

УТВЕРЖДЕН:
Постановлением Совета Счетной палаты
№ от 3 октября 2017 года



**ИНСТИТУЦИОНАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАУЧНО-
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА ХИРУРГИИ СЕРДЦА И
ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ (НИИХСТО)**

ОТЧЕТ АУДИТА ЭФФЕКТИВНОСТИ:

**«Эффективно ли управляет НИИХСТО человеческими, материальными
ресурсами, оборудованием и финансовыми средствами?»**

Бишкек 2017 год

Оглавление

1. ОБОБЩЕНИЕ.....	4
2. ВВЕДЕНИЕ.....	8
2.1. Общая ситуация по проблематике	8
2.2. История развития кардиохирургии в Кыргызской Республики.....	8
2.3. Общие сведения о НИИХСТО	9
2.4. Бюджет НИИХСТО.....	9
2.5. Взаимоотношения с отраслевыми министерствами и их роль.....	10
3. СФЕРА И ПОДХОД К АУДИТУ	11
3.1. Обоснование, тема и цель аудита.....	11
3.2. Специфические цели аудита	11
3.3. Подход к аудиту	11
3.4. Источники данных.....	11
4. ОБНАРУЖЕНИЯ АУДИТА	11
4.1. Способствует ли государственная политика получению своевременного и адекватного кардиохирургического лечения?	12
4.1.1. Государственная политика в области кардиохирургии не имеет четких приоритетов	12
4.1.2. Процесс доступа пациентов к кардиохирургической помощи требует серьезных доработок...12	
4.1.3. Потенциальная потребность и учетные данные по кардиохирургическим услугам не являются основой для обеспечения человеческими, материальными и финансовыми ресурсами	13
4.1.4. Как работает НИИХСТО, при в слабом регулировании процесса доступа и отбора пациентов к кардиохирургической помощи?	13
4.1.5. Исходя из стандартов ВОЗ, фактическое удовлетворение оценочной потребности в кардиохирургических вмешательствах в КР еще довольно мала.	16
4.1.6. Кардиохирургия не обеспечена стандартами, нормативами и показателями измерения эффективности медицинской деятельности.....	16
4.1.7. Действующие в здравоохранении нормативы в отношении количества врачей, врачебной нагрузки, количества операционных столов и др. не всегда применимы для кардиохирургии.....	16
4.1.8. Используемый общий норматив занятости коечного фонда не приемлем для кардиохирургической службы	19
4.1.9. Проблемы безопасности пациентов и их послеоперационное восстановление должны найти отражение в государственной политике здравоохранения	20
4.2.1 Показатели хирургической деятельности НИИХСТО указывают на достижение положительных результатов.....	20
4.2.2. Руководство и коллектив НИИХСТО находится в постоянном поиске новых возможностей профессионального развития	23
4.2.3. Отсутствие методологии планирования и оценки НИД влияет на количество и качество определения задач на долгосрочную перспективу	24
4.2.4. Потенциал научных сотрудников НИИХСТО соответствуют лучшим практикам.....	25
4.2.5. Финансирование научно-исследовательской деятельности НИИХСТО слабое	25
4.2.6. Контроль за ходом выполнения задач по НИД, эффективный	26
4.2.7. Показатели по научно-исследовательской деятельности НИИХСТО заслуживают положительной оценки.....	26
4.2.8. Процесс планирования операций эффективный и прямо зависит от пропускной способности отделения АиР.....	27

4.2.9. НИИХСТО испытывает трудности в решении проблем безопасности пациентов и их послеоперационное восстановление	28
4.2.10. Необходимы значительные изменения для существенного улучшения адекватного лечения пациентов НИИХСТО	29
4.2.11. Контроль за процессом ведения медицинской документации, ведению пациента и оказания им адекватного лечения требует улучшения	31
4.2.12. Процесс рассмотрения летальных случаев эффективен, однако его документирование необходимо улучшить.....	31
4.3. Обеспечен ли НИИХСТО ресурсами и эффективно ли ими управляет?	33
4.3.1. НИИСТО функционирует при наличии устаревшего медицинского оборудования	33
4.3.2. Инвентаризация оборудования проводится, но его реальное техническое состояние не отражено	36
4.3.3. Общая информация по трудовым ресурсам НИИХСТО	37
4.3.4. Возрастной состав медицинских работников НИИХСТО не вызывает опасение	37
4.3.5. По вопросам повышению квалификации медицинского персонала, НИИХСТО предоставлен сам себе	38
4.3.6. Процедура аттестации и защиты диссертаций - недействительна	38
4.3.8. Политика в отношении молодых кардиохирургов ясна	41
4.3.9. Финансирование НИИХСТО в условиях Системы единого плательщика.....	42
4.3.10. НИИХСТО испытывает трудности в достижении расчетных показателей консолидирующего бюджета	43
4.3.11. Задержка с утверждением Положения о сооплате для кардиохирургической службы, имеет отрицательные последствия для НИИХСТО.....	45
4.3.12. Риски, связанные со слабым взаимодействием и координацией мероприятий между МЗ, ФОМС и НИИХСТО, материализовались	46
4.3.13. Основное бремя за кардиохирургическое лечение ложится на плечи пациентов	47
Медицинский персонал НИИХСТО не удовлетворен качеством изделий медицинского назначения	48
4.3.15. В Кыргызстане еще не внедрен мониторинг неблагоприятных событий за ИМН.....	49
5. ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ	50
6. СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	54

1. ОБОБЩЕНИЕ

Счетная палата Кыргызской Республики инициировала аудит эффективности в Научно-исследовательском институте хирургии сердца и трансплантации органов (*далее НИИХСТО*) на тему **«Эффективно ли управляет НИИХСТО человеческими, материальными финансовыми ресурсами при предоставлении медицинских услуг?»**

Аудит был проблемно-ориентированным и его цель была определить:

- какова государственная политика в области кардиохирургии и доступ пациентов к специализированным и высокотехнологичным кардиохирургическим услугам;
- имеет ли НИИХСТО адекватный институциональный потенциал и оценку его эффективного использования для лечения пациентов;
- какие факторы влияют на доступ пациентов к своевременному и адекватному кардиохирургическому лечению; и
- привлечь внимание органов и организаций, ответственных за государственную политику и предоставление кардиохирургических лечебных услуг населению к проблемам в данной области и порекомендовать меры для их решения в целях обеспечения своевременного, адекватного и доступного лечения.

По итогам анализа государственной политики в области кардиохирургии и предоставления качественной медицинской помощи специализированным лечебным заведением НИИХСТО были сделаны следующие **общие выводы**:

1. Государственная политика в области кардиохирургии не имеет четких приоритетов

Правительство Кыргызской Республики проводит реформы в здравоохранении, цели и задачи которых изложены в государственных программах на среднесрочную и долгосрочную перспективы. Кардиохирургия пока не является приоритетным субъектом реформ и не обозначены меры по обеспечению доступа пациентов к эффективным, но дорогостоящим кардиохирургическим услугам, специализирующихся государственным НИИХСТО.

В тоже самое время Кыргызстан занимает 6-е место среди стран Евразийского региона по стандартизованному показателю смертности от коронарной болезни сердца и 1-е место по смертности от мозгового инсульта. Сердечно-сосудистая патология является основной причиной преждевременной потери трудоспособности и инвалидизации населения республики.

Уровень развития технологии вместе со своевременным и адекватным лечением позволяет предотвратить инвалидизацию и дает шанс пациентам на полноценную жизнь. Поддержка кардиохирургии сегодня, принесет государству двойную пользу в долгосрочной перспективе:

(1) *уменьшатся расходы государства на выплаты пожизненных пособий по инвалидности и*

(2) *увеличатся доходы государства за счет налогов от трудовой деятельности вылечившихся пациентов.*

2. Процесс доступа пациентов к кардиохирургической помощи требует серьезных доработок

Процесс доступа к специализированной кардиохирургической помощи нуждается в координации на уровне государства. Пациенты с проблемами ССЗ должны лечиться терапевтически, и только те, на которых консервативные методы лечения пороков сердца не действуют, должны становиться пациентами кардиохирургии.

Не имеется механизма координации доступа и роли всех участников в процессе диагностики, лечения и обеспечения ресурсами кардиохирургических услуг. По этой причине, из-за отсутствия пациентов, новое современное оборудование, например, ангиограф, не используется на полную мощность. Для урегулирования доступа пациентов необходим комплексный анализ при участии всех заинтересованных сторон: Правительства, МЗ, ФОМС КР, лечебных и диагностических заведений.

3. Потенциальная потребность и учетные данные по кардиохирургическим услугам не являются основой для обеспечения человеческими, материальными и финансовыми ресурсами

Для выработки расчетов и принятия решения по обеспечению доступа к кардиохирургическим услугам не используется хорошая практика по применению статистических данных потенциальной и зарегистрированной потребностей в лечении ССЗ. Обеспечение ресурсов осуществляется не по потребностям пациентов, а по мощности лечебных заведений. Данный подход не позволяет эффективно урегулировать доступ, планировать количество пролеченных случаев и получить достаточный и обоснованный государственный заказ (квоты) по оказанию специализированной кардиохирургической помощи.

По данным ВОЗ снижение смертности от болезней системы кровообращения возможно при выполнении в год более 1000 операций на 1 миллион населения. С развитием новых технологий, особенно эндоваскулярных, этот показатель увеличился до 1500 операций. Исходя из численности населения КР в 6 миллионов человек, для планомерного оздоровления населения, необходимо выполнять не менее 6 тысяч операций в год, а для получения удовлетворительных результатов, необходимы не менее 9 тысяч кардиохирургических операций в год.

НИИХСТО располагает материально-технической базой для проведения около 1500 операций в год, которая не используется по причине неналаженного доступа пациентов и недостаточного государственного финансирования лечения защищенных групп населения, в том числе новорожденных детей. Доля операций НИИХСТО, в указанном расчетном объеме потребности согласно стандартам ВОЗ, составляет от минимальных 7% (425 кардиологических вмешательств) в 2011 году до максимальных 14 % (842 кардиологических вмешательств) в 2016 году. Кардиохирургические операции выполняются в республике еще и ЮРНИЦССХ и 3-мя кардиоцентрами с частной формой собственности. Другими государственными ОЗ проводится существенное количество эндоваскулярных операций.

4. Кардиохирургия не обеспечена стандартами, нормативами и показателями измерения эффективности медицинской деятельности

В КР нет утвержденных клинических протоколов для кардиохирургического лечения. Показатели результативности и эффективности медицинских услуг находятся на стадии установления, а действующие нормативы в здравоохранении на основе занятости коечного фонда, количества врачей, врачебной нагрузке и др. не применимы для кардиохирургии. Подход к научно-исследовательской деятельности аналогичен. Финансируются расходы на персонал, а не результаты по разработке и внедрению новых способов лечения. Отсутствуют утвержденные стандарты оснащения кардиохирургии. Медицинское оборудование НИИХСТО соответствует самым минимальным стандартам, ниже которых нельзя допустить его функционирование.

5. Риски, связанные со слабым взаимодействием и несвоевременной координацией мероприятий между МЗ, ФОМС и НИИХСТО при вхождении института в Систему единого плательщика, материализовались

В 2017 году НИИХСТО вошел в систему Единого плательщика, без достаточного анализа последствий изменения правил финансирования и это создало существенные проблемы бесперебойного предоставления медицинских услуг. В процессе подготовки не были приняты во внимание все факторы изменения модели финансирования и самое главное отсутствие адекватных клинико-затратных групп¹ (КЗГ) и коэффициентов КЗГ для множества медицинских услуг НИИХСТО. Это привело к возникновению проблем с прямым экономическим эффектом на бюджет НИИХСТО. Данный вопрос не нашел эффективного решения и до сих пор.

6. Система Единого плательщика не учитывает взаимосвязь факторов дорогостоящей кардиохирургии и потенциального количества пациентов из защищённых групп населения /льготников/

Несмотря на покрытие ФОМС-ом части расходов на операцию согласно КЗГ, основную долю, от 60% до 90% всех расходов² по сложным и дорогим операциям, оплачивают пациенты. Размер сооплаты в этих случаях превышает в 4 - 5 раз средний уровень заработной платы в КР, который за 2016 год составил 14 847,0 сомов. С учетом приобретения пациентами расходных материалов и др. ИМН – общие расходы на кардиохирургическое лечение превышают в 1,5 –2 раза долю ВВП на душу населения за 2016 год в размере 78,7 тыс. сомов³. В случаях отсутствия денежных средств у нуждающихся пациентов в срочной кардиохирургической помощи, эти пациенты обречены, хотя с медицинской точки зрения, шансы на их спасение – достаточно велики. (средний уровень летальности – 2,2%, по тяжелым случаям варьирует между 6-9%).

С другой стороны, НПА выделяют большой перечень категорий граждан, имеющих право на 100% или частичные льготы получения кардиохирургического лечения. Фактическое удовлетворение данного обязательства по бесплатному или частично оплачиваемому кардиохирургическому лечению невозможно. НИИХСТО уже испытывает финансовые трудности в этой связи, так как в среднем стоимость лечения льготных пациентов превышает существенно покрываемую сумму расходов ФОМС. Это приводит к уменьшению финансовых потоков НИИХСТО, потере высококвалифицированных медицинских кадров и ослаблению институционального потенциала.

7. НИИХСТО функционирует в среде с недостающими техническими и материальными ресурсами

НИИХСТО расположен в здании, без капитального ремонта с момента сдачи его в эксплуатацию (1985 г.). В настоящий момент требуется полная реконструкция операционных блоков. За последние 5 лет НИИХСТО провел за счет своих специальных средств (доходы, получаемые от оказания платных услуг) ремонтные работы в размере 5,8 млн. сомов. В связи с увеличением количества операций и использованием дополнительного оборудования требуется модернизация системы электроснабжения и аварийного электроснабжения. Отсутствие системы климат-контроля отрицательно сказывается на постоперационное восстановление пациентов. Более половины медицинской аппаратуры и оборудования НИИХСТО старого выпуска, отработавшие все эксплуатационные сроки и ресурсы, часто ломаются и выходят из строя. За последние 5 лет на ремонт оборудования и инвентаря было израсходовано 1,5 млн. сомов, из которых 98% составили средства специального счета.

¹ Приказом МЗ от 5 июня 2015 г. № 300 и Приказом ФОМС от 4 июня 2015 г. № 130.

² Стоимость диагностики, операции, расходных материалов, приобретение недостающих лекарств и др.

³ По данным Нацстаткома КР: <http://www.stat.kg/ru/statistics/finansy/>.

По причине разных ограничений в НПА по государственным закупкам, которые ставят приоритет на экономичности поставок, НИИХСТО испытывает проблемы с обеспечением дорогостоящими расходными материалами в целом, а поставки со стороны ФВТ еще более проблематичны. В 2017 году, с переходом в систему Единого плательщика возникли проблемы с нехваткой финансовых средств для покрытия постоянных расходов хотя бы на уровне 2016 года, в том числе по оплате труда сотрудникам. За период с 1 июня по 3 августа 2017 г., по причине сокращения заработной платы, уволились по собственному желанию 17 сотрудников НИИХСТО, в том числе 10 медицинских работников, из которых 8 с Отделения анестезии и реанимации и 2 с операционного блока.

8. Несмотря на большой спектр проблем в области кардиохирургии, НИИХСТО увеличивает количество операций с внедрением новых методов лечения

Показатели медицинской и научной деятельности НИИХСТО характеризуются положительной динамикой. Количество проведенных кардиохирургических вмешательств в 2016 году удвоилось по сравнению с 2011 годом, а количество выполненных вмешательств за первые 7 месяцев 2017 года уже превысило годовое количество за весь 2012 год. Руководство и коллектив НИИХСТО находится в постоянном поиске новых возможностей профессионального развития и оказания менее инвазивных и более эффективных кардиохирургических услуг, достигая цели и задачи учреждения, предусмотренные Уставом. Сделаны первые шаги в установлении элементов финансового управления и контроля, которые должны распространиться на все основные бизнес-процессы Института. Внутренний контроль за процессом ведения медицинской документацией, ведению пациента и оказания им адекватного лечения нуждается в улучшении и укреплении.

Вышеизложенные проблемы финансирования и укрепления институционального потенциала НИИХСТО требуют решения в целях обеспечения своевременного и адекватного кардиохирургического лечения пациентам. Они крайне существенны и требуют должного внимания со стороны Правительства, МЗ, ФОМС и др. организаций.

Основные рекомендации:

1. Определить роль, место и перспективы развития кардиохирургии в Кыргызской Республике;
2. Ускорить процесс разработки и утверждения стандартов, клинических протоколов, показателей результативности и эффективности кардиохирургической деятельности;
3. Пересмотреть перечень льготных услуг в кардиохирургии и утвердить процесс доступа пациентов, на основании утвержденной потребности в высокотехнологичной и специализированной кардиохирургической помощи;
4. Укрепить внутренний контроль за всеми процессами медицинской деятельности НИИХСТО, а также за режимом экономного использования финансовых средств и продуктивного использования трудовых ресурсов и оборудования.
5. Усилить деятельность Министерства здравоохранения и ФОМС по мониторингу НИИХСТО и др. ОЗ с акцентом на конструктивные оценки и замечания с указанием причин и выдвижением полезных рекомендаций для последующего исправления выявленных проблем.

2. ВВЕДЕНИЕ

2.1. Общая ситуация по проблематике

Сердечно-сосудистые заболевания во всем мире признаны основной причиной смертности населения.

Кыргызстан занимает 6-е место среди стран Евразийского региона по стандартизованному показателю смертности от коронарной болезни сердца, и первое место по смертности от мозгового инсульта. За последние 20 лет смертность от заболевания сердечно-сосудистой системы у молодых людей в возрасте 30-39 лет увеличилась на 40,5%.

Сердечно-сосудистая патология является основной причиной преждевременной потери трудоспособности и инвалидизации населения республики, что негативно отражается на экономике страны и социальной сфере. Так, в 2015 и 2016 гг. впервые были признаны лицами с ограниченными возможностями здоровья (ЛОВЗ) – 10 988 человек и, соответственно – 11 260 человек, из которых около 22%, по причине болезни системы кровообращения (ишемическая/коронарная болезнь сердца, врожденные пороки сердца и др.).⁴

2.2. История развития кардиохирургии в Кыргызской Республики

История кардиохирургии КР начинается с 19 мая 1959 г., когда И.К.Ахунбаевым, впервые в Центральной Азии, сделана успешная операция на сердце. В последующие годы были внедрены более сложные виды операций. Была налажена тесная связь с Научно-исследовательским институтом грудной хирургии в г.Москве, руководимым академиком А.Н.Бакулевым.

В 1976 г. в РКБ было открыто отделение кардиохирургии. Стали внедряться новые виды успешных операций на клапанах сердца, а некоторые из них были выполнены впервые в СССР. В 1984г. кардиохирургическая служба республики передается в состав Научно-исследовательского института кардиологии. Энтузиазм молодых хирургов на тот момент был высоким, начали проходить специализации в ведущих центрах СССР. Отделение врожденных пороков сердца в период с 1986 г. по 1990 гг. по уровню хирургического лечения, послеоперационному ведению входит в число лучших отделений ВПС Советского Союза. Увеличивается число молодых научных сотрудников - кардиохирургов, защитивших кандидатские диссертации в ИССХ им. А.Н. Бакулева. Рост профессионализма в хирургическом лечении привел к потоку больных из соседних республик - Казахстан и Узбекистан.

В 1996 году под руководством американских специалистов была проведена акция «Открытое сердце». Были проведены ряд успешных операций на открытом сердце, аорто-коронарные шунтирования. Знания, полученные специалистами изменили многие представления о возможностях управления и лечения. В 2002 году, в хирургии сердца группой специалистов из Чешской клиники Мотол проводились практические и теоретические семинары по вопросам хирургии сердца у детей раннего возраста. Впервые в республике удачно произведены операции у детей с весом не превышавшим 6 кг. В 2012 году впервые в Кыргызстане произведена операция трансплантации почек. Из года в год растет количество операций, особенно в условиях искусственного кровообращения.

В тоже самое время, экономическая ситуация не позволяла обеспечить соответствующего уровня материальной базы и оплаты труда высоко квалифицированных кадров кардиохирургии. Это привело к **значительному оттоку специалистов в страны ближнего и дальнего зарубежья, где условия для врачей предоставлялись более приемлемые.**

⁴ Статистические данные предоставленные на запрос аудита РЦМСЭ.

2.3. Общие сведения о НИИХСТО

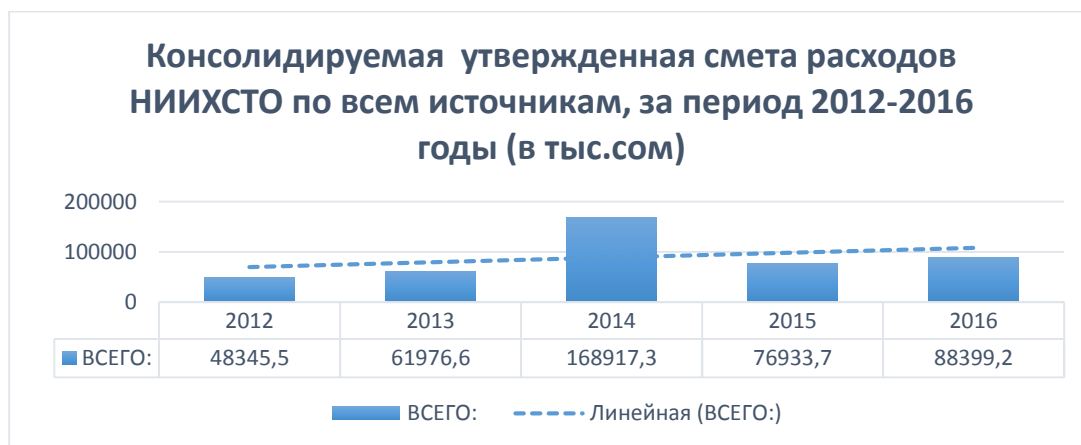
НИИХСТО создан в 2004 году и является государственной лечебно-профилактической, научно-исследовательской организацией здравоохранения третичного уровня, в области сердечно-сосудистой хирургии и трансплантации органов. Он создан на базе кардиохирургических отделений НЦКиТ. Институт функционирует как юридически самостоятельное учреждение здравоохранения согласно утвержденному МЗ в 2014 году Уставу и структуре, имеет утвержденную штатную численность в количестве 159 единиц, из которых на момент аудита 35 врачей и 61 медицинских сестер. НИИХСТО располагает стационаром в 64 койко-мест, консультативно-диагностическим отделением и лабораторией.

2.4. Бюджет НИИХСТО

За период 2012-2016 гг., финансирование деятельности НИИХСТО осуществлялось за счет средств бюджета, поступающих от Министерства здравоохранения для лечения, Министерства образования для научной деятельности, средств специального счета поступающих от оказания платных услуг и за счет гуманитарной помощи. Деятельность НИИХСТО финансировалась за счет оказания платных услуг и бюджетных средств. Средства, направляемые на научную деятельность, составили всего 2 % от общего финансирования и почти на 100 % расходуются на заработную плату научных сотрудников.

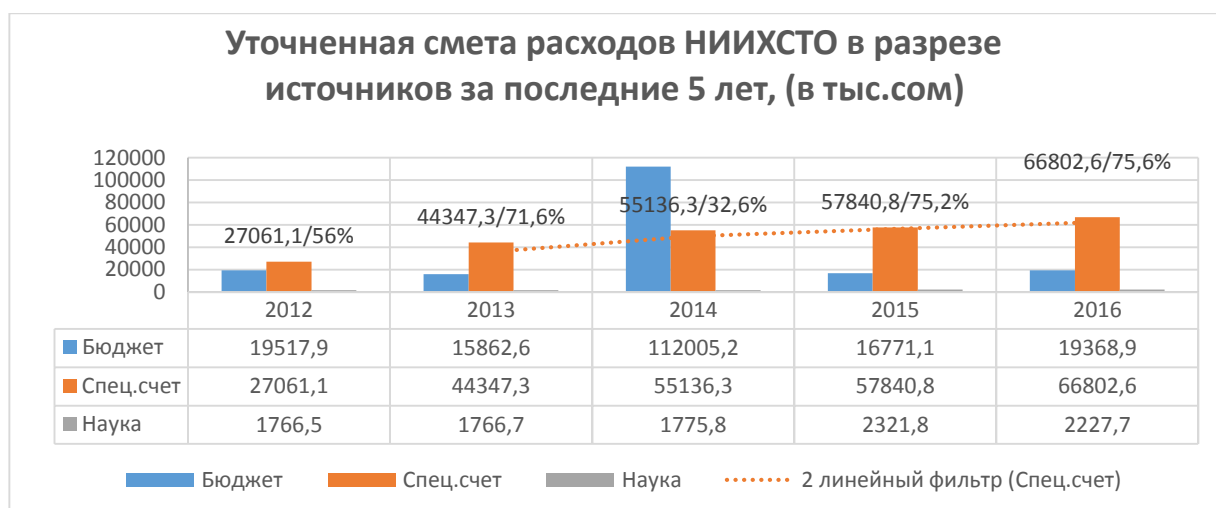
В Диаграмме 1 представлен объем общего утвержденного финансирования НИИХСТО за период 2012-2016 годы, по всем источникам.

Диаграмма 1



Источник: Данные из Годовых финансовых отчетов НИИХСТО за период 2012-2016 годы.

Данные Диаграммы 1 показывают тренд увеличения бюджета НИИХСТО за последние 5 лет за счет специальных средств. Так, если в 2012 году общая консолидирующая уточненная смета расходов по всем источникам финансирования составила 48345,5 тыс. сомов, то к 2016 году она почти удвоилась и насчитывала 88399,2 тыс. сомов, за счет специальных средств. Финансирование растет ежегодно в пределах 15% - 30%. Исключение составил 2014 год, в котором бюджет НИИХСТО вырос на 2,7 раза по отношению к 2013 году, в связи с выделением средств из республиканского бюджета на приобретение медицинского оборудования, часть которого была передана Южному региональному научному центру сердечно-сосудистой хирургии.



Источник: Данные из Годовых финансовых отчетов НИИХСТО за период 2012-2016 годы.

Как видно с Диаграммы 2 основным источником финансирования НИИХСТО за период 2012-2016 годы был «Специальный счет», по которому поступали средства за оказанные платные услуги. За последние 5 лет (за исключением 2014 г. в связи с указанной выше причине), удельный вес этого источника финансирования колебался между 56% в 2012 году и более 71% в последующих годах. Таким образом, большая часть расходов по оказанию кардиохирургических услуг в НИИХСТО покрывалась за счет пациентов.

С 8 мая 2017 года, финансирование НИИХСТО как учреждения, оказывающее специализированную медицинскую помощь в условиях базового государственного медицинского страхования, осуществляется на основе консолидирующего бюджета, который формируется из следующих источников:

- средства базового государственного медицинского страхования (БГМС), включающих в себя консолидацию средств республиканского бюджета и средств обязательного медицинского страхования;
- средства сооплаты населения за медицинские услуги;
- средства специального счета, на котором аккумулируются средства за услуги немедицинского характера или медицинские услуги сверх Программы государственных гарантий (ПГГ), поступления грантовых средств, средств спонсорской и гуманитарной помощи.

2.5. Взаимоотношения с отраслевыми министерствами и их роль

От имени Учредителя (Правительство КР) МЗ возложил на НИИХСТО ответственность по обеспечению квалифицированной медицинской помощи по профилю и уровню НИИХСТО.

Роль МЗ заключается в разработке политик и стратегического планирования системы здравоохранения, создании адекватного регулирования медицинских услуг, утверждении стандартов, нормативов, определении приоритетов и их применении в рамках выполнения ПГГ, мониторинге качества услуг, организации, финансировании и управлении средствами системы (с 8 мая 2017 г. совместно с ФОМС).

При осуществлении научно-исследовательской деятельности НИИХСТО взаимодействует с Министерством образования и науки. Это взаимодействие происходит на стадии конкурсного ежегодного отбора проектов НИИХСТО для включения в план научно-исследовательских разработок, которые будут финансироваться через МОН и предоставлении отчетов о проделанной НИС работе.

3. СФЕРА И ПОДХОД К АУДИТУ

3.1. Обоснование, тема и цель аудита

Счетная палата Кыргызской Республики инициировала данный аудит в рамках обязательств, предусмотренных Соглашением, заключенным между 3-мя Высшими Органами Аудита (ВОА) государств-членов Шанхайской организации сотрудничества⁵, которое предусматривает проведение параллельного аудита эффективности в сфере здравоохранения. Аудит на тему **«Эффективно ли управляет НИИХСТО человеческими, материальными ресурсами, оборудованием и финансовыми средствами?»** направлен на оценку институционального потенциала НИИХСТО и эффективного управления ресурсами.

Основная цель аудита состоит в определении факта получают ли пациенты своевременное и адекватное лечение в рамках располагаемых НИИХСТО ресурсов.

3.2. Специфические цели аудита

Для анализа и выявления проблем в отношении своевременного и адекватного лечения пациентов в рамках, располагаемых НИИХСТО ресурсов, аудиторская группа сформулировала следующие 3 специфические цели:

- *Способствует ли государственная политика получению адекватного и своевременного кардиохирургического лечения?*
- *Обеспечивает ли НИИХСТО достижение основных целей и задач, предусмотренных Уставом?*
- *Обеспечен ли НИИХСТО ресурсами и эффективно ли ими управляет?*

3.3. Подход к аудиту

После проведения предварительного изучения объекта аудита, был сделан выбор в пользу **проблемно-ориентированного подхода**, который лимитирует эффективность адекватного и своевременного оказания кардиохирургической помощи. Такой подход был выбран по причине наличия ряда экономических и институциональных факторов, ограничивающих удовлетворение потребностей в высокоспециализированной кардиохирургической помощи.

3.4. Источники данных

Обнаружения и выводы изложенные в данном отчете основаны на анализе документальной информации, личных наблюдениях и собранных доказательствах в НИИХСТО, ФОМС, Республиканском медико-информационном центре (далее РМИЦ), Департаменте лекарственного обеспечения и медицинской техники (далее ДЛОМТ), МЗ и в других организациях здравоохранения (Национальный госпиталь (далее НГ), Национальный центр кардиологии и терапии (НЦКиТ), Родильный дом № 2, Национальный центр охраны материнства и детства (далее НЦОМД), Центры семейной медицины № 8 и № 10 (далее ЦСМ)).

Ошибка! Источник ссылки не найден. описывает область применения, критерии и методологию аудита.

4. ОБНАРУЖЕНИЯ АУДИТА

⁵ Счетный комитет по контролю за исполнением республиканского бюджета Республики Казахстан, Офис национального аудита Китайской Народной Республики и Счетная палата Кыргызской Республики.

4.1. Способствует ли государственная политика получению своевременного и адекватного кардиохирургического лечения?

Вопреки росту спроса на специализированную кардиохирургическую помощь, государственная политика в этой области медицины не имеет четких приоритетов и требует серьезных доработок

4.1.1. Государственная политика в области кардиохирургии не имеет четких приоритетов

В результате изучения стратегических документов политик здравоохранения КР, аудитом установлено что кардиохирургическая служба не является субъектом политики развития и реформирования на ближайший период. Отсутствуют стратегические планы укрепления потенциала и поддержки со стороны государства этой столь необходимой службы. В этих условиях, кардиохирургия продолжает решать проблемы обеспечения развития кадров и материальной базы самостоятельно, без достаточной поддержки государства, на фоне постоянного роста спроса на специализированную кардиохирургическую помощь.

4.1.2. Процесс доступа пациентов к кардиохирургической помощи требует серьезных доработок

Процесс доступа к специализированной кардиохирургической помощи нуждается в лучшем координировании на уровне государства. Пациенты с проблемами ССЗ должны лечиться терапевтически, и только те, на которых консервативные методы лечения пороков сердца не действуют, должны становиться пациентами кардиохирургии. Правительство, МЗ и ФОМС КР предпринимают попытки урегулировать данный процесс, однако он требует серьезного анализа и соответствующих доработок. Процедура отбора пациентов для кардиохирургии на государственном уровне не отрегулирована. Аудиту не были предоставлены доказательства о выполнении Плана мероприятий по совершенствованию системы здравоохранения КР на 2016-2018 годы⁶ по разработки механизма квотирования высокотехнологичных (дорогостоящих) видов медицинской помощи населению по поставщикам услуг и регионам. Публичной информации по выполнению вышеуказанного Плана мероприятий и об осуществлении мониторинга нет. Исследование данного вопроса показало, что по состоянию на сентябрь 2017 г., механизм квотирования и очередности, как элементы регулирования доступа пациентов к кардиохирургическому лечению (особенно льготных категорий пациентов⁷, претендующих на бесплатное лечение) не разработан.

Следует отметить факт разного понимания понятия «механизм квотирования» со стороны представителей МЗ, ФОМС и НИИХСТО. Представители МЗ и ФОМС понимают под «квотированием» - урегулирование только приобретения дорогостоящих расходных материалов для кардиохирургической помощи экстренных и льготных пациентов. В то же время, НИИХСТО считает, что «квотирование» означает: оказание поддержки государством в проведении кардиохирургических операций для конкретного количества пациентов согласно очередности с погашением всех расходов (стоимости диагностики, операции и расходных материалов). Стоимость одной квоты, например, в Российской Федерации, Казахстане и др. странах составляет около 10 тыс. долларов США.

Механизм квотирования является основным фактором покрытия расходов лечения пациентов. Для ответа на вопрос «Какие расходы и для каких пациентов покрываются?» необходимо четкое описание элементов лечения, расходов и групп пациентов, для которых применим механизм квотирования.

⁶ п.17 Приложения Распоряжения Правительства Кыргызской Республики от 30 июня 2016 года № 300-р

⁷ п.39 Распоряжения Правительства Кыргызской Республики от 17 марта 2016 года № 104-р

4.1.3. Потенциальная потребность и учетные данные по кардиохирургическим услугам не являются основой для обеспечения человеческими, материальными и финансовыми ресурсами

Собранные аудитом доказательства из разных источников⁸ дают основание сделать вывод, что не проводится оценка потенциальной потребности в кардиохирургических услугах и нет механизма отслеживания их оказания. Такая информация необходима для:

- урегулирования доступа к специализированной кардиохирургической помощи и координации действий между разными медицинскими организациями,
- планирования количества пролеченных случаев и получения ОЗ кардиохирургического направления (НИИХСТО и ЮРНИЦССХ) достаточного и обоснованного государственного заказа (квот) по оказанию специализированной и высокотехнологичной кардиохирургической помощи.

По данным ВОЗ и передовой мировой кардиохирургической практики снижение смертности от болезней системы кровообращения возможно при выполнении в год более 1000 операций на 1 миллион населения, а с развитием новых технологий, особенно эндоваскулярных, этот показатель увеличился до 1500 операций. Большинство стран проводят оценку потребностей в кардиохирургических услугах, применяя эти критерии к базе данных по заболеваемости населения и отчетным данным потребностей пациентов. Например, расчеты, проведенные согласно требованиям ВОЗ, показывают, что в Республике Беларусь с населением в 9,5 миллионов, ежегодно необходимо проводить 4,5 тыс. операций аортокоронарного шунтирования (АКШ), 1,5 тысячи операций у больных с приобретенными пороками сердца, 1 тысячу хирургической коррекции врожденных пороков сердца (ВПС), 2 тысячи имплантаций ЭКС и 50-70 трансплантаций сердца.

Исходя из численности населения КР в 6 миллионов человек, для планомерного оздоровления населения, необходимо выполнять не менее 6000 операций в год, а для получения удовлетворительных результатов, необходимы не менее 9000 кардиохирургических операций в год. Например, в Турции с населением в 75 млн. человек и действующих свыше 200 кардиохирургических клиник, ежегодно проводится около 60 000 операций на сердце или 800 операций в год на 1 миллион населения. В Республике Беларусь выполняются свыше 1700 кардиохирургических вмешательств на 1 миллион жителей, в том числе 360 операций на открытом сердце. Число операций аортокоронарного шунтирования достигло в 2016 году 1869, что составляет около 42% от оценочной потребности исходя из стандартов ВОЗ.⁹

4.1.4. Как работает НИИХСТО, при в слабом регулировании процесса доступа и отбора пациентов к кардиохирургической помощи?

- ведется учет пациентов по источникам направлений

Начиная с 2016 г. в НИИХСТО ведется учет пациентов по источникам направлений. Данные Таблицы 1 показывают, что до момента принятия НПД, регулирующие доступ к услугам и льготам по специализированной кардиохирургической помощи в Системе единого плательщика, отмечалась слабая координация предоставления кардиохирургической помощи.

⁸ ФОМС, МЗ, ЦСМ, родильных домов,

⁹ http://president.gov.by/ru/zdravoohranenie_ru/.

Таблица 1

**Структурированная информация о пациентах КДО НИИХСТО
за период 2012-2017 (I-ое полугодие)**

Год	Количество обратившихся больных в КДО НИИХСТО	в том числе направленные:		
		ЦСМ ¹⁰ , ГСВ ¹¹ , ЦОВП ¹² др. ОЗ	Самообращен ие	Скорой помощью и Санитарной авиацией
1	2	3	4	5
2012	8614	-	8614	-
2013	8485	-	8474	11
2014	6363	-	6355	8
2015	5093	-	5087	6
2016	6500	2545	3955	-
I -VI 2017	2758	1182	1570	6
ВСЕГО:	37813	3727	34055	31

***Источник:** Структурированная информация членами рабочей группы, на основании данных о деятельности КДО НИИХСТО за период 2012-2017 (I-ое полугодие).*

До конца 2016 года, КДО принимало всех обратившихся, несмотря на отсутствие направлений врачей. Поскольку некоторые пациенты обращались без направлений врачей, это объясняло низкий процент госпитализированных больных из общего количества обратившихся в КДО НИИХСТО. Фактические данные в отношении госпитализированных пациентов приведены в Таблице2.

Таблица 2

**Данные о количестве принятых и обследованных пациентов и удельный вес их
госпитализации за период 2011-2016 годов**

№ п/п	Услуга пациенту	Годы					
		2011	2012	2013	2014	2015	2016
1.	Прием и обследование в КДО НИИХСТО	5982	8614	8485	6363	5093	6500
2.	Госпитализация в НИИХСТО	1596	1736	1480	1406	1403	1410
3	% госпитализаций	26,7	20,2	17,4	22,1	27,5	21,7

***Источник:** Данные систематизированы аудиторской группой, на основании первичных данных о деятельности КДО и годовых отчетов НИИХСТО за период 2011-2016 годов.*

Вопреки слабому регулированию процесса доступа и отбора пациентов для кардиохирургии на государственном уровне, и отсутствия должных механизмов квотирования и очередности, НИИХСТО предпринимает посильные действия в целях упорядочения доступа пациентов к специализированной кардиохирургической помощи.

¹⁰ ЦСМ – Центры семейной медицины

¹¹ ГСВ – Группы семейных врачей

¹² ЦОВП – Центры общеврачебной практики

- заведена очередь пациентов, как элемент внутреннего управления процессом доступа пациентов

С марта 2017 года, в КДО заведена очередь пациентов – отдельно для взрослых и детей, как элемент управления доступа пациентов к кардиохирургической помощи. Учитываются дети до 10 кг и более 10-ти кг, так как лечение первой группы детей более сложное, они лежат в стационаре дольше чем дети старшего возраста, и их период послеоперационного восстановления более длительный. Создание списка очередности дает возможность планировать операции. КДО владеет информацией об общем количестве обратившихся пациентов, сколько из них прооперированы, сколько пациентов ожидают свою очередь, сколько отказались проводить операции в силу разных причин (*отсутствия средств для сооплаты, выбор зарубежной клиники для оперирования, смерть пациента до наступления очереди и др.*). КДО ведет и активную деятельность по поддержке родителей больных детей, у которых нет возможности внести сооплату, давая советы по изысканию возможности покрытия расходов на операцию через разные благотворительные фонды.

Аудит отмечает, что на данный момент, новорожденные дети с подозрениями ВПС со всего Кыргызстана обращаются за консультацией только в НИИХСТО. Больше никто по республике не принимает таких пациентов. Все родильные дома г. Бишкек направляют новорожденных в НИИХСТО, у которых есть шумы в сердце и подозрения на ВПС для обследования и определения диагноза. Детей с регионов отправляют на обследование семейные врачи. Однако, в родильных домах бывают новорожденные со сложными пороками, которые нетранспортабельны. В этих случаях, врачи родильных домов, по согласованию с родителями новорожденного, приглашают специалистов из частных клиник с портативным оборудованием для диагностирования пациента. Расходы по данной диагностики покрываются за счет родителей новорожденного, хотя согласно ПГГ – эта диагностика бесплатна. В данном случае необходимо улучшить процесс оказания кардиохирургической помощи новорожденным детям, используя материально-техническую базу Национального Центра охраны материнства и детства (НЦОМД) и высокопрофессиональный потенциал НИИХСТО по оперированию новорожденных со сложными пороками.

- нагрузка на врачей КДО выросла в связи с увеличением количества обращений пациентов

Аудитом установлен рост, за первое полугодие 2017 года, количества обращений в КДО НИИХСТО с новорожденными детьми. Врачи КДО НИИХСТО оказывают высококвалифицированную диагностику детям до года, которая не возмещается ФОМС-ом, в силу того, что вся диагностика этой категории больных – бесплатна. Бывают дни с большим наплывом таких детей, врачи принимают, обследуют и ставят диагноз всем обратившимся, вне очереди, что приводит к возмущению других пациентов. Вопреки тому, что на это тратится достаточно много времени, эта нагрузка врачей не учитывается.

Отмечается рост обращений больных всех категорий. Если раньше была некая сезонность - летом меньше пациентов и намного больше в осенний период, то теперь очередь в КДО задерживается на одном уровне. Например, за период с 10 по 15 июля 2017 года, врачи КДО приняли и обследовали 167 пациентов, из которых – 56 детей разного возраста, 67 взрослых пациентов и 44 стационарных больных. Каждый день врачи КДО принимают в среднем по 30 пациентов. Необходимо отметить, что кроме приема пациентов на месте, врачи КДО обследуют детей на местах в регионах.

- выездные экспедиции позволяют своевременно диагностировать детские пороки по всей территории Кыргызстана и улучшить процесс своевременного доступа пациентов к кардиохирургическому лечению

Имеющееся портативное оборудование позволяет врачам КДО выезжать в целях обследования детей и беременных женщин. За последние два года больше всего детей с ВПС обнаружены в Баткенской области (*26 новорожденных с пороками, из них у 18 имеется один*

и тот же диагноз - дефект межжелудочного перегородка). С начала 2017 года и до момента аудита (25.07.2017 года), врачи КДО осуществили 15 выходов в территории, в ходе которых обследовали 482 ребенка, из которых более 50% - новорожденные дети. В результате выявлены 64 случая ВПС. Специалисты НИИХСТО предполагают, что высокий процент заболеваемости связан с генной мутацией определенного типа (а не высокогорьем), которую следует серьезно исследовать с научной точки зрения. Только в одном селе во время экспедиции по Баткенской области (2 районные больницы, позиция 13 из Приложения 4) выявлены 7 ВПС у детей до 1 года, из которых 4 - сложных и 3 легких порока. На следующей неделе после экспедиции все эти пациенты приехали и обратились в КДО для дальнейшего лечения.

4.1.5. Исходя из стандартов ВОЗ, фактическое удовлетворение оценочной потребности в кардиохирургических вмешательствах в КР еще довольно мала.

Доля операций НИИХСТО, в указанном выше расчетном объеме потребности, составляет от минимальных 7 % (425 операции) в 2011 году до максимальных 14 % (842 операции) в 2016 году. При этом кардиохирургические операции выполняются в республике еще и ЮРНЦССХ, а также 3-мя кардиоцентрами частной формы собственности, а другими государственными ОЗ проводятся эндоваскулярные операции (хирургические вмешательства, проводимые на кровеносных сосудах чрескожным доступом под контролем методов лучевой визуализации с использованием специальных инструментов). Аудитом установлено наличие большого спектра статистических данных по кардиососудистой хирургии, но интерес к их анализу и использованию в целях определения оценочных и расчетных потребностей и приоритетов в области кардиохирургии, слабый. На сайтах МЗ, АСС, специализированных ОЗ третичного уровня отсутствует обработанная и систематизированная информация в этом плане.

4.1.6. Кардиохирургия не обеспечена стандартами, нормативами и показателями измерения эффективности медицинской деятельности

В КР нет утвержденных клинических протоколов для кардиохирургического лечения пациентов. Показатели результативности и эффективности медицинской деятельности находятся на стадии установления. Все ОЗ измеряют свою медицинскую деятельность количественными показателями за время пребывания в стационаре или лечения в амбулаторных условиях. Есть показатели, которые можно отнести к результативности, такие, например, как снижение % послеоперационных осложнений, длительность пребывания, снижение % летальности, до-суточной летальности и др. В отличие от развитых стран, где отслеживают годовичную, 5-и и 10-ти летнюю выживаемость пациента после операций, в КР пока нет такой практики по всем хирургическим стационарам, не только НИИХСТО. Летальность пациента в течение 5-10 дней после выписки из стационара не попадает под показатель смертности в результате хирургического лечения, а относится к домашней смертности, то есть смерти, наступившей дома. Поэтому, данный основной показатель результативности медицинских вмешательств, исчезает из статистики.

Также отсутствуют утвержденные стандарты оснащения кардиохирургической службы. Уровень оснащения НИИХСТО соответствует самым минимальным стандартам, ниже которых нельзя допустить его функционирование. Не разработаны требования к штатной численности научных сотрудников научно-исследовательских учреждений, к ее количественному и качественному составу.

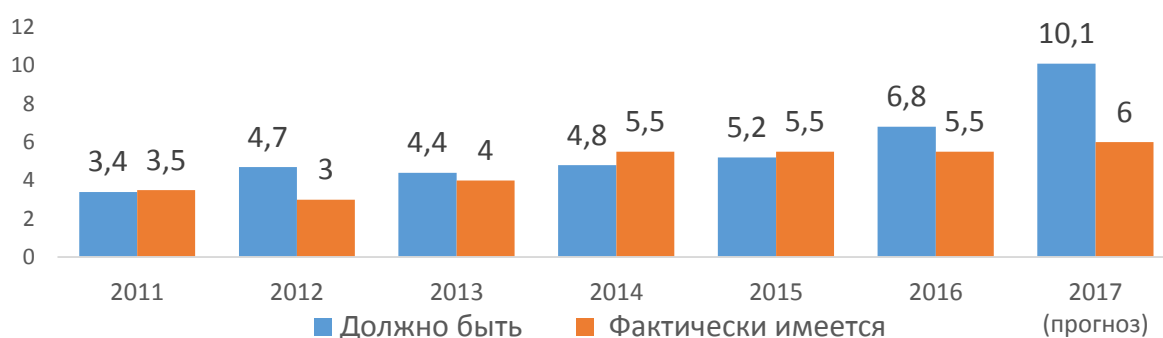
4.1.7. Действующие в здравоохранении нормативы в отношении количества врачей, врачебной нагрузки, количества операционных столов и др. не всегда применимы для кардиохирургии.

По количеству проводимых операций, НИИХСТО имеет устойчивую тенденцию к росту, в условиях сохраняющегося практически на одном уровне штатного расписания и фактического наличия кардиохирургов.

Исходя из существующих международных нормативов при оптимальной структуре кардиохирургического отделения должно быть 2 хирурга на 125 операций. В отсутствии национальных утвержденных нормативов для кардиохирургии, аудит использовал международный норматив в качестве критерия оценки. В НИИХСТО должно быть больше хирургов чем их штатное количество, исходя из расчета проведенных институтом операций:¹³

Диаграмма 3

Соотношение фактического и расчетного штатного количества кардиохирургов в НИИХСТО



Хотя штатное расписание и структура НИИХСТО ежегодно согласовываются с МЗ, утвержденных нормативов по структуре и штатной численности персонала различного назначения для кардиохирургического стационара с научной направленностью деятельности нет. Ориентиром для применения могут быть только общеприменимые международные стандарты и нормативы. В трех кардиохирургических центрах Республики Казахстан работают всего 25 кардиохирургов (0,02 на 10 тыс. населения), тогда как потребность республики во врачах кардиохирургического профиля составляет около 200 специалистов (0,13 на 10 тыс. населения).

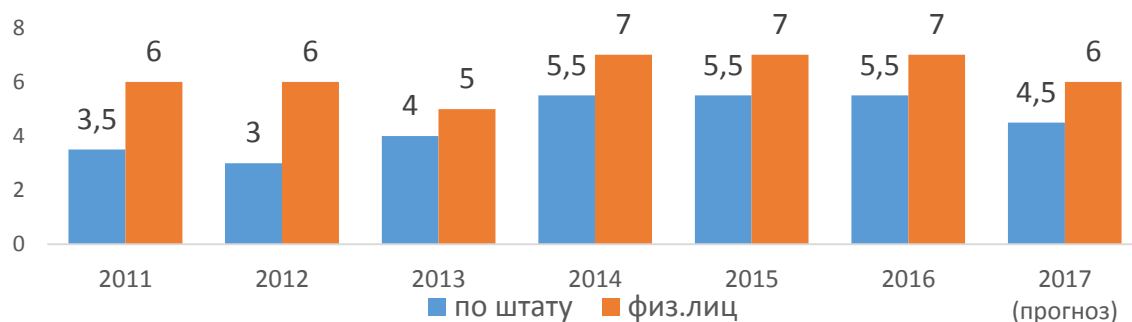
Если применить данные нормативы к Кыргызской Республике, то потребность во врачах кардиохирургического профиля составит не менее 78 врачей кардиохирургов на республику.

Для обеспечения существующей в хирургии практике присутствия в ходе операций 2-х кардиохирургов (один оперирующий, второй обучающийся) НИИХСТО вынуждено, при вышеуказанной штатной численности, содержать хирургов на полставки. Данные Диаграммы 4 иллюстрируют фактическое положение в этом плане.

Диаграмма 4

Соотношения штатных единиц кардиохирургов с фактическим количеством физических лиц кардиохирургов в НИИХСТО

¹³ Источники данных Диаграммы 3 и 4 составляю штатные расписания, Отчеты по трудовым ресурсам и др. статистическая информация НИИХСТО за период 2011-2017 годы (полугодие).



Теми же международными нормативами, определено оптимальное количество операционных столов из расчета 1 на 250 операций. Фактически НИИХСТО располагает 4 операционными столами, что в принципе соответствует нормативам института. Рассчитать общую потребность государства в операционных столах не возможно ввиду отсутствия данных об учетной потребности пациентов, нуждающихся в кардиохирургических операциях.

Существенное отставание в показателях хирургической деятельности НИИХСТО имеется по количеству коек реанимационного отделения, учитывая наличие 4 рабочих столов и предполагая регулярное расписание операций. С 2011 по 2016 год НИИХСТО располагало 6 койко-местами в реанимационном блоке. В 2017 году их количество, за счет реструктуризации и внутреннего резерва было увеличено до 9 коек, в то время как норматив оптимального реанимационного отделения составляет от 6 до 8 коек на 250 операций. Если применить данный норматив только к проведенным в НИИХСТО операциям на открытом сердце с применением искусственного кровообращения, реанимационное отделение должно иметь 12 койко-мест. Показатель обеспеченности среднего медицинского персонала по уходу за больным в реанимационном отделении и количество пациентов реанимации тоже занижен. Он требует соотношение 1 к 1 для трудных пациентов и 1 к 2 для простых. НИИХСТО располагало в реанимационном блоке, в разные анализируемые периоды, от 9 до 14 лиц штатного медсестринского палатного персонала, но средняя занятость штатов была ниже 61 процента. Динамика данных операции приведена в Диаграмме 5.

Хирургическая деятельность специалистов НИИХСТО характеризуется положительными показателями, и вопреки нехватке койко-мест и медсестринского персонала в реанимации, они достигают высокого показателя по количеству проведенных операций.

Диаграмма 5

Динамика проведенных НИИХСТО операций с применением искусственного кровообращения за период 2011-2016 годы и I полугодие 2017 года



Источник: Данные из клинических годовых отчетов НИИХСТО за период 2011-2017 гг. (первое полугодие).

Недостаточность и не укомплектованность реанимационных мест, является основным сдерживающим фактором в расширении кардиохирургической помощи. НИИХТО не в состоянии самостоятельно увеличить количество реанимационных мест, ввиду сложности их технического и организационного обеспечения, а также отсутствия необходимых финансовых средств.

4.1.8. Используемый общий норматив занятости коечного фонда не приемлем для кардиохирургической службы

По стране применяется один норматив занятости койки для всех стационаров - 340 дней в году. Аудиту не были представлены доказательства его утверждения соответствующим нормативным правовым актом МЗ или Правительства республики. Этот норматив установлен аудитом из устных бесед со специалистами МЗ и отчетов о деятельности НИИХСТО и статистической медицинской отчетности. Фактические показатели использования коечного фонда за период 2012-2016 годы изложены в Таблице 3.

Таблица 3

Общие показатели использования коечного фонда за период 2012-2016 годы

	Годы	Число коек	Поступил о больных	Койко дни	Занятость	% Использование коечного фонда	Сред. прод. койки
ВСЕГО	2011	64	1747	18670	292	85,8%	10,6
	2012		1784	17941	280	82,4%	9,9
	2013		1301	16650	287,07	84,4%	11,0
	2014		1413	17618	303,76	89,3	12,5
	2015		1408	16207	253,23	80,21	11,51
	2016		1350	16035	292	85,7%	11,8%

Источник: Данные из Годовых отчетов о деятельности НИИХСТО за 2013, 2016 годы и статистических отчетов.

Данные Таблицы 3 показывают, что при неизменно-одинаковом количестве коек - 64, в НИИХСТО поступило разное количество больных. В 2011 и 2012 годы – около 1750 больных, а в следующие 4 года количество поступивших больных постепенно уменьшилось и за 2016 год составила 1350 больных или на 25% меньше чем в 2012 году. Показатель занятости коечного фонда при норме 340 дней в году, за весь период был ниже нормы на 14% в 2012 году, на 11% в 2014 году и на 17% в 2016 году. При этом процент использования коечного фонда имел тенденцию роста и варьировал между 82,4% в 2012 году и 85,7% в 2016 году. Исключение составил 2015 год, когда был зарегистрирован самый низкий показатель использования коечного фонда в 80,21%. Среднее пребывание на койке составило 9,9 дней в 2012 году и 11,8 дней в 2016 году.

Факторы влияющие на эти показатели разные: необходимость ожидания в отделениях уже госпитализированных и запланированных к операциям пациентов до освобождения койки в реанимационном отделении; осложнения состояния больных и медицинские показания в более продолжительном лечении при тяжелых случаях; закрытие стационара на летнее время из-за сложных условий, приводящих к увеличению больничных инфекций; неэффективное использование койки в связи с неподходящей структурой и/или отсутствия

больных с определенными диагнозами /лимитированная и их госпитализация в порядке очереди и др.

С учетом существующих объективных факторов и лимитированном количестве реанимационных коек, установленный для кардиотерапевтических стационаров, норматив в 340 койко-дней, нуждается в пересмотре.

4.1.9. Проблемы безопасности пациентов и их послеоперационное восстановление должны найти отражение в государственной политике здравоохранения¹⁴

Обеспечение безопасности пациентов представляет серьезную проблему для глобального здравоохранения. В 2002 году государства-члены ВОЗ приняли резолюцию Всемирной ассамблеи здравоохранения по безопасности пациентов. По оценкам, здоровью каждого десятого пациента в развитых странах причиняется вред во время его пребывания в больнице. Этот вред может быть вызван ошибкой, побочным эффектом лекарств, или недостатком в определенном медицинском аппарате либо его поломкой.

Хирургическая операция является одним из самых сложных медицинских вмешательств в здоровье человека. Ежегодно более 100 миллионам человек требуется хирургическое лечение по различным медицинским показаниям. В развитых странах считается, что половина предотвратимых побочных эффектов, которые приводят к смерти или инвалидности, возникают из-за проблем в области безопасности хирургических операций.

Вероятность причинения вреда здоровью пациентов в больницах в развивающихся странах выше, чем в развитых. По оценкам ВОЗ, риск приобретения внутрибольничной инфекции в некоторых развивающихся странах в 20 раз превышает аналогичный показатель в развитых странах. В любой момент времени 1,4 миллиона человек в мире страдают от приобретенных в больницах инфекций. Эта ситуация актуальна и для медицинских учреждений Кыргызстана, особенно для НИИХСТО.¹⁵

4.2. Обеспечивает ли НИИХСТО достижение основных целей и задач, предусмотренных Уставом?

4.2.1 Показатели хирургической деятельности НИИХСТО указывают на достижение положительных результатов

Основные показатели хирургической деятельности НИИХСТО имеют положительный тренд, но для измерения результативности кардиохирургической деятельности, необходимо ввести другие качественные показатели

НИИХСТО является основной, государственной специализированной организацией здравоохранения, оказывающей кардиохирургические услуги взрослым и детям¹⁶, и единственной организацией в КР, оказывающей кардиохирургические услуги новорожденным детям. НИИХСТО измеряет свою медицинскую деятельность традиционными количественными показателями – общее количество обследованных и госпитализированных больных, количество проводимых операций, % летальности и % хирургической активности, использование коечного фонда и др. Данные Таблицы 4 демонстрируют положительную динамику по основным показателям хирургической деятельности НИИХСТО за последние 6,5 лет.

¹⁴ Аудит использовал информацию общего характера и оценки ВОЗ по проблемам безопасности пациентов. http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/ru/index9.html.

¹⁵ Фактическое положение дел в НИИХСТО по вопросам борьбы с внутрибольничной инфекцией изложены в специфической подцели 4.2.

¹⁶ Кардиохирургические услуги взрослым и детям (за исключением новорожденных) оказывает и Южный региональный центр сердечно-сосудистой хирургии, г.Джалалабад.

В НИИХСТО ежегодно растет количество аортокоронарных шунтирований. Если 5-6 лет назад выполнялись 30-40 такого рода операций в год, то за последний 2016 год их количество больше 100, или 20% всех операции в НИИХСТО. Данному росту количества аортокоронарных шунтирований способствовало и приобретение НИИХСТО цифрового ангиографического комплекса INFINIX 8000VI и обучение сотрудников работе на данном оборудовании. Если доступ пациентов согласно потребности и по показаниям будет урегулирован, такие операции должны занимать 70% из общего количества проводимых операций за год. В США, например, ежегодно проводится более 600 операций только аортокоронарного шунтирования на 1 млн. населения.

Таблица 4

Основные показатели хирургической деятельности НИИХСТО за 2011-2016 годы и 1-ое полугодие 2017 года

Годы	Всего операций	В том числе:						% Хирургической Активности
		Операции с ИК			Закрытые операции			
		Кол-во	Уд. вес в %	Летальность в %	Кол-во	Уд. вес в %	Летальность в %	
2011	425	255	60,0	7,7%	170	40,0	3,8%	24,4%
2012	591	355	60,1	9,3%	236	39,9	2,7%	33%
2013	549	321	56,0	8,6%	232	42,0	3,8%	62,9%
2014	598	463	77,4	11,1%	135	22,6	2,2%	42%
2015	644	443	68,8	6,7%	201	31,2	2,2%	45,7%
2016	842	519	61,6	6,5%	315	37,4	2,2%	62,37%
1п-е 2017	629	288	45,8	5,5%	341	54,2	2,2%	-

Источник: Данные из Годовых отчетов о деятельности НИИХСТО за 2013, 2016 годы и медицинская статистика за 1-ое полугодие 2017 года.

Показатель летальности по операциям с искусственным кровообращением снижен, однако за последние два года (с 2015 года) остается на одном уровне также, как и летальность по закрытым операциям. Принимая во внимание, что количество проведенных операций на сердце увеличилось, в сравнении с 2014 годом почти на 30% (с 598 до 842 в целом и с 463 до 519 по операциям с ИК), а в сравнении с 2011 годом почти в два раза, можно считать, что и показатель общей летальности за три последних года также снижен на 30% или достигается ежегодное относительное снижение летальности в пределах 1 %, что указывает на хорошие результаты по оптимизации деятельности НИИХСТО.

Эти данные указывают на вклад НИИХСТО в достижение цели Национальной программы реформирования системы здравоохранения Кыргызской Республики «Ден соолук» на 2012 - 2018 годы¹⁷. Программа предусматривает ожидаемое улучшение показателей и результаты по сердечно-сосудистым заболеваниям в размере 1,0% ежегодного снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. За 2015 год показатель смертности по республике от болезней системы кровообращения снизился на 3,2% (в 2014 году - 305,0; 2015 году - 295,2 на 100 тысяч населения). Данные Таблиц 5 и 6 демонстрируют достижение этих результатов в разрезе возрастных групп 30-39 лет и 40-59 лет.¹⁸

¹⁷ Утвержденной постановлением Правительства Кыргызской Республики от 24 мая 2012 года №309.

¹⁸ Официальные данные полученные аудитом от РМИЦМЗ.

Таблица 5

Число умерших в возрасте 30-39 лет от болезней системы кровообращения, Кыргызская Республика, 2011-2016г.г.						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Абсолютное число	376	340	401	305	300	266
% ежегодного снижения		9,6%	-	23,9 %	1,6 %	11,3%
на 100 000 населения	51,2	45,5	52,3	38,5	36,6	31,1
% ежегодного снижения		11,1%	-	26,4 %	4,9%	15,0%

Источник: Данные систематизированные аудиторской группой на основании информации Республиканского медико-информационного центра министерства здравоохранения.

Таблица 6

Число умерших в возрасте 40-59 лет от болезней системы кровообращения, Кыргызская Республика, 2011-2016г.г.						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Абсолютное число	3350	3412	3349	3276	3096	2878
% ежегодного снижения		-	1,9 %	2,2 %	5,5%	7,0%
на 100000 населения	309,6	308,9	296,7	284,5	263,8	240,7
% ежегодного снижения		0,2%	3,9%	4,1%	7,3%	8,8%

Источник: Данные систематизированные аудиторской группой на основании информации Республиканского медико-информационного центра министерства здравоохранения.

С учетом отсутствия на государственном уровне качественных показателей эффективности и результативности организаций здравоохранения, широко применяемые во всех развитых странах, аудит включил некоторые вопросы по данной тематике в опросных анкетах, с целью получения мнения врачебного состава НИИХСТО. Анализ полученных ответов при опросе врачей НИИХСТО¹⁹ свидетельствует, что 79% (23 из 29 респондентов) ознакомлены с показателями медицинской деятельности НИИХСТО и знают их, 17,2% (5 респондентов) указали что не знают, а 1 респондент не ответил. При этом, необходимо отметить, что руководство НИИХСТО и 83% врачебного состава (24 из 29 опрошенных) считают, что НИИХСТО должно рассмотреть необходимость внедрения новых показателей эффективности и результативности кардиохирургической деятельности. Только 5 респондентов (17%) не имеют четкого мнения по этому поводу.

66% (19 из 29 врачей) обозначили в качестве новых возможных показателей эффективности и результативности кардиохирургической деятельности - внедрение новых технологий в лечении и снижение % инвалидизации, что безусловно повлияет на качество жизни пациента. На втором месте, респонденты поместили показатель - снижение в % осложнений после операций, которому отдали поддержку 59% (17 из 29 ответов), а на третьем - снижение % повторных операций.

¹⁹ Приложение 2. Результаты опроса врачей. Вопрос 10.

4.2.2. Руководство и коллектив НИИХСТО находится в постоянном поиске новых возможностей профессионального развития

Вопреки отсутствия стратегических целей развития кардиохирургии и весомой поддержки государства, руководство и коллектив НИИХСТО находится в постоянном поиске новых возможностей профессионального развития и оказания менее инвазивных и более эффективных кардиохирургических услуг пациентам.

Так, в 2017 г. была проведена одновременно «Энтороктемия сонной артерии» и шунтирование. Совместно с врачами из Казахстана, впервые в Кыргызстане, успешно было выполнена имплантация стентграфтов в грудную аорту, а также имплантация стентов в сонную артерию. За последние годы НИИХСТО ставит акцент на операции, которые приводят к улучшению качества жизни пациента:

- **Сохранение своего клапана сердца и пластика.** Это освобождает пациента от пожизненного применения препаратов для разжижения крови. Было внедрено несколько видов пластики клапанов. Сложность этих операций заключается в том, что хирург до операции должен иметь полный план операции, который в отсутствии полной и ясной картины диагностики пациента, может оказаться неадекватным. Для таких случаев, в мире используются специальное оборудование (ЗД ЭХО). Это оборудование помогает видеть ход операции и в случае необходимости, провести соответствующие исправления. Такой датчик стоит около 47 тыс. евро, и он должен стоять в операционном блоке. Принимая во внимание возможность неполного диагностирования, многие хирурги не берут на себя риск и идут на радикальный метод лечения – замену клапана на механические и пластические клапаны, тем самым привязывая пациента к пожизненному применению препаратов, разжижающие кровь и др.
- **Аортокоронарное шунтирование без остановки сердца.** Операция - проводится на работающем (бьющемся) сердце без искусственного кровообращения. Как видно из Таблицы 8, такие операции выполняются в НИИХСТО. Только отделением ХППС за последние 3 года выполнено от 11 до 17 таких операций. Ее преимущество заключается в исключении возможного риска, связанного с проведением искусственного кровообращения, который особенно значимо возрастает у пожилых пациентов и у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Показания к этой операции зависят от объема и характера поражения коронарных артерий. Для ее проведения необходимо специальное оборудование, которое обеспечивает неподвижность лишь небольшого участка миокарда при сохранении эффективных сокращений сердца, что создает оптимальные условия для формирования коронарных анастомозов.

Таблица 7

Сравнительный отчет операций аортокоронарного шунтирования проводимых отделением ХППС за 2014-2017 (6мес)

Виды операции	Год			
	2014	2015	2016	2017
Аортокоронарное шунтирование в условиях искусственного кровообращения	24	45	49	50
Аортокоронарное шунтирование в условиях работающего сердца	11	17	17	5
Всего операций АКШ по отделению ХППС	35	62	66	55
Удельный вес (%) АКШ в условиях работающего сердца	31,4	27,4	25,8	9,9

Источник: Данные из Годовых отчетов о деятельности отделения ХППС НИИХСТО за 2014-2016 годы и I полугодие 2017 г.

- **НИИХСТО** ищет возможность внедрить эндоваскулярный метод кардиохирургического лечения и на детей. (На сегодняшний момент в НИИХСТО проводятся все виды операций на сердце у детей, за исключением операции Нормут. Однако все они проводятся на открытом сердце. В таблице 8 приведены данные по внедрению новых для НИИХСТО операций, проводимые за последние 5 лет отделением ХВПС).

Таблица 8

Сравнительный отчет по внедрению новых операций в отделении ХВПС за 2012-2016 годы

Виды операций	Годы				
	2012	2013	2014	2015	2016
Анатомическая коррекция транспозиции магистральных сосудов	2	3	4	2	2
Трансаннулярная пластика ЛА с наложением заплаты с моностворкой из глассоновой капсулы	7	9	13	11	10
Операция Мюллера	5	4	7	8	6
Применение 2-х заплатного метода пластики ДМЖП при высокой легочной гипертензии	3	5	7	6	4
Радикальная коррекция аномалии Эбштейна по Карпантье	1	2	1	3	2

Источник: Данные из Годовых отчетов о деятельности отделения ХВПС НИИХСТО за 2012-2016 годы.

Наряду с практической медицинской деятельностью НИИХСТО выполняет научно-исследовательскую деятельность в области кардиохирургии. Особое внимание уделяется задачам, связанным с разработкой и внедрением новых, высокоэффективных и высокотехнологичных, в том числе немедикаментозных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных по профилю НИИХСТО.

4.2.3. Отсутствие методологии планирования и оценки НИД влияет на количество и качество определения задач на долгосрочную перспективу

В системе здравоохранения КР в целом, и в системе научно-исследовательских институтов в частности, отсутствует разработанная методология (положение, инструкция и т.д.) планирования и оценки научно-исследовательской деятельности, позволяющая оптимизировать процесс, с учетом имеющихся ресурсов, и оказать результативное влияние на объем и качество выполнения своих полномочий. МЗ, курирующее данное направление деятельности и определяющее развитие политики отрасли, оставило данный вопрос без должного внимания. Методология должна быть ориентиром в определении целей, задач и принципов планирования научно-исследовательской деятельности, определении требований к форме, структуре и содержанию плана научно-исследовательской деятельности, содержать действенные критерии результативности и оценки деятельности научных специалистов. Как следствие, Ученым советом и администрацией института не разрабатываются и не рассматриваются долгосрочные, стратегические планы деятельности, определяющие

основные приоритеты НИД НИИХСТО, а только планы научно - исследовательских работ на краткосрочную перспективу (1-2 года).

4.2.4. Потенциал научных сотрудников НИИХСТО соответствуют лучшим практикам

Для реализации задач по НИД Институт располагает необходимым штатным расписанием. В различные периоды от 40% до 60% от общей штатной численности специалистов НИИХСТО занимались научной работой. Удельный вес научных сотрудников НИИХСТО за последние 5,5 лет, имеющих ученую степень, колебался в диапазоне от 60 % до 87,5%, и, хотя в республике не установлены нормативы по количественным и качественным показателям штатной структуры для научно-исследовательских организаций, он соответствует лучшим практикам. К примеру, в Российской Федерации он должен составлять не менее 60%, из которых не менее 40% должна быть доля специалистов с возрастом до 40 лет, имеющих ученую степень.

Ядро оперирующих хирургов института составляют научные сотрудники, совмещающие свою основную работу с хирургической деятельностью. Многие операции, особенно на открытом сердце, проводились впервые в истории кардиохирургии республики и впервые, их число превысило 400 операций в год, что по сравнению с 2011 годом в два раза больше. Это является положительным фактором, поскольку основным предназначением института является проведение операций на открытом сердце с/без применения искусственного кровообращения. Проводимые НИР имеют прикладной характер и востребованы не только в кардиохирургии республики, но и за рубежом.

Учитывая, что средства, выделяемые из бюджета на развитие научно-исследовательских работ НИИХСТО позволяют обеспечить очень низкий уровень доходов научных сотрудников и их основной заработок складывается из активности по клинической, а не научной деятельности, можно считать, что развитие научной деятельности держится на энтузиазме специалистов, стремящихся к профессиональному росту и болеющих за результаты работы своей организации.

4.2.5. Финансирование научно-исследовательской деятельности НИИХСТО слабое

Государственное финансирование научной деятельности осуществлялось из средств республиканского бюджета через Министерство образования и науки КР по результатам отбора представленных НИИХСТО проектов на конкурсной основе в соответствии с нормативными правовыми актами, утвержденными Правительством Кыргызской Республики.

Объем финансирования научно-технических работ института, в анализируемом пятилетнем периоде, производился в пределах 2 млн. сомов. Почти 99,9 % этих средств используются на выплаты по заработной плате и платежам в Социальный фонд научным сотрудникам НИИХСТО. Поэтому техническое, информационное и другое обеспечение научно-исследовательских работ осуществлялось только благодаря поиску и использованию внебюджетных средств. Постоянная необходимость поиска дополнительных ресурсов, спонсоров и доноров, отвлекает от научной деятельности НИИХСТО и не способствует более быстрому и качественному достижению поставленных целей. С учетом того, что часто спонсорами и донорами выступают фармацевтические компании и поставщики медицинского оборудования и инвентаря, подобная сложившаяся вынужденная практика работы может провоцировать развитие коррупционных схем и привести к проблемам в развитии кардиохирургии республики. В подобной ситуации высоки риски замены научных медицинских нормативов и стандартов лечения на бизнес рекомендации спонсоров и доноров сферы здравоохранения. Поэтому вопросу бюджетного финансирования материально-технического и информационного обеспечения развития научного потенциала

НИИХСТО следует уделить серьезное внимание.

Аудит отмечает, что 16 июня 2017 года принята новая редакция Закона Кыргызской Республики «О науке и об основах государственной научно-технической политики». Так, статья 27 определяет новую процедуру финансирования научной и научно-технической деятельности, устанавливая норматив в размере до 1 процента от объема годовых расходов республиканского бюджета в качестве источника. Следует закрепить данную положительную тенденцию и в ее развитие предусмотреть в подзаконных нормативных правовых актах, в виде новой редакции Положения «О порядке финансирования научной, научно-технической и инновационной деятельности за счет средств республиканского бюджета», чтобы из средств, предусмотренных для финансирования утвержденных научно-технических программ, до 30%, а возможно и до 50% сметы расходов выделялось Министерством финансов КР на проведение научно-исследовательских работ, а не заработную плату научных сотрудников и социальные платежи.

4.2.6. Контроль за ходом выполнения задач по НИД, эффективный

Контроль за ходом выполнения договорных программ осуществляется руководством НИИХСТО и его Ученым советом на постоянной основе, о чем свидетельствуют протокола заседаний Ученого совета (*анализ хода выполнения задач, выводы и рекомендации корректирующего характера и др.*). О состоянии выполнения работ по программам, НИИХСТО сообщает в МОН, два раза в год. Хотя замечаний к их реализации, со стороны государства, за анализируемый период не поступало, руководство НИИХСТО считает, что оценивать НИД только по количеству публикаций не достаточно и не объективно. Необходимо применять при оценке НИД и качественные показатели, как например актуальность публикаций, их востребованность и цитируемость. Научные исследования НИИХСТО являются комплексными, системными и результативными, и большинство из них было внедрено в клиническую практику работы кардиохирургов. Около 40 % исследований востребованы за пределами республики.

4.2.7. Показатели по научно-исследовательской деятельности НИИХСТО заслуживают положительной оценки

В качестве оптимального показателя научной деятельности для отделений ведущих научную работу, руководством НИИХСТО установлен норматив не менее двух публикаций в год от каждого отделения. Фактическое количество публикаций НИИХСТО имеет положительный рост и значительно превышает этот уровень, о чем свидетельствуют данные приведенные в Таблице 9.

Таблица 9

Опубликованные и внедренные в практику результаты проведенных научных исследований сотрудниками НИИХСТО за последние 5,5 лет

годы	монографий	статей	тезисов	Внедрений	всего	уд. вес на науч. сотрудника
2012	1	28	2	1	32	1,78
2013		32	1	5	37	2,18
2014		15	1	6	22	1,69
2015		25	1	1	27	1,69
2016	1	36		7	44	2,93
2017 (I пол-дие)		5			5	

***Источник:** Систематизированные данные аудиторской группы на базе данных из Годовых отчетов НИИХСТО по науке за 2012-2016 годы и I полугодие 2017 г.*

В последние годы требования к качеству и содержательной части публикаций, подготавливаемых специалистами, претендующими на получение ученых степеней и званий, были серьезно усложнены. Они должны быть опубликованы в изданиях, имеющих широкое распространение и большие тиражи. Учитывая, что в республике таких изданий практически нет, необходима публикация в зарубежных средствах информации, которые до размещения на своих страницах подготовленных научных статей, требуют проведения профессиональной экспертизы данной работы на актуальность, новизну, отсутствие плагиата и т.д.. Экспертиза проводится на платной основе, однако средств на эти цели для НИИХСТО не выделяется, и его специалисты вынуждены привлекать средства спонсоров либо собственные. Предусмотренная республиканским законодательством норма²⁰ устанавливает, что в объемах финансирования государственных научно-технических программ и отдельных научно-технических проектов могут выделяться средства на проведение поисковых исследований, связанных с выполнением этой программы (до 10% выделенного объема финансирования) и на научно-организационное сопровождение программы (до 2%). Однако на практике это не находит свою реализацию.

Публикации НИР производятся в различных медицинских изданиях как республиканского, так и зарубежного уровня. В 2013 году редакция «Центрально-Азиатского журнала сердечно-сосудистой хирургии» базировалась в НИИХСТО. В первом полугодии 2017 года институт вновь возобновил, при поддержке спонсоров, выпуск журнала под названием «Сердце, сосуды и трансплантация» на английском языке, в состав редакционной коллегии которого вошли представители из Турции, Австралии, США, Испании, Казахстана и ряда др. стран.

4.2.8. Процесс планирования операций эффективный и прямо зависит от пропускной способности отделения АиР

Аудитом установлено что вопреки отсутствия описания одного из главных бизнес-процессов НИИХСТО – планирование и формирование графика операций, действует порядок недельного планирования. Так как, НИИХСТО имеет лимитированное количество реанимационных коек, из которых всегда оставляется резерв для экстренных пациентов, основной координатор и составитель недельного графика операций является заведующий Отделения АиР.

Пропускная способность отделения АиР увеличилась из-за переданных дополнительных 3 резервных коек из Отделения рентгенхирургии, а также за счет выделения дополнительных ставок (как сестринских, так и врачебных). Как видно из Таблицы 10 за 7 месяцев 2017 г., общее количество пациентов, прошедших через реанимацию уже превысило соответствующий годовой показатель за 2012 год.

²⁰ Постановление Правительства Кыргызской Республики от 6 августа 1999 года N 429, в редакции постановлений Правительства КР от 20 августа 2001 года N 466, 23 августа 2011 года N 479, Положение «О порядке финансирования научной, научно-технической и инновационной деятельности за счет средств республиканского бюджета».

Таблица 10

Показатели	2012	2015	2016	2017 (7 месяцев)
1. Общее количество вмешательств, в т. ч.:	591	644	814	629
1.1. С искусственным кровообращением	355	443	499	288
1.2. Без искусственного кровообращения	236	201	315	341
2. Общее количество пациентов, прошедших через реанимацию, после вмешательств	490	596	677	495
3. Летальность в %	6,0%	5,4%	5,5%	2,2%
Отделение Анестезии и реанимации всегда резервирует место для пациентов с ОКС.				

Источник: Данные Годовых отчетов деятельности Отделения АиР за 2012, 2015-2016 гг. и 7 месяцев 2017 г.

Каждую субботу все заведующие клинических отделений предоставляют заведующему АиР графики операций на следующую неделю. Затем заведующий АиР, ориентируясь на загруженность отделения реанимации (по пациентам и их фактическому состоянию, по оборудованию), составляет график операций на неделю, учитывая очередность, сложность операции, наличие соответствующей группы крови. Как правило планируются по 4 операции в день. Так как в Отделении ВПСсГН постоянная очередность и многие пациенты имеют определенные льготы, в график включаются по две детских операции в день из числа пациентов этого отделения. Остальные две операции планируются для проведения взрослым пациентам, с приобретенными пороками: по одному пациенту с Отделения ППС и Отделения ТОиХСН. Если есть нестабильный пациент (нестабильная стенокардия, отрыв клапана и т.д.) эти пациенты идут вне очереди по жизненным показаниям. Затем недельный график запланированных операций согласовывается с заместителем директора по лечебной работе, подписывается им и передается всем отделениям НИИХСТО для исполнения.

4.2.9. НИИХСТО испытывает трудности в решении проблем безопасности пациентов и их послеоперационное восстановление

Послеоперационное лечение и уход в реанимационном отделении имеет огромное влияние и значение в восстановлении пациента после хирургического вмешательства. Поэтому от уровня технического оснащения реанимационных отделений, наличия необходимых лекарств, от степени подготовки врачей, медицинских сестер и прочего обслуживающего персонала зависит результат хирургического вмешательства, дальнейшее качество жизни пациента, а иногда и сама жизнь пациента. Ниже приведены реальные фото из реанимационного отделения больницы при Женевском университете, которая оснащена согласно требованиям Европейских стандартов.



Для сравнения и проникновения в остроту проблемы оснащения реанимационного отделения НИИХСТО, приводим несколько фотографий сделанных в отделении, 09.08.2017 года, во время аудита.



Отсутствие климат-контроля в НИИХСТО имеет прямое влияние на высокий уровень материализации риска приобретения внутрибольничной инфекции. Большой процент успешно прооперированных пациентов, по причине отсутствия климат-контроля и недостающего надлежащего ухода из-за отсутствия персонала и/или жизненно-важного аппарата в отделении АиР, подвергаются опасности в результате приобретения разных инфекций или неполучения своевременной и адекватной помощи, в силу отсутствия важных медицинских аппаратов и должного количества обученного персонала.

4.2.10. Необходимы значительные изменения для существенного улучшения адекватного лечения пациентов НИИХСТО

Об адекватности оказанной медицинской помощи пациенту можно судить на основании оценки специалиста (*врача-эксперта или врача-коллеги-рецензента*), сформулированной в результате изучения правильности заполнения медицинской документации в отношении ведения пациента на протяжении всего периода госпитализации: полнота его подготовки к операции, описание операции и процесса реанимационного/послеоперационного лечения и ухода за пациентом, данные лечащем врачом рекомендации при выписке пациентов. Принимая во внимание эту аксиому, аудит передал 9 из 18 историй болезней (50% из общей выборки) врачу-эксперту, нанятому Счетной палатой для объективного анализа, исследования и оценки их заполнения, с медицинской точки зрения, в том числе и по аспектам адекватности оказания кардиохирургической помощи больным.

Заключения аудита основываются на оценке врача-эксперта, а также на выводах аудита в результате анализа и изучения 38 из 76 (50% от общего количества) представленных НИИХСТО протоколов и рецензий на летальные исходы за период 2014-2017 г. (полугодие).

Основные замечания по адекватности лечения пациентов НИИХСТО, с медицинской точки зрения сводятся к следующему:

- **Назначение антибиотиков** (цефтриаксон, метрид, и флуконазол, для профилактики грибковых инфекций, развивающихся на фоне приема антибиотиков) **в послеоперационном этапе реанимации и восстановления пациентов, без их обоснования в дневниках историй болезней.** (Аудит отмечает, что причиной этого является отсутствие климат-контроля, в результате чего происходит инфицирование пациентов бактериальными инфекциями, в частности, вызванными анаэробными микроорганизмами);
- **Допускается назначение лекарств без учета их доказательной базы, побочных эффектов** (мексидол, анальгин, полиоксидоний, бифидумбактерин, диклофенак и т.д.). Аудит обращает внимание что это проблема всего здравоохранения КР. Об этом свидетельствуют специалисты по доказательной медицине МЗ, которые отметили массовое неисполнение со стороны ОЗ приказа Минздрава КР от 1 февраля 2017 года № 79, в котором указано что «всем руководителям НИИ исключить использование ноотропных, гепатотропных, метаболических средств, иммуномодуляторов и других необоснованных лекарственных средств, не имеющих показаний, доказанной клинической эффективности и безопасности»;
- **Не проводится мониторинг водного баланса при назначении инфузионной терапии** после перевода пациента из отделения АиР в соответствующее хирургическое отделение;
- **Слабое оснащение Отделения АиР необходимым оборудованием и отсутствие современных стационарных ЭКС и аппарата гемодиализа, недостаточность персонала отрицательно влияет на результат лечения и жизни пациентов.** (Аудит отмечает что в 34% (13 из 38 изученных случаев летальных исходов), рецензенты отметили в качестве главной причины повлиявшее на летальный исход непринятие возможных мер – из-за отсутствия стационарных ЭКС, аппарата гемодиализа и ненадлежащего ухода по причине нехватки персонала);
- **В рекомендациях при выписке не назначены статины, не даны четкие инструкции по гиполипидемической диете, по ограничению поваренной соли, при появлении ангиального дискомфорта. Не даны детальные инструкции по ежедневной физической активности и физическим нагрузкам.** Постгоспитальное ведение больных проводится семейными врачами, поэтому четкие рекомендации, указанные лечащими врачами в выписке из медицинской карты стационарного больного, позволили бы снизить частоту возможных осложнений и неблагоприятных исходов, а также финансовые затраты на лечение и реабилитацию, уменьшили бы частоту инвалидизации.

С целью совершенствования качества медицинских услуг НИИХСТО и проведения оценки его деятельности Бишкекским территориальным управлением Фонда ОМС проводится мониторинг договорного процесса исполнения договора, заключенного между НИИХСТО и Бишкекским территориальным управлением Фонда ОМС, на основе следующих целевых индикаторов: процент случаев необоснованной госпитализации, доля выявленных дефектов в обследовании и в лечении, процент операционной активности, процент послеоперационных осложнений, послеоперационная летальность. К 1 февраля 2018 года Минздравом КР совместно с ФОМС будут обобщены результаты пилотной апробации модели БГМС в специализированных организациях здравоохранения, в том числе и НИИХСТО.

4.2.11. Контроль за процессом ведения медицинской документации, ведению пациента и оказания им адекватного лечения требует улучшения

В целях определения ситуации в отношении существующего контроля в НИИХСТО за правильностью заполнения и ведения медицинской документации согласно требованиям НПА²¹, аудиторская группа выбрала случайным методом 18 историй болезней пациентов, прошедшие кардиохирургическое лечение после входа НИИХСТО в систему Единого плательщика в 3-х отделениях: Отделение хирургии приобретенных пороков сердца и коронарной хирургии, Отделение хирургии врожденных пороков сердца с группой хирургии новорожденных и Отделение трансплантации и хирургического лечения сердечной недостаточности. Данные истории были изучены на предмет соответствия их заполнения требованиям НПА, были проведены стыковочные проверки с кассовыми и другими документами в целях удостоверения правильности и полноты взимания сооплаты.

Несмотря на незначительный объем выборки первичных документов, в виде медицинских карт стационарного больного, в каждой карте имеются нарушения и ошибки в ее заполнении, что позволяет сделать вывод о несоблюдении Инструкции по ведению «Медицинской карты стационарного больного (форма 003/у)»²². Так:

- *не везде отражен тип госпитализации;*
- *по больному №1: в протоколе инвазивного обследования, неверно указаны дата и год рождения больного; отсутствует информация об оказании помощи при проведении операции за счет гуманитарных средств; имеется расхождение в записях по количеству установленных стентов;*
- *по больному №2 имеется расхождение по диагнозу с клинико- статистической формой; в медицинской карте отметки о проведенной операции в разделе 11 не имеется;*
- *ошибочно указываются коды, неправильно подсчитываются дни нахождения в стационаре;*
- *не учтены другие пороки больного;*
- *нет обоснования долгого нахождения пациента в стационаре до проведения операции (до 20 дней);*
- *квитанции об оплате медицинских услуг и препаратов имеют одинаковые номера и составляются в нарушении НПА;²³*
- *Существующая в НИИХСТО практика заполнения квитанций к приходным кассовым ордерам сложна, не дает ясности в оприходовании денежных средств, при том, что бухгалтерский учет ведется автоматизированным способом, с использованием программы 1С, позволяющей оперативно оформлять документы и получать информацию по ним в разрезе всех требуемых параметров: по отделениям, больным, видам операций и т.п..*

4.2.12. Процесс рассмотрения летальных случаев эффективен, однако его документирование необходимо улучшить

²¹ Приказы Минздрава Кыргызской Республики от 16 июня 2001г. № 213 и от 11 ноября 2008 года № 583.

²² Приказ Минздрава Кыргызской Республики от 16 июня 2001г. № 213.

²³ Приказов: Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 12 мая 2011 года N 218; Министерства финансов Кыргызской Республики от 30 декабря 2013 года № 221-П; Постановления Правления Национального банка Кыргызской Республики от 23 июля 1994 года N 1/7.

Согласно НПА²⁴, все ЛПО обязаны проводить разбор случаев летального исхода, в целях (1) повышения качества лечебно-диагностического процесса на основе коллективного анализа наиболее актуальных наблюдений и проблем, (2) повышения квалификации врачей и патологоанатомических отделений путем совместного обсуждения и анализа клинических данных и результатов вскрытия трупов.

В ходе этих мероприятий, должны быть выявлены причины и источники ошибок диагностики и лечения больных на всех этапах медицинской помощи, а также своевременности госпитализации; выявление дефектов организационного характера и работы параклинических служб (рентгенологической, лабораторной, функциональной диагностики и т.д.).

В каждом клиническом отделении НИИХСТО имеется журнал разбора летальных случаев. Разбор летальных случаев производится в присутствии всех участников операции, рецензента и свободных врачей. Были изучены записи из Журнала клинических разборов летальных случаев Отделения ХППС и КХ и Журнала клинических патологоанатомических конференции. В результате, были выбраны 38 из 76 представленных протоколов и рецензий, что составляет 50% от общего количества, данные которых были систематизированы и проанализированы. В этой связи аудит отмечает следующее:

- *Записи о клинических разборах ведутся в приспособленных журналах для количественного учета лекарственных средств и других ИМН от руки. Текст трудно читается. К каждому протоколу приклеены распечатанные тексты посмертных эпикризов и Рецензий. Факт нестыковки даты смерти из рецензий и посмертных эпикризов с порядковым номером протокола, указывает на слабый контроль за своевременным и качественным заполнением Журнала, затягивание с составлением рецензий.*
- *В 22 случаях из 42 отсутствуют распечатанные рецензии, то есть имеются только мануальные записи в Журнале, которые сложно читать. По 4-м клиническим разборам нет мануальных записей в Журнале, а также отсутствует в распечатанном виде рецензия.*
- *В основном все рецензенты придерживаются общего шаблона структуры документа. (ФИО пациента, номер истории болезни, дата поступления на хирургическое лечение, качество ведения медицинской документации, анализ ведения пациента, причина смерти, выводы). Однако, некоторые рецензенты описывают детально и обоснованно все их констатации, делая уместные выводы и предлагая конкретные действия для уменьшения или устранения рисков в будущем.*

Судя по замечаниям к ведению медицинской документации и качеству ведения пациента по диагностике и лечению можно сделать вывод, что в основном рецензенты бывают беспристрастны в своих действиях и их выводы объективны. В результате изучения и анализа по существу 38 рецензий, установлено следующее:

- *Только 9 из 38 историй болезней умерших пациентов велись согласно требованиям, а остальные 29, или 76% от общего количества изученных историй болезней – велись с замечаниями. Причем замечания по 10 из 29 историй болезни носят серьезный характер.*
- *Во всех 38 случаях, операции были показаны. Однако в одном случае, ставится под сомнением выбор времени проведения операции, в связи с формированием у больного, аневризмы, а в двух других отмечается недостаточное обследование пациентов до хирургического вмешательства и назначения адекватного лечения в связи с серьезными сопутствующими диагнозами.*
- *Рецензенты, в 30 из 38 случаях, с большой долей вероятности указали на установленные причины летальности, а в 8 случаях, были сдержаны в указании*

²⁴ Приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 28 октября 2014 года № 593 О совершенствовании патологоанатомической службы в Кыргызской Республике.

причин. Основные причины смерти названы «Острое повреждение почек. Острая почечная недостаточность. Гиперкалиемия; Послеоперационное кровотечение и прогрессирующая сердечная недостаточность и др.». Только в одном из 38 случаев, сделан вывод что «Смерть могла быть предотвратима». Причина смерти состоит в неадекватной интенсивной, реанимационной терапии.

- В связи с тем, что родственники умерших пациентов почти всегда отказывают от вскрытия по религиозным соображениям, нет возможности оценить и сравнить совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов.
- Некоторые рецензенты предлагают настаивать на вскрытие в целях установления настоящих доказанных причин смерти.
- К правильности проведения операций у рецензентов почти нет замечаний, однако они есть в 16 из 38 случаях к послеоперационному ведению пациентов в отделении АиР и хирургических отделениях.

Все 38 сделанные рецензентами выводы логически привязаны к их замечаниям. В 32 рецензиях есть предложения по улучшению процесса своевременного и адекватного хирургического лечения пациентов (12 предложений по своевременному лечению и 33 по адекватному лечению). Всего лишь 6 рецензентов не сформулировали конкретные предложения, которые смогли привести к повышению качества кардиохирургических услуг и снижению уровня летальности в НИИХСТО. Отмечается 2 случая указания необходимости усиления контроля над заполнением и ведением медицинской документации, над преемственностью и слаженностью операционных бригад, а также применение мер и наказаний за некачественную и необоснованную работу медицинских сотрудников.

4.3. Обеспечен ли НИИХСТО ресурсами и эффективно ли ими управляет?

Для организации нормального процесса оказания бесперебойной, своевременной и адекватной кардиохирургической высокотехнологичной помощи нуждающимся пациентам, необходимо иметь:

- Помещение (корпус, с операционными блоками и другими вспомогательными службами)
- Медицинское оборудование, инструменты и другие ИМН
- Медицинский и прочий персонал
- Финансовые средства

Все эти ресурсы, должны соответствовать требованиям стандартов, так как их фактическое состояние, прямо влияет на количество и качество оказанных кардиохирургических услуг.

4.3.1. НИИСТО функционирует при наличии устаревшего медицинского оборудования

НИИХСТО расположен в здании, которое не подвергалось капитальному ремонту с момента сдачи его в эксплуатацию (1985 г.). Оно требует ремонта с полной реконструкцией операционного блока находящегося на 5 этаже здания. За последние 5 лет НИИХСТО провел, за счет специальных средств организации, текущий ремонт операционного блока и реанимации, а также дооперационных и после операционных палат для больных в размере 0,9 млн. сомов и капитальный ремонт (замена канализационной системы здания, установка пластиковых перегородок в отделениях операционного блока и реанимации) – в сумме 4,9 млн. сомов. В связи с увеличением количества производимых операций и использованием дополнительного оборудования требуется модернизация системы электроснабжения и

аварийного электроснабжения. Отсутствие системы климат-контроля отрицательно сказывается на постоперационном восстановлении пациентов.

Более половины медицинской аппаратуры и оборудования НИИХСТО старого выпуска, отработавшие все свои эксплуатационные сроки и ресурсы, часто выходят из строя. В этих случаях, НИИХСТО привлекает специалистов со стороны для проведения текущего ремонта за счет средств специального счета. Должность инженера по медицинской технике вакантная, так как из-за небольшой зарплаты, нет желающих устроиться на работу. В результате НИИХСТО тратит существенные средства на ремонт часто ломающегося медицинского оборудования. За последние 5 лет на ремонт оборудования и инвентаря было израсходовано 1,5 млн. сомов, из которых 98% составили средства специального счета.

Данные проблемы подтверждаются опросом врачей. Так, 62% (18 из 29 респондентов) ответили, что столкнулись с проблемами при использовании медицинского оборудования, основной причиной обозначив – устаревшее оборудование.

Согласно данным ВОЗ, как минимум, 50% медицинского оборудования в развивающихся странах непригодно для использования или используется только частично. Кыргызстан не является исключением в этом плане. Особенно остро стоит вопрос с оснащением операционных блоков НИИХСТО. Для иллюстрирования этой проблемы, аудитом были сфотографированы операционные блоки НИИХСТО, часть их которых приложены ниже.



Операционный блок № 1. Пациент У, 1950 года рождения с диагнозом: Коронарная болезнь сердца. Нестабильная стенокардия прогрессирующее течение. Операция: Аортокоронарное и маммарно – коронарное шунтирование в условиях искусственного кровообращения. Оперирующий хирург: Абдылдаев И.З. ассистент – Джундубаев М.К. Анестезиолог – Абдыкалыков А.К. Перфузиолог – Зайнидинова Ж.М. Момент проведения операции.



Операционный блок № 2. Пациент, Х, 1974 года рождения с диагнозом: Врожденный порок сердца. Дефект межпредсердной перегородки. Высокая легочная гипертензия. Операция: Пластика ДМПП в условиях искусственного кровообращения. Опирующийся хирург – Раяпов Н.О., ассистент Турусбеков У.Э., анестезиолог Садабев Р.А., перфузиолог – Ташмаматов А.Ж.

В целях сравнительного анализа, понимания остроты данной проблемы и ее доведения до сведения всех ответственных лиц с правом принятия решений, ниже приведена фото современного кардиохирургического операционного блока региональной кардиохирургической больницы в г. Тараз, который соответствует требованиям высших стандартов.



А также фото операционных отделений «Национального медицинского исследовательского центра сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» г. Москва



По итогам опроса врачей необходимость замены устаревшей медицинской аппаратуры и оборудования отметили 86,2% (25 из 29 респондентов). Также были отмечены комментарии в отношении качества освещения в операционных блоках, отсутствия климат-контроля, не доукомплектования наркозно-дыхательного аппарата, острой потребности в контрапульсе и внутрисосудистом УЗ аппарате. В отделениях нет современных ЭКГ аппаратов, необходимы новые и качественные инструменты. Хирургические наборы инструментов еще с 1989 года. Отсутствуют много необходимых одноразовых медицинских изделий.

4.3.2. Инвентаризация оборудования проводится, но его реальное техническое состояние не отражено

Несмотря на то, что Положение об инвентаризации предусматривает, что основной задачей инвентаризации является установление реального состояния имущества предприятия, комиссии по годовым инвентаризациям НИИХСТО не установили реальное техническое состояние оборудования, а только проинспектировали и отметили фактическое наличие оборудования.

Аудитом была проинспектирована выборка в 226 единиц медицинского оборудования из всего медицинского оборудования на общую сумму 144,2 млн. сомов и установлено следующее:

- Около 70% проинспектированного оборудования (158 единиц) полностью изношено, однако большая ее часть продолжает эксплуатироваться (*не в полную мощность*) из-за неимения финансовых возможностей приобрести новое оборудование. Около 80% этого оборудования расположено в операционных блоках и Отделении АиР.
- Износ остальной части в 30% от проинспектированного медицинского оборудования (68 единиц) варьирует от 20% до 50 %.

Руководству и персоналу НИИХСТО известны проблемы, связанные с оснащением и состоянием медицинского оборудования, но нет конкретного плана по первостепенной замене устаревшего медицинского оборудования. Одна из причин его отсутствия связана с не установлением реального технического состояния оборудования при проведении годовой инвентаризации. Также, отрицательно сказывается и отсутствие специалиста (инженера), который внес бы профессиональный вклад в процесс технической оценки состояния медицинского оборудования.

Аудитом установлено, что сайте ДЛЮиМО размещена информационная программа «Система учета медицинской техники посредством сети Интернет», которая была разработана как инструмент для принятия управленческих решений по оптимальному оснащению организаций здравоохранения. Все ОЗ обязаны поддерживать актуальность данных в отношении учета медицинской техники, используя данную программу. Аудитом был изучен интерфейс системы. Реестр учета содержит полезный перечень показателей, характеризующий состояние медицинской техники и других принадлежностей, таких как: инвентарный номер; наименование оборудования; фирма и страна изготовитель; год выпуска; серийный номер; состояние; цена и место расположения в организации здравоохранения.

На момент аудита страничка НИИХСТО не актуализирована. Ответственность за информацию о состоянии медицинского оборудования и ввода данных в информационную программу возложена на главную медицинскую медсестру НИИХСТО, однако эта ответственность не предусмотрена в ее должностной инструкции. Данная программа может послужит хорошей платформой для решения проблемы с оценкой реального технического состояния медицинского оборудования, которая станет базой для адекватного планирования потребностей НИИХСТО и установления первостепенности замены устаревшего и неработающего оборудования.

НИИХСТО обеспечен трудовыми ресурсами, однако риски потери профессиональных медицинских кадров, велики.

4.3.3. Общая информация по трудовым ресурсам НИИХСТО

Доступ населения к услугам здравоохранения может осуществляться только через медицинский персонал. Человеческие ресурсы в системе здравоохранения являются основным компонентом в продвижении и внедрении стратегий развития здравоохранения, а результативность системы здравоохранения напрямую зависит от эффективности медицинских кадров.

Деятельность НИИХСТО за период 2012-2017 (полугодие) обеспечивалась неизменной штатной численностью в 159 единиц, из которых 37 ставок врачебных должностей, 70,50 ставки среднего медицинского персонала, 35,50 ставки младшего медицинского персонала, 16,00 ставок прочего персонала. Уровень обеспечения кадрами варьировал между 84,24% (2012 г.) и 90,56 (2016 г.), а количество работающих физических лиц - от 134 до 144 физических лиц. Общий коэффициент совмещения по институту составил 1,18 в 2012 году и имел тенденцию к снижению, доходя до уровня 0,9 – в 2016 году. Вакансий не было.

4.3.4. Возрастной состав медицинских работников НИИХСТО не вызывает опасение

С точки зрения перспектив развития НИИХСТО имеет значение анализ возрастного состава медицинских работников (врачи и медсестры), который был проведен аудитом. Данные Таблицы 11 указывают на положительные изменения возрастного состава медицинского персонала. В течение периода 2012-2016 годы прослеживается тенденция омоложения персонала. Удельный вес врачей в возрасте до 30 лет, в первые три года, возрос с 33,3% в общей численности до 37,5%, затем зарегистрирован легкий спад до 31,3% в 2015 году и 29,0% в 2016 году, в связи с переходом 2-3 врачей в следующую возрастную группу.

Таблица 11

Годы	Персонал	Состав по возрасту								Всего:
		До 30 лет		30-50 лет		50-60 лет		Свыше 60 лет		
		Абс. знач.	Уд. вес %	Абс. знач	Уд. вес %	Абс. знач.	Уд. вес %	Абс. знач.	Уд. вес %	
2012	Врачи	10	33,3	14	46,7	5	16,7	1	3,33	30
	Средний медперсонал	37	56,1	21	31,8	6	9,1	2	3,0	66
2013	Врачи	12	36,4	15	45,4	5	15,2	1	3,0	33
	Средний медперсонал	35	56,5	20	32,2	5	8,1	2	3,2	62
2014	Врачи	12	37,5	13	40,6	6	18,8	1	3,1	32
	Средний медперсонал	38	54,3	27	38,6	4	5,7	1	1,4	70
2015	Врачи	10	31,3	19	59,4	2	6,2	1	3,1	32
	Средний медперсонал	36	50,7	27	38,0	7	9,9	1	1,4	71
2016	Врачи	9	29,0	18	58,1	3	9,7	1	3,2	31
	Средний медперсонал	39	54,2	27	37,5	4	5,5	2	2,8	72

Источник: Данные из статистических годовых отчетов НИИХСТО, штатных расписаний и утвержденных структур за 2012-2017 годы, систематизированные аудитом.

Удельный вес среднего медперсонала в первые два года оставался на уровне чуть больше 56%, затем варьировал на уровне 54%. Тенденция омоложения медицинских кадров подтверждается и тем, что основное количество медицинских работников НИИХСТО на протяжении 5 лет имели возраст до 30 лет (49 % - в 2012 и 46% - в 2016), а удельный вес врачей и медсестер возрастной группы 50 - 60 лет снизился с 16,7% до 9,7% и с 9,1% до 5,5%, соответственно. За 5 лет сократилась доля специалистов в возрасте свыше 60 лет.

4.3.5. По вопросам повышению квалификации медицинского персонала, НИИХСТО предоставлен сам себе

Для усовершенствования своих навыков в медицинской сфере важно чтобы медицинский персонал постоянно повышал свою квалификацию. МЗ КР делегировал функции по переподготовке и повышению квалификации медицинского персонала Кыргызскому Государственному медицинскому институту переподготовки и повышения квалификации (далее – КГМИПиПК) и его Южному филиалу. Согласно утвержденному Положению²⁵ регламентировано, что медицинский персонал должен пройти курсы повышения квалификации, накапливая не менее 50 кредит-часов²⁶ в год и 250 кредитов за 5 лет, из них 70% кредит-часов необходимо набрать на базе КГМИПиПК в виде очного обучения и с помощью дистанционных технологий и телемедицины. Дополнительные кредиты (30%) можно получить за счет самостоятельной активности (*посещение конференций, семинаров, участия в аудите качества медицинской помощи, написания научных статей и рефератов*) и образовательной активности на рабочих местах.

Предпринимаемые действия со стороны руководства и персонала НИИХСТО покрывают лишь часть обязательств по переподготовке и повышению квалификации врачей и медицинских сестер. Перечень профилей и дисциплин, по которым может проводится переподготовка и усовершенствование профессиональных знаний и навыков медицинских специалистов с высшим образованием включает и «Хирургический и Педиатрический профиль (хирургический раздел)», но программа обучения включает лишь малую часть, относящейся к деятельности НИИХСТО (сердечно-сосудистая хирургия). Отдельных курсов по кардиохирургии (операции на открытом сердце с ИК) нет, также как нет преподавателей и специалистов – для проведения обучения в соответствии с развитием этой отрасли медицины. Ситуация усугубляется еще и тем, что профессиональная Ассоциация кардиохирургов, на данный момент не функционирует.

4.3.6. Процедура аттестации и защиты диссертаций - недействительна

Из-за появившегося недопонимания внутри Ассоциации сосудистых хирургов (далее - АСС) и слабого взаимодействия между профильными ОЗ, АСС и МЗ, процедура аттестации кардиохирургов недействительна.

Аудиторская группа провела исследование в ИНТЕРНЕТЕ, однако сайт, ранее созданной в Кыргызстане Ассоциации сердечно - сосудистых хирургов КР им. А.Н.Ахунбаева, которая, до недавнего времени пыталась обозначить проблемы в сосудистой и кардиохирургии и предложить пути их решения, недоступен. В результате опроса специалистов НИИХСТО и НГ получена следующая информация. На момент проведения аудита, Ассоциация имеет 2-х Председателей, один бывший директор НИИХСТО, другой Председатель – сосудистый хирург, выбранный сосудистыми хирургами

²⁵ Положение о дополнительном (повышение квалификации, переподготовка) профессиональном образовании медицинских, фармацевтических работников и других специалистов системы здравоохранения в Кыргызском государственном медицинском институте переподготовки и повышения квалификации, 2015 год.

²⁶ **Кредит-часы** – единицы измерения суммарного объема повышения квалификации в формате часов (эквиваленте академических часов очного обучения 1 час = 1 кредит-час) с целью учета этого объема повышения квалификации работника при его аттестации.

в отсутствии первого. Противостояние между 2-мя председателями отрицательно сказывается на нормальном ходе прохождения защиты диссертаций, аттестации кардиохирургов, разработки стандартов и клинических протоколов по кардиохирургии. События последнего времени доказывают непрозрачность и не результативность деятельности Ассоциации. Оба Председателя Ассоциации хотят проводить аттестацию кардиохирургов в целях оценки профессионализма и их категоризации. Однако нет ясности как будет проводиться данный процесс.

Такой важный процесс как аттестация, должен быть прозрачным, ясным, с четким разработанным механизмом. Каждый молодой хирург должен знать его перспективы профессионального развития. Период становления действующего кардиохирурга превышает в несколько раз период становления хирурга в других областях. В этих целях и Ассоциация и МЗ должны быть заинтересованы в разработке рекомендованных правил для профессионального развития кардиохирургов. Все желающие проходить аттестацию должны заранее ознакомиться с механизмом этой процедуры, с перечнем вопросов, системой оценки результатов тестирования и др. деталями. В отсутствии таких четких критериев, процесс профессионального развития кардиохирурга остается зыбким. Риски принятия субъективных решений со стороны Ассоциации (при аттестации) и со стороны руководства, при решении вопроса о допуске молодых кардиохирургов к операциям, остаются высокими.

Это отрицательно сказывается на процесс своевременного тестирования, получения и подтверждения категорий врачей, а также защиты диссертаций, что в итоге отражается на уровне заработной платы. На момент аудита это проблема остро стоит как в НИИХСТО, так и в других профильных ОЗ (например, в НГ). В этих ОЗ работают врачи которым уже по 40 лет, а они, при полной готовности к подтверждению категории и защиты диссертаций, лишены этой возможности. Данные Таблицы 12 подтверждают эти проблемы. Так, из общего количества 35-ти врачей, работающих на момент аудита в НИИХСТО, только 12 из них (34%) имеют категорию.

Таблица 12

Качественная характеристика врачей и среднего медицинского персонала работающих в НИИХСТО за последние 1,5 года

№ п/п	Специалисты	Годы	Всего	Д.м.н	К.м.н	Категории		
						высшая	I –ая	II-ая
1.	Врачи	2016	31	3	7	6	5	-
		2017	35	4	7	7	5	-
2.	Медицинские сестры	2016	72	-	-	18	11	2
		2017	61	-	-	14	9	2
<u>Награды/грамоты/значки:</u>								
Медаль «Данк» - 1								
Заслуженный Врач КР – 2								
Почетная Грамота Правительства КР – 2								
Отличники здравоохранения КР - 22								

4.3.7. Руководство НИИХСТО нацелено на внедрение элементов финансового управления и контроля

Функции, полномочия и обязанности

За период 2016 года и 1-ый квартал 2017 года, были разработаны и утверждены паспорта структурных подразделений НИИХСТО, которые содержат информацию о задачах и функциях структурных подразделений, о правах и обязанностях, а также об организации работы структурных подразделений. К данным паспортам прикреплены должностные инструкции, которые включают основные задачи, полномочия и ответственность каждого

сотрудника, начиная с заведующего отделением и завершая прочим и/или младшим медицинским персоналом. Установлено что паспорта об организации деятельности и должностные инструкции, доведены до сведения сотрудников соответствующих подразделений.

Должностные инструкции содержат основные требования к профессиональным знаниям и компетентности для каждой должности.

Приверженность к компетенции

Вопреки отсутствия письменных политик и процедур по оценке потребности в подготовке и профессиональном развитии медицинских кадров, фактическому и непрерывному процессу подготовки сотрудников, а также лимитированного финансирования командировочных расходов и расходов на обучение персонала, руководство и персонал НИИХСТО предпринимают посильные им действия. Врачи и средний медицинский персонал поддерживают свои профессионализм благодаря редким возможностям участия в стажировках и в конференциях, симпозиумах и мастер классах, при условии что найдутся альтернативные источники покрытия расходов. Данные Таблицы 13 иллюстрируют эту ситуацию за 2016 год.

Таблица 13

Сотрудники НИИХСТО и их кол-во	Наименование мероприятия:	Возмещение расходов за счет:				
		сотрудника	НИИХСТО- дорога	спонсоров	приглашаю- щей стороны	бесплатно
Врачи – 8 человек	Стажировки за границей	2	6			
Врачи – 21 человек	Международные съезды, конференции, симпозиумы и мастер классы	7		8	6	
Медсестры – 20 человек	Специализация в Бишкеке					20
ВСЕГО: 49 человек		9	6	8	6	20

Источник: Данные из годового отчета о деятельности НИИХСТО за 2016 год.

Руководство НИИХСТО в поисках решения данной проблемы, частично возмещает расходы за счет НИИХСТО (как правило расходы на дорогу) или ищет спонсоров, готовых оплатить все расходы, связанные с подготовкой и участием врачей в конференциях, симпозиумах и мастер классах.

Руководство НИИХСТО признает, что последний вариант не совсем приемлем для организации, так как НИИХСТО попадает в зависимость перед спонсорами, которые могут в любое время требовать какую-либо выгоду или исключение из правил в их пользу или их интересах.

О проблеме ограниченных возможностей повышении профессионального уровня свидетельствуют и результаты опроса врачей.²⁷ На 14-ый вопрос относительно как часто проходят курсы специализации, усовершенствования и обмена опытом в других странах для изучения практических медицинских навыков, 55% респондентов указали, что редко, 24% – никогда, 17% – что часто, а 4% - не ответили на данный вопрос.

²⁷ Приложение 3. Результаты опроса врачей.

Вызывают тревогу и ответы врачей на 16-ый вопрос в отношении оценки существующей возможности НИИХСТО, а также их личной инициативы по постоянному изучению передового опыта в кардиохирургии. Почти половина опрошенных (14 из 29 врачей) считают что на сегодняшний день - это недостаточно, или не могут точно выразить свое мнение, что можно принять скорее всего как отрицательный ответ на данный вопрос. Около 90% из врачей (7 из 8), выразивших четкое «Нет» оставили свои комментарии следующего содержания:²⁸

- **«На государственном уровне должен решиться вопрос (длительной) подготовки кадров в ведущих кардиохирургических центрах стран СНГ и мира с одновременным решением вопроса обеспечения кардиохирургии современным медицинским оборудованием для создания условий специалистам, прошедшим подготовку. Без выполнения этих условий невозможно перейти на новый и более высокий уровень работы»**
- «Почаще проходить специализации в других клиниках, но в этом государство должно помочь. Не врачи должны искать спонсоров и оплачивать за свой счет специализации»
- «Надеемся только на лучшее»
- «После получения новых знаний и ознакомления с работой новейшего оборудования никак не можешь внедрить их в практику НИИХСТО, так как этого оборудования и соответствующих расходных материалов у нас нет. Считаю полезным устраивать мастер-классы в НИИХСТО с привлечением зарубежных специалистов, так как нет возможности финансировать наши поездки на обучение за рубежом»
- «Государство обязано всячески поддерживать медицину, в частности – кардиохирургию. Финансирование этой службы прямо пропорционально уровню и авторитету государства, т.е. судить о государстве можно по уровню кардиохирургической службы. Идея... без финансовой закладки сверху никогда не претвориться в жизнь...»
- «Необходимо оснащать НИИХСТО специальным оборудованием. Необходимо иметь возможность отправлять сотрудников на специализации, стажировки, обучения, мастер-классы и т.д.»

4.3.8. Политика в отношении молодых кардиохирургов ясна

Молодые кардиохирурги знают, что они обязаны делать в первый год работы, чему они должны обучиться на рабочем месте и к чему он может прийти через 2, 3 и более лет. Молодые кардиохирурги НИИХСТО понимают, что путь становления действующим хирургом – долгий и зависит от степени освоения и качественного проведения каждого этапа операции/манипуляции. Только после освоения всех этапов операции/манипуляции и получения хороших практических навыков, они получают разрешение на проведение операции самостоятельно.

Руководство НИИХСТО постоянно обращает внимание опытных кардиохирургов на то, что они «обязаны» вырастить новую плеяду высококвалифицированных кардиохирургов, в целях обеспечения преемственности и консолидации высокопрофессионального трудового потенциала НИИХСТО в целях обеспечения качественного, бесперебойного, адекватного и своевременного кардиохирургического лечения.

²⁸ Комментарии изложены в точной формулировке респондентов.

4.3.9. Финансирование НИИХСТО в условиях Системы единого плательщика

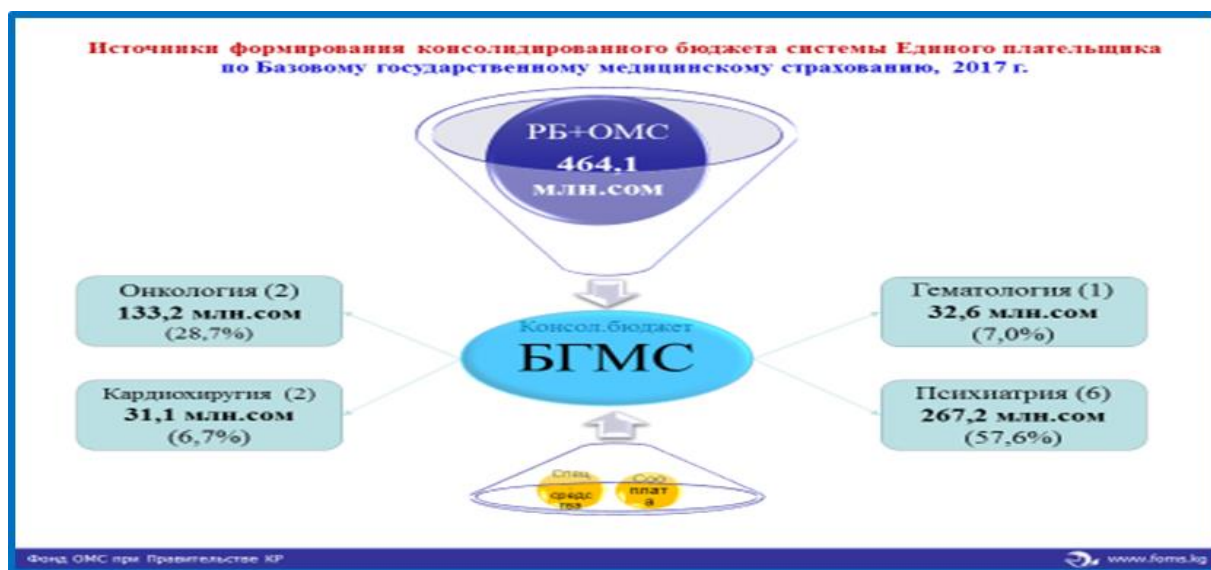
Общая информация

Правительство КР проводит реформы в здравоохранении. Начиная с 2010 года ведется работа по постепенному переводу ОЗ разного уровня на финансирование через консолидирующий бюджет в системе Единого Плательщика. По состоянию на 01.07.2017 г., в системе ЕП финансируются и функционируют **261** юридически самостоятельных организаций здравоохранения, из которых **11 специализированных организаций третичного** уровня на которых пилотируется БГМС. Все эти ОЗ заключили договора с ФОМС на предоставление конкретного количества услуг специализированной медицинской помощи. НИИХСТО является одной из 11-ти специализированных организаций третичного уровня и начиная с мая 2017 года работает в системе ЕП. Согласно Договору с ФОМС, за 2017 год НИИХСТО должен оказать кардиохирургических высокотехнологичных услуг 1016 пациентам, в том числе льготникам пользующимся бесплатным или частично оплачиваемым кардиохирургическим лечением.

Каковы источники формирования консолидирующего бюджета СЕП и доля каждой специализированной службы по БГМС (в том числе, доля НИИХСТО)?

В Диаграмме 6, схематически представлены источники формирования консолидирующего бюджета для специализированных ОЗ третичного уровня и объем бюджетов БГМС на 2017 год. Таким образом, из общей суммы в 464,1 млн. сомов (государственных средств республиканского бюджета и ОМС) на 2-х ОЗ кардиохирургического профиля (НИИХСТО и ЮРНЦССХ) было выделено 6,7%, или 31,1 млн. сомов, из которых 20,5 млн. сомов составляет доля НИИХСТО, (4,4% от общего бюджета БГМС).

Диаграмма 6



Источник: Данные ФОМС КР.

До перехода на финансирование по системе Единого плательщика через ФОМС (8 мая 2017) финансирование деятельности НИИХСТО осуществлялось за счет средств бюджета, поступающих от МЗ на цели лечения и от МОН на цели научной деятельности, средств специального счета, поступающих от оказания платных услуг и за счет гуманитарной помощи.

На 2017 год бюджет НИИХСТО был составлен следующим образом:

№	Наименование	Сумма, тыс. сом
1	Бюджет финансирование ч-з МЗ КР	17 385,0
2	Бюджет финансирование ч-з МО КР	1 900,0
3	Специальные средства	105 955,1
4	Фонд высоких технологий	9 800,0
Итого		135 040,1

Источник: Систематизированные аудитом данные из смет расходов НИИХСТО за 2017 г.

4.3.10. НИИХСТО испытывает трудности в достижении расчетных показателей консолидирующего бюджета

С переходом НИИХСТО в систему Единого плательщика, были пересмотрены сметы расходов и составлен консолидирующий бюджет НИИХСТО.

В начале перехода в систему Единого плательщика, оценочный консолидирующий бюджет НИИХСТО за 2017 год составил около **160,0 млн.сомов** с учетом ФВТ. Он складывается из средства БГМС (*республиканский бюджет + ОМС*) в размере 20,5 млн.сом, средств специального счета в сумме 101,1 млн.сомов, средств ФВТ – 9,8 млн.сом и средств сооплаты, которые на момент аудита (июль 2017 г.) оценивались в размере 30,0 млн.сом.

Источник: Расчетные данные НИИХСТО и ФОМС.

Оценочный консолидирующий бюджет НИИХСТО на 2017 год превышает в 1,9 раз фактические кассовые расходы общего бюджета за 2016 год (*160,0 млн.сом : 83,4 млн.сом = 1,9 раза*)., в том числе рост 40% по спецсчету в условиях нерешенных вопросов по доступу для пациентов и по управлению доходами и расходами с ФОМС-ом.

Необходимо отметить что фактическое поступление средств на счетах сооплаты и специальном счете, ниже расчетных оценок, а утвержденная формула определения сооплаты²⁹ для кардиохирургических услуг – **не срабатывает**. Согласно НПД, стационарная кардиохирургическая помощь предоставляется с условием внесения индивидуальной сооплаты, рассчитанной по формуле:

Сооплата = СТ-Ф (БГМС) – Ф (ФВТ), где

СТ – стоимость услуг по утвержденному прейскуранту цен

Ф (БГМС) – финансирование данного пролеченного случая из БГМС (исходя из КЗГ)

Ф (ФВТ) - финансирование данного пролеченного случая из средств ФВТ.

На самом деле, сооплата для кардиохирургических пациентов определяется как разница между стоимостью операции по прейскуранту и долей финансирования из БГМС. ФВТ не финансирует расходы, связанные со стоимостью операций. Из ФВТ предусмотрено приобретение дорогостоящих расходных материалов (*оксигенаторы, кардиостимуляторы, стенты*), которые не входят в стоимость операции по прейскуранту. К сентябрю 2017 года еще не было поставок из ФВТ. Эти дорогостоящие расходные материалы приобретаются пациентами, тем самым на пациентов ложатся дополнительные расходы, связанные с кардиохирургическим лечением. Стоимость приобретенных пациентами материалов вне НИИХСТО не попадает в учет и медицинскую статистику, а, следовательно, фактические

²⁹ Пункт 20, Порядка внесения сооплаты в ОЗ, предоставляющих специализированную медицинскую помощь (онкологическую, гематологическую и кардиохирургическую) в системе Единого плательщика, для кардиохирургии. Утвержден в конце июля 2017 г.

расходы на проведение кардиохирургических операций и оценка потребностей финансовых средств – занижены. Эти тонкости были упущены из виду при подготовке перевода НИИХСТО в систему Единого плательщика.

НИИХСТО испытывает финансовые трудности. Выраженные в начале аудита опасения в отношении выполнения расчетных показателей консолидирующего бюджета, фактически проявились на практике и уже, по состоянию на 31 августа 2017 года утвержденная смета расходов по источникам выглядела следующим образом:

№	Наименование	Сумма, тыс. сом	Примечание
1	Бюджет финансирование ч-з МЗ КР	20 548,2	Согласно договору между ТУ Фонда ОМС и НИИХСТО финансирование стационарной медицинской помощи рассчитан на 1016 пролеченных случаев в сумме 20548,2 тыс. сомов и по итогам года будет корректироваться в сторону увеличения или уменьшения.
2	Бюджет финансирование ч-з МО КР	1 900,0	Изменений не произошло.
3	Специальные средства	82 155,1	Смета уменьшена на сумму 23800,0 тыс. сомов. На 31 августа 2017 года фактическое поступление средств составило 37052,5 тыс. сомов. По прогнозам до конца года уточненная смета в сумме 82155,1 тыс. сомов не исполнима.
4	Сооплата пациентов	12 000,0	На 31 августа 2017 года фактическое исполнение за период май-август 2017 года составило 9925,8 тыс. сомов, с учетом что НИИХСТО работал не в полную мощность.
5	Фонд высоких технологий	9 800,0	Изменений не произошло.
Итого		126 403,3	

Источник: Систематизированные аудитом данные на основании данных бухгалтерского учета и отчетности НИИХСТО за 8 месяцев 2017 года.

Есть опасение что до конца года, сметы по специальному счету и счета сооплаты будут еще корректироваться в сторону уменьшения. В случае невыполнения доходной части ОМС, ФОМС-ом могут быть приостановлены возмещение расходов по пролеченным случаям незастрахованных пациентов, получивших кардиохирургическую медицинскую помощь.

Аудитом был проведен анализ кассовых доходов и фактических расходов НИИХСТО за 2016 год, в целях определения необходимого количества операций для покрытия постоянных и переменных расходов.

Средняя стоимость одной операции была использована как единица, потому что доходы и расходы на операцию являются самым существенным фактором экономической деятельности кардиохирургии. На операции уходит 80% и больше переменных расходов. Для данного анализа было принято, что все переменные расходы уходят на операцию.

Результаты и выводы: По итогам 2016 года, 47% из всех расходов НИИХСТО составляют постоянные расходы за 814 операции. Поддержка стационара в готовности требует не менее чем 40 млн. сомов на уровне расходов 2016 года. Данная сумма является минимальной без учета недостающего оборудования, ремонта, увеличения зарплаты. Для безубыточной работы в 2016 году было необходимо провести 861 операции в год при нынешнем уровне цен и соотношении по видам операций. Принимая во внимание темп роста за январь - июнь 2017 года, *(на который повлияла поддержка Корейского Фонда, который покрыл расходы на оперирование 20 детей)* НИИХСТО проведет около 1153 операций до конца 2017-го года.

Для покрытия постоянных и переменных расходов с учетом минимального выделения средств для приобретения оборудования и увеличения персональных расходов они должны получить 115 млн. сомов кассовых доходов в соотношении 70 - 80% сооплата пациентов и 20-30% ФОМС. После перехода на финансирование ФОМС, нет гарантии получения необходимых доходов и что данная сумма будет предоставлена. Для обеспечения финансирования НИИХСТО необходимо также включить в их бюджет средства, которые на них сейчас тратит Фонд высоких технологии и дать возможность руководству НИИХСТО управлять данными ресурсами.

4.3.11. Задержка с утверждением Положения о сооплате для кардиохирургической службы, имеет отрицательные последствия для НИИХСТО

НИИХСТО вошел в систему Единого плательщика в отсутствии утвержденного со стороны МЗ и ФОМС Положения по использованию средств счета сооплаты для специализированной кардиохирургической медицинской помощи³⁰. Полученные НИИХСТО устные разъяснения в отношении определения размера сооплаты и порядка ее использования особенно части оплаты труда, не были ясны как для финансово-экономической службы, так и для руководства.

До мая 2017 г., НИИХСТО покрывала расходы по оплате труда из остатка средств Специального счета, на который раньше поступали все средства за платные услуги КДО и Стационара. С переходом в СЕП, на этот счет поступает меньше средств, чем в предыдущие годы, так как вся доля сооплаты за медицинские услуги зачисляется на счет сооплаты, из которого, в отсутствие Положения, НИИХСТО не осуществлял расходы по оплате труда. Таким образом, заработная плата врачей и среднего медицинского персонала существенно снизилась за последние 2 месяца (июнь-июль 2017г.), так как не выплачивались дополнительные, законные надбавки.

Аудитом была проведена выборочная проверка в отношении начисленной заработной платы шести сотрудникам НИИХСТО, занимающим разные функции. Сравнительный анализ данных показал, что врач работающий на 1,0 ставку в АиР и на 0,25 ставки в

³⁰Порядок внесения сооплаты в ОЗ, предоставляющих специализированную медицинскую помощь (онкологическую, гематологическую и кардиохирургическую) в системе Единого плательщика; положение о сооплате для кардиохирургической специализированной медицинской помощи, утвержден совместным приказом МЗ и ФОМС, в конце июля 2017 года.

отделении ВПС после входа в систему ЕП потерял в зарплате около 35%, заведующий отделением, оперирующий кардиохирург (1,0 ставка) – более 45%, а санитарка (1,5 ставки) – около 30%.

Установлено, что с 1 июня – по 3 августа 2017 г., по причине сокращения заработной платы, подали заявления и уволились по собственному желанию 17 сотрудников НИИХСТО, из которых 10 сотрудников медицинского персонала (1 врач из АиР и 9 медицинских сестер и братьев, 7 из которых работали в АиР, а 2 – в операционном блоке). Остальные уволившиеся 7 сотрудников – это заведующий административно- хозяйственной частью, 1 охранник, 5 санитарок и буфетчица. Таким образом, такое важное отделение как АиР потеряло сразу весомое количество обученного медицинского персонала.

4.3.12. Риски, связанные со слабым взаимодействием и координацией мероприятий между МЗ, ФОМС и НИИХСТО, материализовались

Слабое взаимодействие и несвоевременная координация мероприятий между МЗ, ФОМС и НИИХСТО, направленные на определение перечня клинико-затратных групп (КЗГ), разработку методик формирования КЗГ для кардиохирургии, порядок планирования, исполнения бюджета, в том числе порядок взимания сооплаты и расходования средств отрицательно сказалась на деятельности НИИХСТО.

Наибольшее количество операции на сердце в КР выполняется НИИХСТО. Согласно официальным данным медицинской статистики КР, в 2016 году НИИХСТО выполнило 76% от общего количества проведенных на сердце операций по всей республике.³¹ НИИХСТО является основной, специализированной организацией здравоохранения, оказывающей кардиохирургические медицинские услуги детям, и единственной организацией в КР, оказывающей кардиохирургические услуги новорожденным детям. Это означает, что только в НИИХСТО работают квалифицированные кардиохирурги по узким направлениям, опыт и профессионализм которых необходимо использовать в обязательном порядке при разработке НПА, касающихся специализированной кардиохирургической помощи. Не вовлечение НИИХСТО в процесс разработки и обсуждения НПД приводит к возникновению следующих проблем, с прямым экономическим эффектом на консолидирующий бюджет НИИХСТО:

- ***Утвержденный Перечень клинико-затратных групп³² не содержит все виды операций и медицинских услуг, выполняемых НИИХСТО.*** Так, например, из общего количества 73 видов операций и манипуляций, выполняемых на момент аудита Отделением ТО и ХСН, 13% (10 видов) не находят отражение в Перечне КЗГ.
- По Отделениям ХППС и КХ и Рентгенохирургии из общего количества проводимых операций и манипуляций в 115, и, соответственно 44 видов, 19% (22 вида) по первому отделению и 30% (13 видов), по второму, не находят отражение в указанном документе.
- ***Некоторые присвоенные операциям и манипуляциям коэффициенты КЗГ не соответствуют степени их сложности. Менее сложным и менее опасным операциям утвержден наивысший коэффициент, а сложным и длительным по времени операциям, с участием несколько кардиохирургов присвоен более низкий коэффициент КЗГ.*** Например, операциям на сердце под кодами 36.01 и 37.89 и 39.29 присвоен наивысший КЗГ в размере 4,6114 для взрослых и 4,2249 для детей, а по такой сложной операции по трансплантации почки (код операции 35.51) – присвоены КЗГ в размере 2,0078 для взрослых и 1,3683 – для детей. Это означает, что НИИХСТО необходимо будет возмещать больше средств из БГМС за

³¹ Согласно структурированным, по запросу аудита, данным Республиканским медико-информационного центра Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.

³² Приказом МЗ от 5 июня 2015 г. № 300 и Приказом ФОМС от 4 июня 2015 г. № 130.

несложные и сравнительно недорогие операции, а сооплата пациентов получившие эти кардиохирургические услуги, в процентном отношении к общей стоимости операции, будет меньше чем у пациентов, которым было проведено сложные, длительные и дорогостоящие операции.

- ***Проводимые со стороны представителей ФОМС и МЗ совместные встречи с руководством и соответствующими специалистами НИИХСТО в целях ознакомления и подготовки сторон к переходу НИИХСТО на пилотную апробацию модели Базового государственного медицинского страхования оказались недостаточными.*** В ходе проведения аудита выявлено, что к моменту перевода НИИХСТО в систему Единого плательщика:
 - Перечень КЗГ не был доведен до НИИХСТО своевременно и в установленном порядке. Специалисты НИИХСТО узнали о существовании такого документа случайно, на одном совместном заседании, получив один экземпляр документа;
 - отсутствие Перечня КЗГ отрицательно повлияло на своевременную подготовку платформы для перехода к новой системе (*виды кардиохирургических операций и манипуляций не были привязаны к КЗГ и кодам операций Перечня КЗГ*); и, в этой связи,
 - сотрудники финансово-экономической службы испытывали сложности в понимании порядка деятельности НИИХСТО в условиях консолидирующего бюджета;
 - отсутствовала ясность в отношении формирования доходной части специального счета НИИХСТО, а также определении размера сооплаты по каждой кардиохирургической услуге;
 - не был утвержден порядок использования средств сооплаты, что затрудняло процесс эффективного управления финансовыми потоками и бесперебойного обеспечения расходными материалами для адекватного и своевременного оказания кардиохирургических услуг пациентам.

Следует отметить, что для других специализированных организаций здравоохранения КР (онкология, гематология), были определены³³ минимальные, средние и максимальные размеры сооплат по терапевтическому и хирургическому профилям в случае лечения пациентов в дневном или полном стационарах. В ходе аудита изучены данные об утвержденных размерах сооплаты для онкологии и гематологии, а также приведены расчетные размеры сооплаты для кардиохирургии, подготовленные экономической службой НИИХСТО спустя 2,5 месяца после перехода на новый метод деятельности в БГМС. Данные показывают на существенные разницы между уровнем сооплаты, которую пациент обязан внести для получения специализированной стационарной высокотехнологичной медицинской помощи. (*сооплата по кардиохирургии, в зависимости от вида кардиохирургической услуги, превышает размер сооплаты для хирургического лечения онкологических больных в 2,6, 4,4, 5,0 и даже в 9,1 раза*).

4.3.13. Основное бремя за кардиохирургическое лечение ложится на плечи пациентов

Ресурсы в здравоохранении – ограничены, а кардиохирургия — самая дорогая медицинская услуга. Специфика формирования себестоимости в кардиохирургии не была

³³ Распоряжением Правительства Кыргызской Республики от 17 марта 2016 года № 104-р.

достаточно изучена на этапе входа в систему Единого плательщика. Вопреки существующих полных и частичных льгот, чаще всего пациенты не могут пользоваться ими сполна, так как НИИХСТО сможет оказать им льготную услугу только по стоимости операции. Пациенты должны покупать материалы, которые не входят в утвержденный перечень стоимости кардиохирургических услуг и те, которые несвоевременно поставляются ФВТ. Альтернативно, пациентам придётся ждать до момента обеспечения НИИХСТО дорогостоящими расходными материалами из ФВТ. Такая задержка может привести к тому, что пациенты просто не доживают до операции.

На данный момент, в КР от 60% до 90% всех расходов³⁴, связанных с получением высокотехнологичного кардиохирургического лечения покрываются пациентами. Размер сооплаты по сложным и дорогостоящим кардиохирургическим операциям (АКШ и др.) превышает в 4-5 раз средний уровень заработной платы в КР, который за 2016 год составил 14 847,0 сом, а с учетом приобретения пациентами расходных материалов и др. ИМН – общие расходы на кардиохирургическое лечение превышают в 1,5 – 2 раза долю ВВП на душу населения за 2016 год в размере 78,7 тыс.сом³⁵. В случаях отсутствия денежных средств у нуждающихся пациентов в срочной кардиохирургической помощи, эти пациенты обречены, хотя с медицинской точки зрения, шансы на их спасения – достаточно велики. (*средний уровень летальности – 2,2%, по тяжелым случаям варьирует между 6-9%*).

Медицинский персонал НИИХСТО не удовлетворен качеством изделий медицинского назначения

В ходе аудита было установлено что приобретаемые за последние годы ИМН (*шовный материал, комплекты для забора и хранения крови, шприцы, перчатки, медицинская одежда, лейкопластырь и др.*) не соответствуют ожидаемому качеству. Это находит подтверждение и в проведенном опросе врачей НИИХСТО. Больше половины респондентов, (14 из 25 респондентов) отметили что не удовлетворены качеством медицинских принадлежностей. Дополнительно, они оставили конкретные комментарии.³⁶

Выборочно были проверены закупки ИМН, по которым от врачей НИИХСТО есть жалобы на качество, в частности хирургический шовный материал. Отобранные закупки были произведены одноэтапным методом. Конкурсы на проведение закупок были размещены, а также прием конкурсных заявок и выбор победителя осуществлен посредством портала электронных государственных закупок.

Аудитом рассмотрены документы по выбранным закупкам, сформированные в отдельные папки по каждой закупке. Как следует из представленных документов осуществленные закупки соответствуют требованиям законодательства в области государственных закупок с точки зрения правовых аспектов, где самым весомым фактором является стоимость.

Таким образом, НИИХСТО соблюдая законность в организации и проведении тендеров по закупкам ИМН, зачастую остается недовольным качеством полученных ИМН. Основной причиной этого является лимитированный бюджет, позволяющий приобрести более дешевые ИМН. Кроме того, и в НИИХСТО и в других стационарах, которые аудиторская группа посетила в ходе данного аудита в целях сбора информации, были высказаны мнения, что за последние годы рынок Кыргызстана заполнен подобным некачественным ИМН, из-за низкой ценовой политики. По внешнему признаку эти ИМН ничем не отличаются от качественных. Только в ходе использования они проявляют свою непригодность, что прямо влияет на время и качество оказания хирургической услуги, с одновременным повышением рисков послеоперационного восстановления.

³⁴ Стоимость диагностики, операции, расходных материалов, приобретение недостающих лекарств и др.

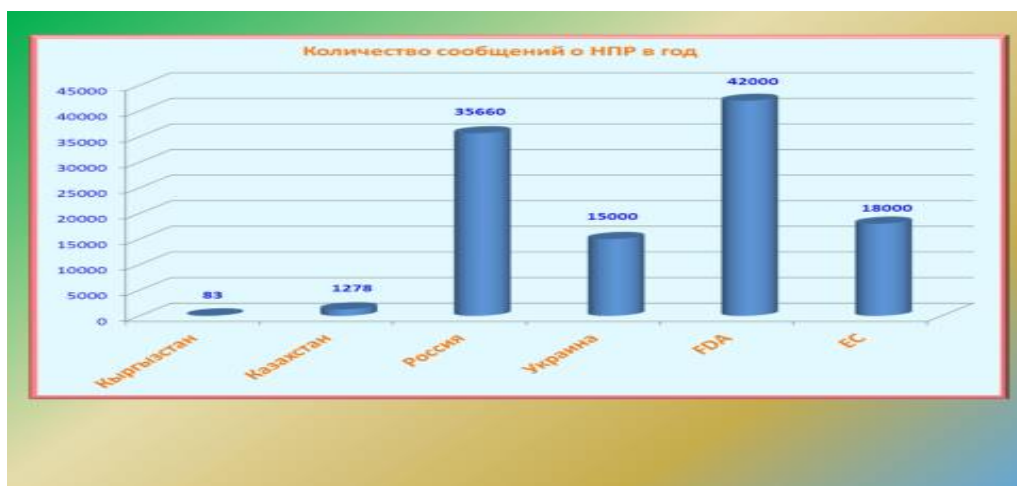
³⁵ По данным Нацстаткома КР: <http://www.stat.kg/ru/statistics/finansy/>.

³⁶ Комментарии к 5-му вопросу из Приложения 3. Результаты опроса врачей.

4.3.15. В Кыргызстане еще не внедрен мониторинг неблагоприятных событий за ИМН

В связи с массовыми заявлениями со стороны медицинского персонала НИИХСТО и других ОЗ по поводу низкого качества ИМН (в частности шовного хирургического материала), аудитом был изучен вопрос в отношении существующего надзора/мониторинга со стороны государства. Установлено, что на момент аудита в КР разработана нормативная правовая база по организации фармаконадзора и установлен механизм мониторинга неблагоприятных событий от побочных реакций на лекарственные средства. Функции надзора и мониторинга возложены на ДЛОМТ. Начиная с 2002 г. врачи обязаны при выявлении случая возникновения неблагоприятной побочной реакции на лекарства, заполнять «Желтые карты» и отправлять их в адрес ДЛОМТ для изучения, осуществления функций надзора и принятия соответствующих решений. Согласно собранным доказательствам в ДЛОМТ, аудит констатирует следующее:

- На сегодняшний день всего 2% учреждений здравоохранения КР принимают участие в осуществлении фармаконадзора, путем подачи сообщений о побочных реакциях;
- Согласно «Золотому стандарту»³⁷ фармаконадзора должны поступать 250 –300 сообщений на 1 млн. жителей и не менее 10 % врачей заполняют сообщения о побочных реакциях;
- В Кыргызстане с населением 6 млн. человек, ежегодно должно поступать 1600-1900 сообщений о побочных реакциях, тогда как фактически ежегодно поступают до 100 сообщений. Сравнительный анализ поступления «Желтых карт» в адрес уполномоченного органа надзора изложен ниже в Диаграмме 7.



Источник: Систематизированные данные ДЛОМТ на базе поступивших сообщений от врачей.

В отношении надзора и мониторинга за ИМН, аудитом установлено следующее:

- На момент аудита, в КР отсутствует нормативная правовая база по надзору и мониторингу неблагоприятных событий за ИМН. Однако, в связи со вступлением Кыргызской Республики в Евразийский экономический союз инициирован процесс по разработке необходимых нормативных документов;
- Соответствующие «Желтые карты» для сообщения неблагоприятных событиях на изделия медицинского назначения не разработаны;
- За весь период функционирования ДЛОМТ, официальных/формальных обращений со стороны ОЗ КР в отношении замечаний и сообщений о неблагоприятных событиях на ИМН не поступало, за исключением 7-ми сообщений, поступивших в 2017 г. со стороны НИИХСТО с жалобами на слабую клеящую способность лейкопластыря и на

³⁷ Установленный ВОЗ.

ненадлежащее качество дезинфицирующих средств. Учитывая, что отсутствуют карты-сообщения (желтые карты) о неблагоприятных событиях на ИМН, сигналы были сообщены в произвольной форме.

Разбирательством этих сообщений занимался Отдел по фармацевтической инспекции ДЛОМТ, а не Отдел специализированной экспертизы ИМН. Был произведен отбор образцов и направлены в Бишкекский центр испытаний сертификации и метрологии на соответствие требованиям ТУ № 9393-043-00480520-2005. Результаты испытаний показали, что качество лейкопластырей соответствуют требованиям нормативных документов. Таким образом, этот факт еще раз доказывает, что ОЗ приобретают ИМН исходя из одного критерия «наименьшая цена». Вопреки тому, что полученные ИМН соответствуют минимальным требованиям показателей безопасности (ниже которых нельзя)³⁸, они значительно уступают ожидаемым качественным характеристиками и при использовании доставляют множество неприятностей и хлопот, которые сказываются на процессе лечения пациентов и приводит к сверхнормативному расходованию материалов.

5. ВЫВОДЫ и РЕКОМЕНДАЦИИ

На сегодняшний день, кардиохирургия как важная, специализированная и высокотехнологичная отрасль здравоохранения пока еще не является приоритетом государственной политики в области здравоохранения.

Вопреки неутешительной картине по заболеваемости, инвалидизации и смертности от ССЗ, область кардиохирургии не находит должное отражение в стратегиях и программах реформирования и развития здравоохранения в Кыргызской Республики. Отсутствуют утвержденные стандарты оснащения кардиохирургических стационаров, стандарты и клинические протоколы по кардиохирургическому лечению, а существующие нормативы в здравоохранении не привязаны к специфике кардиохирургической деятельности. Спрос на специализированную кардиохирургическую помощь растет, а государственная политика в этой области медицины не ясна и требует серьезных разработок. Процесс доступа к специализированной кардиохирургической медицинской помощи не отрегулирован и нуждается в лучшем координировании как на уровне государства, так и на уровне организаций здравоохранения (взаимодействие НИИХСТО с ЦСМ, РД, НЦКиТ и др.).

Таким образом, следует отметить деятельность НИИХСТО в неопределенной среде, с недостающими техническими и материальными ресурсами, влекущие за собой ежедневную борьбу за институциональное выживание. Слабое взаимодействие и несвоевременная координация мероприятий между МЗ, ФОМС и НИИХСТО по переводу НИИХСТО в систему Единого плательщика добавила институциональных проблем, отрицательно сказались на деятельности НИИХСТО (*потеря профессиональных кадров из-за массовых увольнений, нехватка финансовых средств на выполнение обязательств по удовлетворению всех задекларированных льгот, снижения уровня заработной платы и др.*).

Вопреки этому, деятельность НИИХСТО характеризуется положительной динамикой. Общее количество проведенных кардиохирургических вмешательств в 2016 году - удвоилось по сравнению с 2011 годом, а количество выполненных вмешательств за первые 7 месяцев 2017 года уже превысило годовое количество кардиохирургических вмешательств 2012 года. Руководство и коллектив НИИХСТО находятся в постоянном поиске новых возможностей профессионального развития и оказания менее инвазивных и более

³⁸ Технический регламент «О безопасности изделий медицинского назначения». Утвержден Постановлением Правительства КР от 01.02.2012 года, № 74.

эффективных кардиохирургических услуг пациентам, тем самым демонстрируя на практике стремление в повышении эффективности достижения основных целей и задач, предусмотренных Уставом. Развитие научной деятельности держится на энтузиазме специалистов, стремящихся к профессиональному росту и болеющих за результаты работы своей организации.

В этом Отчете продемонстрировано, что механизмы доступа пациентов и фактического получения своевременного и адекватного кардиохирургического лечения неудовлетворительно регламентированы и внедрены. Деятельность НИИХСТО осуществляется при минимально допустимом уровне оснащения оборудованием, большая часть которого полностью амортизирована, а небольшая часть сравнительно нового оборудования используется не на полную мощность из-за слабой координации, на уровне государства, пациентов. Институт испытывает нехватку в финансовых средствах для осуществления постоянных расходов хотя бы на уровне 2016 года, в том числе по оплате труда сотрудникам и укрепления их профессиональных навыков, а также исключения перебоев с обеспечением дорогостоящими расходными материалами. Оперирующие кардиохирурги на открытом сердце не удовлетворены качеством некоторых ИМН (*шовный материал и др.*). Экономия средств на приобретение материалов исходя из одного критерия «наименьшая цена», приводит к последующим отрицательным последствиям: ***увеличение продолжительности кардиохирургической операции, пациенту наносятся дополнительные травмы, которые в последствии прямо влияют на период его восстановления и сроки пребывания в стационаре, что в совокупности приводит к дополнительным расходам стационара на пролеченный случай.***

Для решения многочисленных проблемы изложенных в настоящем отчете, необходимо улучшить взаимодействие между всеми участниками процесса регулирования доступа пациентов, финансирования и оказания своевременного и адекватного высокотехнологичного кардиохирургического лечения гражданам Кыргызстана. Исправление существующей ситуации возможно только при объединении общих усилий, направленных на принятие скоординированных действий по определению государственной политики в данной области медицины и укреплению потенциала кардиохирургической службы.

Ниже изложены соответствующие рекомендации, адресованные Правительству, МЗ, ФОМС, ДЛОиМТ и НИИХСТО, которые будут способствовать разработке и утверждению законодательных норм для кардиохирургической службы, а также укреплению институционального потенциала НИИХСТО и повышению эффективности его управления.

Рекомендации:

Министерству здравоохранения Кыргызской Республики:

1. Пересмотреть стратегические документы реформирования здравоохранения в целях определения роли, места и дальнейших перспектив кардиохирургии в Кыргызстане, с внесением конкретных предложений в Правительство Кыргызской Республики.
2. Активизировать процесс разработки набора качественных показателей результативности для организаций здравоохранения Кыргызстана, в том числе для кардиохирургии.
3. Ускорить процесс разработки и утверждения стандартов, оснащения кардиохирургических стационаров и клинических протоколов по кардиохирургическому лечению, с привлечением потенциала ведущих специалистов кардио и сосудистой хирургии.
4. На основании имеющихся статистических медицинских данных определить оценочную потребность в кардиохирургических высокотехнологичных (дорогостоящих) видах медицинской помощи, и, сопоставив ее с финансовыми возможностями государства и приоритетами, определить учетную потребность в кардиохирургии и механизм ее фактического отслеживания.
5. Рассмотреть вопрос обеспечения сбалансированности соотношения операционных

и реанимационных мест, штатного медсестринского персонала и увеличения коечного фонда НИИХСТО, с целью увеличения объема выполняемых операций, эффективного использования имеющихся операционных ресурсов и совершенствования системы оказания кардиохирургической помощи.

6. Принимая во внимание уровень оснащения Национального Центра охраны материнства и детства (НЦОМД) новейшим оборудованием по выхаживанию за новорожденными и высокопрофессиональный потенциал НИИХСТО по оперированию новорожденных, рекомендуем МЗ и ФОМС содействовать в установлении механизма взаимовыгодного сотрудничества между НИИХСТО и НЦОМД в целях оказания своевременного, адекватного и результативного кардиохирургического лечения новорожденным детям с тяжелыми пороками.

7. Усилить контроль за соблюдением Приказа №535 от 25.12.2002г. «Об улучшении работы медицинских учреждений по контролю и регистрации побочных реакций при применении ЛС», а также внести разъяснения для организаций здравоохранения в отношении важности своевременного сообщения о фактах побочных реакций или отсутствия эффективности лекарственных средств или неблагоприятных событий по ИМН.

Правительству Кыргызской Республики совместно с Министерствами здравоохранения, образования и науки, финансов Кыргызской Республики:

8. Разработать и утвердить требования к количественному и качественному составу штатной структуры научных сотрудников научно-исследовательских институтов республики в сфере здравоохранения.

9. Разработать методики и требования по долгосрочному планированию научно-исследовательской деятельности научно-исследовательских институтов в сфере здравоохранения, соответствующие стратегическим программам и планам развития здравоохранения и науки Кыргызской Республики.

10. Пересмотреть сложившуюся практику бюджетного финансирования научно-исследовательских работ, с целью их технического, информационного, образовательного обеспечения и предупреждения развития коррупционных рисков в кардиохирургии республики.

11. Пересмотреть существующую практику оплаты труда и показатели трудового участия сотрудников в сфере научной деятельности, с целью повышения их активности и уровня доходов от участия в научной, а не только клинической, лечебной деятельности.

Правительству Кыргызской Республики совместно с Министерством здравоохранения и Департаментом лекарственного обеспечения и медицинской техники:

12. Активизировать процесс разработки нормативных документов о порядке мониторинга неблагоприятных событий за ИМН в Кыргызской Республике.

Департаменту лекарственного обеспечения и медицинской техники:

13. Усилить взаимодействие с организациями здравоохранения, в целях установления эффективного и функционального механизма надзора/мониторинга за лекарствами и ИМН и своевременного информирования всех сторон о результатах принятых регуляторных мер;

14. Не дожидаясь завершения процесса разработки и утверждения нормативных документов о порядке мониторинга неблагоприятных событий за ИМН, разработать «Желтые карты» для сообщений фактов неблагоприятных событий по ИМН и провести семинары обучения по их заполнению с представителями организаций здравоохранения.

НИИХСТО и ФОМС:

15. В связи с переходом НИИХСТО в систему Единого плательщика и повышением требований к заполнению медицинской документации, проводить совместные обучающие

семинары для всех медицинских сотрудников НИИХСТО по ведению Историй болезни и заполнения КИФ на постоянной основе с дальнейшей институционализацией данного процесса обучения.

НИИХСТО:

16. Провести годовую инвентаризацию 2017 года согласно требованиям законодательства, с установлением реального технического состояния медицинского оборудования.

17. Актуализировать страничку НИИХСТО в информационной программе «Система учета медицинской техники посредством сети Интернет» и поддерживать ее постоянно, внося своевременные корректировки и дополнения.

18. Разработать план по замене устаревшего и нефункционирующего медицинского оборудования, отдавая предпочтения потребностям на среднесрочный период, и представить данный план Министерству здравоохранения, для рассмотрения, изыскания ресурсов и утверждения.

19. Использовать замечания рецензентов в отношении ведения историй болезней и адекватности оказанных кардиохирургических услуг в качестве важных критериев при оценке деятельности врачей.

20. Усилить внутренний контроль за процессом определения неблагоприятных событий по ИМН и регистрации побочных реакций при применении лекарственных средств, своевременного составления «Желтых карт» в целях информирования руководства и дальнейшего их направления в ДЛОМТ для рассмотрения согласно установленной законной процедуре (*определения причинно-следственной связи, учета, анализа и принятия регуляторных мер*).

21. Улучшить качество планирования консолидирующего бюджета, с одновременным изысканием возможности покрытия потребностей в расходные материалы в расширенном ассортименте (*например, приобретение шовного материала с разной разрывной нагрузкой*).

22. Подготовить полный расчет затрат с учетом необходимых средств для оборудования, увеличения реанимационных коек и прочих потребностей на уровне 1150 - 1200 операций в год.

23. Определить источники покрытия затрат.

24. Подготовить и утвердить у ФОМС-а расчеты и предложения по КЗГ по видам кардиохирургических вмешательств, для которых сейчас их нет.

6. СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АББРЕВИАТУРА

СОКРАЩЕННЫЙ ТЕРМИН

АКШ	Аортокоронарное шунтирование
БГМС	Базовое государственное медицинское страхование
ВПС	Врождённый порок сердца
ВПСсГН	Отделение врожденных пороков сердца с группой новорожденных
ВОА	Высший орган аудита
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ДЛОМТ	Департамент лекарственного обеспечения и медицинской техники
ДМЖП	Изолированный дефект межжелудочковой перегородки
ИМП	Изделия медицинского назначения
КБС	Коронарная болезнь сердца
КДО	Консультативно диагностическое отделение
КР	Кыргызская Республика
МЗ	Министерство здравоохранения
НГ	Национальный госпиталь
НИИХСТО	Научно исследовательский институт хирургии сердца и трансплантации органов
НИР	Научно-исследовательские работы
НПА	Нормативные правовые акты
НЦКиТ	Национальный центр кардиологии и терапии
НЦОМД	Национальный центр охраны материнства и детства
ПГГ	Программа государственных гарантий
РМИЦ МЗ	Республиканский медико-информационный центр Министерства здравоохранения
РЦМСЭ	Республиканский центр медико-социальной экспертизы
ССЗ	Сердечно-сосудистые заболевания
СМИ	Средства массовой информации
ФОМС	Фонд обязательного медицинского страхования
ЦСМ	Центр семейной медицины
ХО	Хирургическое отделение
ЮРНЦССХ	Южный региональный научный центр сердечно-сосудистой хирургии