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ОРТОПЕДО-ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ г. ОШ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

П.А. Абдираев

Рассмотрен один из прогрессивных методов интеграции ортопедо-травматологической помощи населению г. Ош, так называемый “кластерный подход”. Отмечены его универсальность и высокая степень эффективности.

Ключевые слова: ортопедия; травматология; кластеризация; оптимизация; стандартизация.

THE CLUSTERING OF ORTHOPEDIC AND TRAUMA AID
TO POPULATION IN OSH CITY OF THE KYRGYZ REPUBLIC

P.A. Abdiraev

The article is devoted to one of the progressive methods of integration of the orthopedic and traumatologic aid to population of Osh city, that is called “clustering approach”. Its universality and high degree of efficiency are noted.

Keywords: orthopedics; traumatology; clustering; optimizing; standartizing.

Одним из наиболее оптимальных инструментов интеграции интересов той или иной группы медицинских учреждений или их структурных подразделений является так называемый “кластерный подход” ввиду его универсальности, высокой степени эффективности применения и простоты организации [1]. Само понятие кластер (*англ.* cluster – скопление) обозначает объединение нескольких однородных элементов, которое может рассматриваться как самостоятельная единица, обладающая определенными свойствами [2]. В свое время данный подход активно внедрялся в практику организации систем здравоохранения развитых стран – США, Великобритании, Финляндии, Дании, благодаря чему конкурентоспособность медицинских организаций в этих странах достигла достаточно высокого уровня. Успешная деятельность отразилась на результатах отрасли в целом, улучшая общие показатели ее функционирования [3].

В указанном аспекте кластерный подход доказал свою состоятельность по обеспечению не только доступности, но и качества предоставляемой медицинской помощи [4]. Между тем, даже в РФ кластерный подход из-за его недостаточной изученности до сих пор внедряется недостаточно активно [5].

По нашему мнению, кластеризация специализированной помощи для повышения эффектив-

ности функционирования системы здравоохранения необходима, она должна быть направлена, во-первых, на сокращение издержек и формирование модели управляемой медицинской помощи на основе планирования объемов и ее ресурсного обеспечения, а во-вторых, на развитие менее затратных форм организации медицинской помощи, стимуляцию ресурсоемкой медицинской помощи. На наш взгляд, именно такую форму реструктуризации той или иной службы следует рассматривать как механизм повышения доступности и качества соответствующей медицинской помощи населению. В связи с этим, находим нужным пояснить понятия “доступность” и “качество”.

Доступность медицинской помощи – это свободный доступ к службам здравоохранения вне зависимости от географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых барьеров [6]. Общеизвестно, что качество медицинской помощи определяется как совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи потребностям пациента (населения) современному уровню медицинской науки и технологии [7]. Качество и доступность медицинской помощи – вот те два критерия пациентоориентированности здравоохранения любого уровня. Кстати, эти критерии

составляют основу и политики здравоохранения в КР.

В КР, как это отмечалось выше, реформа и модернизация системы здравоохранения предусматривают обеспечение снижения уровня смертности населения трудоспособного возраста; расширение доступа к медицинским услугам; повышение качества обслуживания пациентов, а это возможно лишь в условиях сочетания ресурсов соответствующих ЛПУ или структурных подразделений внутри ЛПУ [8]. Причем, с обязательным упором на качество и доступность медицинской помощи.

Нужно подчеркнуть, что основными постулатами здравоохранения на любом уровне являются индивидуальный подход, комплексность действий, пациентоориентированность [9]. На эти принципы нацелено и здравоохранение Кыргызстана, а потому для этой системы актуальным является поиск ресурсов обеспечения вышеуказанных декларируемых подходов. Между тем, не следует забывать, что наряду с несоответствием, прежде всего, декларируемого объема бесплатной медицинской помощи и уровня финансового обеспечения для его выполнения не менее актуальной проблемой является нерациональное использование ресурсов здравоохранения.

Нужно признать, что в большинстве регионов страны, в том числе и по Ошской области, до сих пор не реализован основной принцип реформирования стационарной помощи, предусматривающий дифференциацию коечного фонда по степени интенсивности лечения и ухода с развертыванием больниц (отделений) интенсивного лечения, долечивания и реабилитации, медико-социального ухода и больниц для планового лечения пациентов. Не в полной мере используются и возможности стационарорзамещающих технологий.

Что же означает неэффективное использование коечного фонда? Во-первых, это завышение сроков лечения больных, т. е. необоснованно продолжительно проводится их обследование, не осуществляется подготовка пациентов к плановой госпитализации. Во-вторых, это дублирование обследований на разных этапах оказываемой помощи, использование устаревших технологий лечебно-диагностического процесса [10].

Очевидным недостатком действующей системы здравоохранения является функциональная, управленческая и финансовая несбалансированность действий медицинских учреждений, функционирующих без должной координации работы и адекватного управления структурой, не предусматривающих анализа предоставляемых объемов медицинских услуг, эффективности использования имеющихся ресурсов [11, 12].

К сожалению, на всех этапах реформирования и модернизации говорилось о необходимости внедрения инновационного менеджмента. Однако до сих пор, причем повсеместно, не сформированы экономические стимулы в пользу выбора менее затратных услуг, и, как следствие этого, их параметры финансирования смещены в сторону госпитального обеспечения [13].

Другая проблема, требующая быстрого и эффективного разрешения – дисбаланс в кадровом обеспечении медицинских учреждений, сохраняющийся до сих пор. Нужно учесть, что эффективная кадровая политика является важным инструментом реформирования здравоохранения, поскольку от уровня обеспеченности учреждений области медицинскими работниками и их непрерывного профессионального развития зависит объем и качество оказания медицинской помощи населению страны [14, 15].

Социально-экономические изменения в КР за последнее десятилетие обусловили ряд негативных тенденций в отношении здоровья населения. Увеличилась частота травм и заболеваний КМС у взрослых, утяжелились их последствия, увеличились показатели продолжительности временной нетрудоспособности, инвалидности, летальности. При этом важно заметить, что заболевания КМС в КР продолжают оставаться на одном из первых мест, уступая по численности лишь заболеваниям сердечно-сосудистой системы. По связанным с ними прямыми и косвенными затратам заболевания КМС уступают лишь количеству заболеваний органов дыхания.

Хотелось бы заметить, что, несмотря на достижения последних десяти лет в травматологии и ортопедии, результаты лечения пациентов, пострадавших от травм, и больных ортопедическими заболеваниями нередко оказываются неудовлетворительными [16]. При этом при оказании травматолого-ортопедической помощи имеет место неэффективное использование имеющихся ресурсов муниципальных учреждений здравоохранения.

Известно, что качество оказания медицинской помощи пострадавшим от травм и других несчастных случаев и больным с патологией КМС в определенной мере зависит от доступности специализированных видов медицинской помощи. В связи с этим необходимость разработки и внедрения эффективных методов управления ресурсами муниципального учреждения здравоохранения при оказании травматолого-ортопедической помощи взрослому населению в целях дальнейшего повышения доступности специализированных видов медицинской помощи является актуальной научно-практической проблемой.

Безусловно, мы переживаем время стандартизированного подхода к тем или иным объектам деятельности. Каждому больному, который нуждается в определенной медицинской помощи, она должна быть оказана в объеме, регламентированном стандартами [17]. Само понятие “стандартизация” обозначает процесс установления и применения стандартов, а стандарт как нормативно-технический документ устанавливает комплекс норм, правил, требований к объекту стандартизации [18].

Иначе говоря, стандартизация – это типизация, унификация, агрегирование. О стандартизации, как о критерии качества медицинской помощи, заговорили в 90-х гг. прошлого века. В РФ в период 1992–1997 гг. были определены основные положения и принципы стандартизации, показана необходимость использования при разработке стандартов принципов ДМ, а также результатов клинико-экономического анализа.

Анализ литературы свидетельствует о том, что в период 1998–2008 гг. была разработана нормативно-правовая документация, проведено обучение и сформированы экспертные группы. Однако дальнейший процесс внедрения стандартизации замедлился, а причиной тому было то, что началось повальное внедрение новых технологий, что способствовало “ломке” принятых стандартов [19].

В связи со сказанным выше, по всему миру, к сожалению, до сих пор нет единой системы стандартизации. Мы переживаем время коммерциализации и индустриализации медицинской помощи, которые способствуют внедрению медицинских “ноу-хау” на уровне конвейерных технологий. В этой ситуации стандарты меняются, не будучи еще даже внедренными.

Итак, коммерциализация и индустриализация являются относительно новыми и эффективными факторами модернизации медицины и здравоохранения [20]. Находим нужным пояснить понятия “коммерциализация” и “индустриализация”. Коммерциализация – это деятельность лица или организации, предприятия, направленная на извлечение прибыли всеми способами. Коммерциализация в медицине – это предоставление медицинских услуг с максимальным коммерческим эффектом. В науке – это практическая реализация результатов научных изысканий и разработок в виде продуктов и услуг с максимальным коммерческим эффектом.

Индустриализация (*лат. industria*) – процесс ускоренного социально-экономического перехода от традиционного этапа развития к индустриальному, с преобладанием промышленного производства в экономике [21]. В медицине – это позитивное отношение к труду в сочетании со стремлением как можно быстрее использовать новые технологии

и научные открытия, которые повышают качество предоставляемой медицинской помощи.

Литература

1. Лазарева Е.И. Кластерная политика эффективной интеграции региона в процесс качественного экономического роста / Е.И. Лазарева // Эконом. вестник Рост. гос. ун-та. 2006. № 3. С. 283.
2. Адамова К.З. Кластерная политика как инструмент повышения конкурентоспособности национальной экономики / К.З. Адамова // Вестник Саратов. гос. техн. ун-та. 2008. № 38. С. 172–177.
3. Фред Еггеленг. Реорганизация 10 крупных государственных больниц с бюджетным управлением / Еггеленг Фред // Улучшение эффективности и качества здравоохранения: материалы Международ. семинара. Юрмала, 1999. С. 89–98.
4. Стародубов В.И. О разумном сочетании административных и экономических методов управления здравоохранением / В.И. Стародубов // Здравоохранение. 2000. № 2. С. 9–21.
5. Измestьев А.А. Формирование кластеров в свете закономерностей регионального развития / А.А. Измestьев // Известия Иркут. гос. эконом. академии. 2009. № 4 (60). С. 61–66.
6. Аканов А.А. Децентрализация и централизация в управлении здравоохранением / А.А. Аканов, С.Н. Аристанова, М.М. Усатаев и др. Алматы, 1997. 125 с.
7. Мелянченко Н. Реформа здравоохранения России. Иллюзии и реальность / Н. Мелянченко. М., 1999. 87 с.
8. Каратаев М.М. Научное обоснование системы финансирования здравоохранения в условиях перехода к рыночной экономике (на примере Кыргызстана): автореф. дис. ... д-ра мед. наук / М.М. Каратаев. М., 2000. 47 с.
9. Лисицын Ю.П. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения / Ю.П. Лисицын. Казань: Медикосервис, 2000. 697 с.
10. Шляфер С.И. Научное обоснование организационных и нормативных основ развития стационарзамещающих форм медицинского обеспечения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / С.И. Шляфер. М., 1997. 48 с.
11. Щепин В.О. Научная оценка деятельности лечебно-профилактических учреждений здравоохранения и динамика их структурных преобразований: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.О. Щепин. М., 1997. 48 с.
12. Colton D. Quality improvement in health care: Conceptual and Historical foundations / D. Colton // Eval. Health Prof. 2000. V. 23. № 1. P. 7–42.
13. Хальфин Р.А. Приоритетный национальный проект в сфере здравоохранения: результаты и перс-

- пективы / Р.А. Хальфин // Экономика здравоохранения. 2006. № 11. С. 45–50.
14. *Балохина С.А.* Качество медицинской помощи – основа для маркетингового планирования системы здравоохранения / С.А. Балохина, Г.Е. Тептин // Гуманитарные методы исследования в медицине: состояние и перспективы. Саратов: СГМУ, 2007. С. 40–42.
 15. *Бояр И.* Влияние исследования качества услуг в учреждениях здравоохранения на эффективность управления / И. Бояр, Л. Вдовяк // Управление здравоохранением. Львов: Львовский НМУ, 2008. С. 53–55.
 16. *Маллаев А.М.* Клиническая рискология тяжелых сочетанных травм и ранений: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.М. Маллаев. Бишкек, 2003. 48 с.
 17. *Белоусов Н.И.* Развитие системы стандартизации в здравоохранении Белгородской области / Н.И. Белоусов, Л.А. Чужикова, С.В. Пальваль // Проблемы стандартизации в здравоохранении. Управление качеством. 2008. № 2. С. 23–28.
 18. *Вардосанидзе С.Л.* Управление качеством лечебно-диагностического процесса с использованием медицинских стандартов (протоколов) / С.Л. Вардосанидзе, А.И. Лихота // Экономика здравоохранения. 2000. № 2. С. 10–13.
 19. *Елфимов П.В.* Солидная практика и научный потенциал / П.В. Елфимов // Медицина и здоровье. 2006. № 7. С. 16–17.
 20. *Воронин Ю.А.* Реформа системы здравоохранения России и здравый смысл / Ю.А. Воронин // Главный врач. 1999. № 5. С. 19.
 21. *Муратов А.А.* Хирургия практикасын социалдаштыруу, дарттапма процессин индустриалаштыруу жана дарылоо ыгын жекелештируунун илимий негиздери: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.А. Муратов. Бишкек, 2010. 45 с.