

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ
«ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
МЕЖДУНАРОДНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ КЫРГЫЗСТАНА

Межведомственный диссертационный совет Д.14.09.380

На правах рукописи
УДК 614.2.001.73:616-082(575.2)

ДЖЕМУРАТОВ КУАНЫЧБЕК АБДУКАДЫРОВИЧ

**ГИГИЕНА БОЛЬНИЦ И ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО
ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В НОВЫХ СОЦИАЛЬНО-
ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

14.00.07 – гигиена

14.00.33 – общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

БИШКЕК – 2010

Работа выполнена на кафедре управления и экономики здравоохранения с курсом укрепления здоровья Кыргызского Государственного медицинского института переподготовке и повышения квалификации Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.

Научные консультанты:

доктор медицинских наук, профессор Касымов Омор Тилегенович

доктор медицинских наук, профессор Касиев Накен Касиевич

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор Нурбаев Сагнай Куанычбекович

доктор медицинских наук, профессор Алдашев Ахмед Алдашевич

доктор медицинских наук, профессор Буйлашев Таалайбек Сабралиевич

Ведущая организация: Высшая школа общественного здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан (г. Алматы)

Защита диссертации состоится «21» января 2011 г. в 13.00 часов на заседании межведомственного диссертационного совета Д.14.09.380 при Научно-производственном объединении «Профилактическая медицина» Министерства здравоохранения Кыргызской Республики и Международном университете Кыргызстана Министерства образования и науки Кыргызской Республики по адресу: 720005, г. Бишкек, ул. Байтик Батыра, 34.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Научно-производственного объединения «Профилактическая медицина» Министерства здравоохранения Кыргызской Республики по адресу: 720005, г. Бишкек, ул. Байтик Батыра, 34.

Автореферат разослан «15» декабря 2010 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук, профессор

Белов Г.В.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность. В мире постоянно происходят изменения политического, социального и экономического характеров, в соответствии с которыми преобразуются системы здравоохранения и их эффективность. Во многих странах службы здравоохранения оказались недееспособными, на грани банкротства (Р.Б. Салтман, Дж. Фигейрас, 2000). Наряду с этим возросла требовательность населения к качеству медицинского обслуживания, стала более обоснованной критика в адрес органов здравоохранения. Основными причинами неудовлетворенности населения существующих систем здравоохранения являются: плохая материальная база, низкая квалификация врачей, низкая культура обслуживания, повышенные требования к условиям пребывания больного в стационаре и труду обслуживающего его медицинского персонала (Ю.П. Комарова, 1994; Т.В. Чернова, 2003), поэтому правительства большинства стран, включая США и Европейского Союза, периодически производят реформирование своих систем здравоохранения (Задачи по достижению здоровья ..., 1991; Ю.П. Лисицын, А.С.Акопян, 1998; Р.Б. Салтман, Дж. Фигейрас, 2000; М.Т. Султанмуратов, 2002; Т.С. Мейманалиев, 2003). Однако больничные комплексы продолжают оставаться небезопасными для населения, больных и персонала по причине несоблюдения санитарно-гигиенических требований и нормативов (Г.П. Сквирская, Н.А. Захарова 1996; Н.В. Абрамов, 1998; В.Г. Асимкин, В.И. Покровский, 2002; Ж.Ж. Гумарова, Н.В. Русаков, 2006; М.В. Бектасова с соавт., 2008).

Несмотря на наличие утвержденных норм и требований, гигиенический режим во многих больницах еще не отвечает запросам современной медицинской науки и возможностям строительной техники. Это приводит к необходимости внутренних перепланировок, что отрицательно сказывается на организации лечебного процесса (Н.А. Захарова, 1996; Ж.Ж. Гумарова, Н.В. Русаков, 2006).

В связи с прогрессом медицинской науки, использованием сложной лечебно-диагностической аппаратуры, предъявляются новые, повышенные требования к устройству, эксплуатации и гигиеническому режиму лечебных учреждений, а также в организации предоставления населению медицинской помощи (Т.А. Быстрова, 1971; Г.Г. Онищенко, 2008).

Не все благополучно в организации предупредительного и текущего надзора за лечебно-профилактическими организациями со стороны органов Госсанэпиднадзора. Недостаточно используются объективные методы исследования шума, вибрации, освещения, микроклимата в отделениях и палатных секциях (Н.Н.Филатов с соавт., 2001).

Влияние природных условий на организм человека общеизвестно, однако практически отсутствуют работы, отражающие влияние факторов внешней среды на больных различного профиля и тяжести заболевания. Такие исследования необходимы для разработки дифференцированных нормативов и прогнозирования функционального состояния организма больного в тех или иных климатогеографических условиях (Р.Д. Габович, 1990; Ю.П. Пивоваров с соавт., 2002).

Следует шире обобщать опыт строительства лечебно-профилактических учреждений в различных климатических зонах, с целью гигиенического обоснования их перспективного строительства, исследования микроклимата, воздушной среды, освещения и других факторов внешней среды для обоснования соответствующих дифференцированных гигиенических нормативов, изучать условия труда медицинского персонала и разрабатывать мероприятия по их улучшению (Р.Д. Габович, 1990; Ю.П. Пивоваров с соавт., 2002).

Активизация научной и практической работы по гигиене больниц, создание условий для безопасной и эффективной деятельности персонала, усиление и совершенствование санитарного надзора в этих областях - актуальная задача здравоохранения Кыргызской Республики. Исследование вопросов больничной гигиены является актуальной в связи с тем, что в Кыргызской Республике после проведения реформирования и реструктуризации системы здравоохранения оценка санитарно-гигиенического состояния стационарной службы проводится впервые.

Связь темы диссертации с научными программами и основными научно-исследовательскими работами. Тема диссертационной работы является инициативной.

Цель исследования. Комплексная гигиеническая оценка больничных учреждений с учетом реформирования систем здравоохранения в новых условиях социально-экономического развития Кыргызстана и научное обоснование медико-организационных и профилактических мероприятий по улучшению качества предоставляемой стационарной помощи населению.

Задачи исследования:

1. Изучить потребность больничных комплексов и их санитарно-техническое состояние с учетом потенциала общественного здоровья.
2. Оценить обеспеченность койками и соответствие палатных секций и отделений больниц санитарно-гигиеническим требованиям.
3. Изучить динамику изменений объемных и структурных показателей деятельности стационарной службы в период реформирования системы здравоохранения.

4. Провести анализ кадрового обеспечения и эффективности госпитального лечения с позиций гигиенического и эпидемиологического благополучия больниц.

5. Научно обосновать и разработать мероприятия медико-организационного, профилактического и экономического инструмента управления по улучшению качества предоставления медицинских услуг населению в стационарах.

Научная новизна. Впервые дана оценка эффективности реформ здравоохранения и реструктуризации стационарной помощи с позиций соответствия больничных комплексов санитарно-гигиеническим и эпидемиологическим правилам и нормам. Реформы и реструктуризации системы здравоохранения не улучшили санитарно-технические параметры стационаров. Значительная часть зданий лечебных учреждений находится в аварийном состоянии, требуют капитального ремонта или сноса, особенно в сельской местности - 1/3 зданий (34,1%).

Установлено, что параметры благоустройства территории по зонированию, озеленению, освещению, как и архитектурно-конструктивное устройство зданий и помещений не обеспечивают оптимальных санитарно-гигиенических и эпидемиологических условий при оказании стационарной помощи населению и профессиональной деятельности для медицинского персонала.

Впервые представлен анализ потенциала общественного здоровья Кыргызской Республики с учетом рекомендаций Всемирной организации здравоохранения, что позволило установить не только наличие и уровень территориальных асимметрий, но и причины, приведшие к ним, а также механизмы преодоления дифференциации территорий.

Впервые проведена экспертная оценка влияния реформ на соответствие палатных секций и отделений санитарно-эпидемиологическим правилам и нормативам (СанПиН-2.1.3.003-03). Выявлено, что основные параметры воздушной среды (микроклимат, бактериальная обсемененность), а также вентиляция, освещенность, канализация и утилизации медицинских и бытовых отходов лечебных учреждений в большинстве случаев не соответствуют гигиеническим требованиям по данным обследования и социологического опроса пациентов, находящихся на стационарном лечении.

Впервые обоснованы пределы сокращения обеспечения населения больничными койками. Выявлено, что коечный фонд страны за последние 10 лет сократился наполовину и составил 50,6 койки на 10 тыс. населения. Такая степень обеспеченности населения больничными койками является предельной, снижается качество медицинской помощи в стационарах, а амбулаторно-поликлинические службы (Центры семейной медицины,

Группы семейных врачей) не в состоянии сократить число пациентов, нуждающихся в госпитализации, более чем на 1,5%.

Впервые доказано, что в качестве критериев, определяющих качество медицинских услуг в больницах необходимо включить условия труда профессиональной деятельности медицинского персонала и факторы, влияющие на их здоровье, а также на обеспеченность лечебно-диагностической аппаратурой и эффективность их использования.

Полученные результаты комплексного научно-практического анализа оказания стационарной помощи населению в условиях реформирования системы здравоохранения Кыргызской Республики позволили сформулировать основные направления по улучшению больничной гигиены с позиций новой концепции общественного здравоохранения, что способствует решению научно-практических задач по улучшению качества предоставляемой стационарной помощи с учетом гигиенических требований.

Практическая значимость. Разработаны и предложены для практического применения научно обоснованные пути решения доступности стационарной помощи, потребности больниц, архитектурно-техническое устройство и благоустройство больничных комплексов, направленные на создание условий комфортного пребывания больных, условий труда медицинского персонала и эффективность проводимого лечения.

Вскрыты недочеты и причины нарушения санитарно-гигиенического режима: занижены площади и кубатура в расчете на одну палату, неисправны санузлы, отсутствие горячей и дефицит холодной воды, не работающая приточно-вытяжная вентиляция. Большинство приемных отделений лечебно-профилактических организаций не являются гарантами безопасности внутрибольничного заражения.

Разработана и внедрена в практику модель интегральной оценки потенциала общественного здоровья. С помощью данной модели были установлены причины территориальных различий общественного здоровья и реальные научно-обоснованные механизмы их устранения.

Для повышения качества и эффективности, проводимых лечебно-диагностических процедур первоочередной задачей является повышение профессионального мастерства персонала, создание соответствующих производственных условий и контроль за санитарно-эпидемиологической обстановкой в стационарах.

Основными направлениями увеличения объемов и качества стационарной помощи являются устранение таких организационных дефектов как недоступность, госпитализации по «самонаправлению», низкий уровень плановых операций, недоступность скорой помощи в экстренных случаях.

Экономическая значимость полученных результатов. Разработанные на основе проведенных исследований практические рекомендации по улучшению гигиенических условий в организациях здравоохранения, представляющие стационарные услуги населению, позволят создать оптимальные условия для повышения условий пребывания больных и эффективность проводимого лечения. Улучшение качества предоставляемых медицинских услуг будет способствовать быстрейшему излечению и восстановлению здоровья пациентов, а также снижению уровня внутрибольничного заражения, связанной с санитарно-гигиеническими условиями в организациях здравоохранения.

Основные положения, выносимые на защиту.

Реформирование системы здравоохранения в Кыргызской Республике, проблемы сокращения коечного фонда структурных подразделений территориальных и областных объединенных больниц не привели к коренному улучшению объемов и качества медицинской помощи населения.

Неудовлетворительное санитарно-гигиеническое состояние территорий большинства стационаров, необеспеченность централизованным водоснабжением, канализацией, отоплением и вентиляцией ухудшают гигиенический и противоэпидемический режим отделений.

Сокращение коечного фонда за последний 10 летний период до 50,6 койки на 10 тыс. населения является предельным - снижается уровень медицинского обеспечения, ухудшается качество медицинских услуг предоставляемых стационарной службой.

Недостаток квалифицированных врачей и среднего медицинского персонала в областных объединенных и территориальных больницах, низкая оплата труда, санитарно-гигиенические нарушения ухудшают качество оказываемой медицинской помощи населению.

Научно-практические мероприятия по оптимизации гигиенических и эпидемиологических условий, влияющих на качество стационарного лечения с позиции новой концепции общественного здравоохранения.

Личный вклад соискателя. При проведении исследований автором лично осуществлялся сбор данных и материала по архитектурно-техническому, санитарно-гигиеническому состоянию больничных комплексов, уровню обеспеченности кадровыми и материальными ресурсами, клинико-статистические исследования в организациях здравоохранения, а также обработку, анализ и обобщение полученных данных.

Апробация результатов диссертации. Материалы диссертации доложены на: международной научно-практической конференции «Реформы сектора здравоохранения: Роль стационаров» (Швеция, Гетеборг, 2001); заседаниях Министерства здравоохранения Кыргызской Республики и

саммитах по оценочной миссии международных доноров по Национальной программе «Манас – 2», «Манас-Таалими» (Бишкек, 2002 - 2010); конференции «Первичная медико-санитарная помощь в Кыргызской Республике. Достижения и перспективы развития» (Бишкек, 2004); научно-практической конференции молодых ученых «Актуальные проблемы клинической медицины и организации здравоохранения» (Бишкек, 2006, 2010); среднеазиатской конференции «Вклад выпускников программы САБИТ в развитии реформ здравоохранения в странах Центральной Азии» (Бишкек, 2006); международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы непрерывного повышения качества медицинской помощи» (Бишкек, 2007).

Внедрение результатов диссертации. Полученные результаты использованы для разработки приказов Министерства здравоохранения Кыргызской Республики: «О проведении мониторинга материально-технического оснащения организаций здравоохранения Кыргызской Республики» от 2 июня 2005 года №222; «Об организации Центра общеврачебной практики» от 20 апреля 2006 года №194; «О дополнительном финансировании организаций здравоохранения Кыргызской республики на II полугодие 2006 года» от 14 июля 2006 года №401; «О проведении круглого стола “ Деятельность Центра общеврачебной практики (ЦОВП) и их дальнейшее развитие”» от 17 марта 2006 года №113, в работе экспертной группы по разработке проекта Национальной программы реформы здравоохранения на 2012-2016 гг.

Опубликованность результатов. По итогам работы опубликовано 46 печатных работ, в том числе одна монография, методическая рекомендация, 5 методических пособий.

Объем и структура диссертации: Диссертация изложена на 228 страницах, состоит из введения, обзора литературы, материалов, объемов и методов исследований, 4 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, включающего 182 источников, из них 117 отечественных и 65 иностранных. Работа иллюстрирована 92 таблицами и 3 рисунками.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Глава 1. Общественное здоровье и санитарно-гигиеническое состояние больниц (обзор литературы). В мире постоянно происходят изменения политического, социального и экономического характера, в соответствии с которыми преобразуются системы здравоохранения и их эффективность. С начала 1990-х годов в экономически развитых странах сократилась смертность, но увеличилась инвалидность и возросло число

хронических заболеваний. В ряде стран Восточной Европы в секторе здравоохранения на постсоветском пространстве наметилось снижение ресурсного обеспечения, слабая лечебно-диагностическая база, низкая материально-техническая оснащенность, невысокий уровень развития информационных технологий - таков далеко не полный перечень современного состояния лечебно-профилактических учреждений. Однако, как правило, реструктуризация стационарной помощи проводится без учета благоустройства больниц, не заботясь об их дальнейшей эволюции, без учета санитарно-гигиенических требований и правил, что влияет негативно на исход выздоровления. Имеется большое число публикаций, отражающих рост внутрибольничного заражения инфекциями, что само по себе указывает на несоблюдение санитарно-эпидемиологических правил и нормативов в стационарах. Создавшаяся ситуация послужила основанием для рассмотрения, как проведенная реструктуризация системы здравоохранения, проведенная с 2001 по 2006 гг. в рамках реформ здравоохранения Кыргызской Республики, отразилась на гигиеническом состоянии больниц. Актуальность и решение данной проблемы видится в оптимизации оказания госпитальной медицинской помощи во взаимосвязи с ее ресурсным обеспечением и благосостоянием больниц, что являются важной предпосылкой предупреждения госпитальных инфекций, уровень которых на данном этапе больничного строительства является мерой определения здоровья нации.

Глава 2. Материалы, объем и методы исследований. Объектом исследования явилась система стационарной медицинской помощи Кыргызской Республики.

Предмет изучения. Влияние архитектурно-технического и санитарно-гигиенического состояния больничных комплексов на потенциал общественного здоровья.

Признаки изучения: состояние и тенденции социально-демографической ситуации; уровень обеспеченности населения стационарной помощью больничными комплексами; влияние реструктуризации стационарной помощи на архитектурно-техническое и санитарно-гигиеническое состояние больничных комплексов; уровень обеспеченности стационаров медицинскими специалистами и качество оказания стационарной помощи; связь благосостояния больниц с потенциалом общественного здоровья.

Информация о социально-экономической и медико-демографической ситуации заимствована из материалов: Нацстаткома Кыргызской Республики, статистических сборников Республиканского медико-информационного центра “Здоровье населения и здравоохранение Кыр-

гызской Республики за 2000-2008 гг.” и данных официальных статистических отчетов филиалов территориальных больниц, районных территориальных больниц и областных объединенные больницы за период с 2000-2008 гг.

Данные об архитектурной планировке больничных комплексов, техническом состоянии зданий оценивались лично при выезде на места дислокации больничных комплексов. Санитарно-гигиенические характеристики отделений больниц (планировка, заполнение, площадь, кубатура, естественное и искусственное освещение, водоснабжение, состояние санузлов, канализации и др. оценивались по факту и сопоставлялись с санитарно-эпидемиологическими правилами и нормативами (СанПиН-2.1.3.003-03)).

Данные о качестве медицинских услуг стационарами получены на основании экспертного обследования 112 стационаров различного типа и различной мощности из 147 организаций оказывающие стационарную помощь. При этом было проанализировано 14741 историй болезни стационарных больных. Данные о каждом стационаре и больном заносились в специально разработанную карту с последующим занесением в компьютер.

Результативность стационарной помощи оценивалась по таким показателям как полнота и качество догоспитального обследования, своевременность госпитализации, средняя длительность лечения больного, уровень летальности. Качество лечебно-диагностического процесса по таким показателям, как доля больных, в обследовании и лечения которых были допущены определенные дефекты относительно клинического протокола.

Материально-техническое обеспечение стационаров в части «Оборудование» оценивалось по данным компьютеризированной базы данных материально-технических ресурсов системы здравоохранения Кыргызской Республики.

Методы исследований. В работе использован комплекс современных методов анализа: социологический, санитарно-гигиенический, клинко-статистический, эпидемиологический, медико-демографический и метод экспертной оценки.

Оценка общественного здоровья проводилась в интегральных показателях в соответствии с рекомендациями Корецкого И.В. (2004). В этой методике интегральный показатель служит смысловой квинтэссенцией ряда базовых показателей. В качестве базовых показателей выбраны: материнская смертность, общая смертность, ожидаемая продолжительность жизни и т. д. Статистическая обработка материалов проводилась по общепринятым методам санитарной статистики (Зайцев В.М., 2006; Чернова Н.Е., 2008). При необходимости рассчитывалась ошибка репрезентативно-

сти (m), доверительный коэффициент (t), коэффициент корреляции (r) по Пирсону. Уровень заболеваемости и смертности по административным районам анализировался в стандартизованных показателях. Статистическая обработка данных осуществлялась на персональном компьютере IBM PC с применением программы Microsoft Excel 2003.

Глава 3. Оценка потребности и санитарно-технического состояния больничных комплексов с учетом потенциала общественного здравоохранения. *Социально-экономическое положение.* После распада СССР в 1991 году перед Кыргызской Республикой возникла необходимость разработки собственной экономической политики и программы экономических действий. Выбор был сделан в сторону рыночной экономики, но, несмотря на это удельный вес расходов на здравоохранение в структуре общих расходов государственного бюджета продолжает падать. Если в 1998 г доля расходов на здравоохранения составляла 13,2%, в 2001 -11,2%, в 2004-10,2%, а в 2008 -9,7%: Чтобы не допустить полного развала существующей системы здравоохранения правительство приняло курс на ее реформирование. В связи с этим бюджет здравоохранения Кыргызской Республики стал формироваться из 4-х источников: госбюджета, средств обязательного медицинского страхования, сооплаты и спецсредств. За счет дополнительных источников бюджет здравоохранения начал существенно пополняться с 1999 года, когда прирост бюджета составил 15,2%, а в 2004 -54,7%, в 2008 - 41,9%. Однако консолидированный бюджет здравоохранения республики остается мизерным и составляет половину необходимого. Для достаточного обеспечения бюджета здравоохранения процент отчислений от ВВП должен составлять не менее 12 %, фактически отчисляется 1,8-2,1%.

Обеспеченность населения медицинскими учреждениями. На начало 2000 года в республике функционировало 317 организаций (учреждений) здравоохранения, в структуре которых преобладали территориальные и сельские участковые больницы. К 2007 г число учреждений здравоохранения сократилось до 147. Сокращение произошло главным образом за счет сельских участковых больниц (с 147 до 11). В результате население утратило возможность получать медицинскую помощь по месту жительства. За период наблюдения в республиканских и областных больницах прошли лечение 39% от числа госпитализированных и только 4% в сельских участковых больницах.

Потенциал общественного здоровья. В Кыргызской Республике ежегодно заболевает более 2,5 млн. человек. В 2008 году в структуре общей заболеваемости взрослых первое место занимали болезни органов дыхания - 15,3% (7485,2 на 100 000 населения), второе - болезни органов

кровообращения - 12,2% (6011,7‰), третье - болезни мочеполовой системы - 10,5% (5663,2 ‰). В группе детей от 0 до 15 лет первое место также занимали болезни органов дыхания - 36,0% (14791,3 случаев на 100 000 детей), второе - эндокринные болезни - 13,83% (4152,1 случаев), третье место - инфекционные и паразитарные заболевания - 9,2% (3981,7 случаев).

Оценка здоровья населения в интегральных коэффициентах показала, что потенциал общественного здоровья (ПОЗ) в Кыргызской Республике ниже среднего (интегральный показатель – 0,38). В группу потенциала общественного здоровья со средним уровнем вошли г. Бишкек, Баткенская, Нарынская и Таласская области, остальные 5 территориальных регионов системы здравоохранения попали в разряд «ниже среднего».

Отмечены положительные изменения потенциала общественного здоровья в Ошской и Чуйской областях, в которых потенциал общественного здоровья «ниже среднего» перешел в группу «среднего – от 0,6 до 0,4». Тогда как в Джалал-Абадской и Иссык-Кульской областях наметилась тенденция снижения потенциала общественного здоровья. В этих областях показатели сократились на 18,2 и 11,4% соответственно, хотя они по уровню потенциала общественного здоровья продолжают оставаться в группе «ниже среднего». Таким образом, ни один из территориальных регионов системы здравоохранения Кыргызстана по уровню потенциала общественного здоровья не поднялся выше категории «средней».

Данные литературных источников и полученные нами результаты позволили провести сопоставительный анализ потенциалов общественного здоровья по некоторым странам. В группу с высоким уровнем потенциала общественного здоровья (интегральный показатель – 0,80 и более) попали в основном экономически развитые страны (Франция, Финляндия, Нидерланды), тогда как в группу с потенциалом общественного здоровья ниже среднего (интегральный показатель – 0,38 и ниже) – страны с формирующейся экономической системой, в число которых вошла и Кыргызская Республика.

Эффективность реструктуризации больниц. В республике с целью снижения коммунальных затрат была проведена реструктуризация зданий и помещений учреждений здравоохранения (табл. 1). В 2000 году на балансе больниц находилось 1980 зданий и помещений к 2003 году осталось 1125, что составило 56,8% от прежнего количества. При анализе итогов реструктуризации установлено, что число зданий, в которых располагались клинические отделения, уменьшилось на 405 (47,4%), параклинических - на 192 (22,5%), административно-хозяйственных - на 258 (30,2%).

Таблица 1

Динамика численности зданий, помещений стационарной службы до и после процесса реструктуризации по областям республики

Области	Численность зданий и помещений				в том числе по характеру производственной деятельности					
	2000 абс.	2003 абс.	уровень ликвидации		клинические		параклинические		административно-хозяйственные	
			абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Баткенская	207	133	74	35,7	46	62,2	15	20,3	13	17,6
Ошская	516	346	170	32,9	79	46,5	27	15,9	64	37,6
Джалал-Абадская	431	267	164	38,1	86	52,4	33	20,1	45	27,4
Таласская	131	64	67	51,1	29	43,3	12	17,9	26	38,8
Чуйская	317	150	167	52,7	72	43,1	36	21,6	59	35,3
Иссык-Кульская	242	116	126	52,1	53	42,1	48	38,1	25	19,8
Нарынская	136	49	87	64,0	40	46,0	21	24,1	26	29,9
Всего	1980	1125	855	43,2	405	47,4	192	22,5	258	30,2

Таким образом, ликвидация коснулась в большей степени клинических помещений, число которых сократилось почти на половину. При этом увеличилось количество законсервированных зданий, а также зданий переданных в аренду. Все это свидетельствует о недостаточно эффективной системе хозяйствования в лечебно-профилактических организациях республики.

Оснащение больниц медицинским оборудованием. С увеличением мощности стационара количество диагностической аппаратуры возрастает, тогда как показатель обеспеченности в расчете на 100 коек снижается, что указывает на высокую насыщенность аппаратурой больниц с малой мощностью. Из имеющегося диагностического оборудования, в исследуемых 112 организациях здравоохранения оказывающих стационарную помощь в больницах расположенные в сельской местности было размещено 53,1%, в т.ч. рентгеновского – 62,2%, эндоскопического – 42,0%, ультразвукового – 51,1%, функциональной диагностики – 53,0%, приборов для выполнения лабораторных исследований - 57,2%. При этом значительная

часть медицинского оборудования морально устарела. К тому же не используется из-за отсутствия специалистов (эндоскопического -17,3%, аппаратов ЭКГ-28,7%, ультразвуковых-7,3% и 8,7%-рентгеновских аппаратов). Повышение качества лечебно-диагностической деятельности предполагает постоянную замену физически и морально устаревшего медицинского оборудования, однако, приобретение медицинской техники должно осуществляться взвешено и обоснованно.

Благоустройство больниц. Данные о благоустройстве территорий больниц основаны на обследовании 99 организаций здравоохранений, оказывающих стационарную помощь в республике. Как показали исследования территории больниц, вместо квадратов, вытянуты вдоль улицы, а лечебные корпуса фасадами обращены к проезжей части улиц. 28,3% больниц размещены на шумных городских улицах с интенсивным автомобильным движением, 41,3% расположены у дорог, являющихся главными в данном населенном пункте и 30,4% расположены вдоль второстепенных дорог. Из общего числа дорог, проходящих рядом с больницами - 54,3% заасфальтированы; 30,4% заасфальтированы, но разбиты; 15,2% относятся к классу грунтовых.

Защитная зеленая зона шириной 10-30 м перед лечебными зданиями и по периметру участка соблюдена только в 26 больницах. В остальных больницах перед лечебными зданиями и по периметру участка имеются только однорядные древесные насаждения, а в некоторых больницах только травяные газоны шириной 10-20 м. В части больниц защитная зеленая зона совсем отсутствует. По этой причине воздух в больничные помещения в 62% поступает из плохо проветриваемых дворов и пыльных улиц.

Больничная территория должна иметь четко выраженное деление на зоны. Более или менее выраженное зонирование отмечено в 60,9% больницах, а в 39,1% больницах зонирование отсутствует. Въезды на территорию хозяйственной зоны и патологоанатомического отделения, как правило, проходят через лечебную зону. Только в 26,1% больницах имелись отдельные хозяйственные въезды. Совмещение инфекционных отделений с другими лечебными отделениями отмечено в 26,1% больницах. Недостаточно разработан и ряд других санитарных моментов: размещение мусоросборников, топливных зон, шлака и строительного мусора.

Размеры территорий соответствуют нормам, однако зона зеленых насаждений (общепольнический сад) либо отсутствует, либо меньше нормы. Сады, предназначенные специально для прогулок и отдыха больных, имеются на территории только 22 больниц из 99 обследованных. Сады недостаточно благоустроены, а в ряде больниц и запущены. В больницах,

где имелись зеленые насаждения, отсутствовали беседки, дорожки для прогулок, скамейки для отдыха больных. Таким образом, обследование показало, что вопросам благоустройства больниц внимания уделяется недостаточно.

Потребление питьевой воды. В среднем по больницам расход воды в сутки составляет 384 литра на одного больного (дефицит воды в расчете на одного больного составляет 116 литров при нормативе 500 литров) (табл. 2).

Таблица 2

Потребность учреждений здравоохранения республики в воде по областям

Области	Число больниц	Коек	Кол. больных	Среднее пребывание больного на койке	Расход воды (м ³)	Расход воды на больного (в литрах)	
						за время лечения	в сутки
Баткенская	4	1117	43015	9,0	70 220	1633	182
Джалал-Абадская	11	2380	84246	8,6	351 587	4173	484
Иссык-Кульская	7	1218	52 876	8,1	294 661	5573	686
Нарынская	5	827	33172	8,5	104 319	3145	372
Ошская	7	2792	99016	8,8	105 653	1067	121
Таласская	4	488	24147	7,5	107 690	4460	599
Чуйская	3	815	33775	7,6	161 112	4770	625
Всего	41	9637	370247	8,4	1961876	3228	384

Если пациент в среднем пребывает в больнице 8,4 дня, то за это время на него расходуется 3228 литров воды. Данные нормативы существенно меняются по административным районам. Так, в Баткенской области дефицит воды более чем 2-кратный (182 литр на больного в сутки), в Ошской области – 5-кратный (121 литр). При столь выраженном дефиците воды не представляется возможным соблюдать в больницах чистоту и личную гигиену.

Медицинские учреждения считаются благоустроенными, если имеется централизованное водоснабжение, горячее водоснабжение, канализация, достаточное освещение, центральное или местное отопление, телефонизация. К сожалению, большинство больниц Кыргызской Республики, даже крупных, этих условий не имеют (табл.3). Самое бедственное положение по водоснабжению и канализации складывается в маломощных

больницах (30-100 коек), которые из общего числа больниц составляют 62,5%.

Таблица 3

Водоснабжение и канализация больниц различной мощности

Число коек	Число боль- ниц	Число зданий	Наличие в больничных зданиях									
			водоснабжение центральное				канализации					
			холодное		горячее		центральной		местный септик		надворный туалет	
			абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
30-79	62	374	90	24,1	0	0	62	16,6	72	19,3	65	17,4
80-99	7	88	19	21,6	0	0	15	17,0	19	21,6	10	11,4
100-149	11	155	74	47,7	0	0	64	41,3	42	27,1	14	9,0
150-199	8	135	86	63,7	0	0	48	35,6	47	34,8	12	8,9
200-249	8	149	91	61,1	0	0	82	55,0	25	16,8	8	5,4
250-350	6	67	50	74,6	0	0	34	50,7	15	22,4	11	16,4
> 350	10	166	65	39,2	25	15,1	75	45,2	25	15,1	14	8,4
Всего	112	1134	475	41,9	25	2,2	380	33,5	245	21,6	134	11,8

Состояние водоснабжения и канализации больниц. Из общего числа обследованных палат (1315) холодная вода была подведена в 518 (39,4%) палаты. Наиболее высокий процент раковин с холодной водой отмечен в родильных (49,6%) и инфекционных (48,6%) отделениях, а наиболее низкий в отделениях терапии (14,1%). Еще хуже обстоит дело с обеспечением пациентов горячей водой. Из 1315 палат ни в одной нет горячей воды. Ванной комнатой располагают лишь 41(27,2%) отделение, где горячая вода подается через водонагреватели типа «Аристон». По данным нашего исследования больные из 261 (19,8%) палат пользуются палатными санузлами, остальные больные, где нет туалетов в палатах, пользуются туалетами отделений и надворными туалетами. Из 151 обследованных отделений отдельные женские уборные имелись только 102 (67,6%), а оборудованы восходящим душем лишь 17 (16,7%).

Подсобное помещение для мойки, обработки и хранения предметов ухода (подкладные судна, мочеприемники, подкладные круги, грелки и прочие) имелись только в 23 (15,2%) отделениях из 151 обследованных. Однако они не были оборудованы приспособлением и специальным сливом для мойки суден, мочеприемниками, паровым стерилизатором для их дез-

инфекции, шкафом с вытяжкой для «хранения выделений», ларем для грязного белья, шкафом для предметов уборки, столом для мытья клеенок и умывальником. В большинстве отделений обработка суден и их хранение производилась в туалете для больных. Помещения санитарных узлов в 43% не имеют естественного освещения, а в 32% полы не покрыты метлахской, а панели глазурованными плитками.

Вода используется не только для удовлетворения физиологических потребностей, но и для поддержания санитарно-гигиенического комфорта пациентов. В этой связи мы провели анкетирование среди 722 пациентов, из которых 264 (34,2%) не удовлетворены состоянием туалетов и душевых кабин и 39 (5,1%) пациентов - санитарно-гигиеническим состоянием палат.

Таким образом реструктуризации больничных комплексов в Кыргызской Республике была проведена без учета санитарно-гигиенических норм и требований. В результате подавляющее число больничных комплексов имеют неудовлетворительные санитарно-технические характеристики по водоснабжению, канализации, отоплению, находятся в аварийном состоянии и нуждаются в капитальном ремонте.

Глава 4. Кочная мощность и соответствие отделений больниц санитарно-гигиеническим требованиям. *Обеспеченность больничными койками.* За период с 2000 по 2007 гг. обеспеченность больниц койками в целом по республике сократилась в 1,3 раза (с 34,4 до 26,3 тыс. коек). Обеспеченность койками в расчете на 10 000 населения сократилась по стране с 70,4 до 50,6 коек. Сокращение числа коек по регионам республики происходило неравнозначно. Если число коек в г. Ош сократилось в 3,8 раза, то в Чуйской области в 1,9 раза, тогда как в г. Бишкек осталось на прежнем уровне. После реструктуризации работа койки в году повысилась на 5,0% (с 307 дней - 2000 г, до 323 дня – 2007 г.), к тому же увеличился оборот койки и сократилось время пребывания больного в стационаре на 26,8% - с 13,7 (2000 г.) до 10,8 (2007 г.). Однако число больных, прошедших стационарное лечение увеличилось на 1,5% с 77,7 тыс. (2000г.) до 78,6 тыс. (2007 г.), а показатель госпитализации изменился еще меньше - с 14,9 до 15,1 на 100 жителей. Число госпитализированных по республике увеличилась за счет г. Бишкек, в остальных регионах число госпитализированных сократилось (табл.4).

Экономический эффект от сокращения коечного фонда не вызывает сомнений, однако стало очевидным, что число больничных коек в расчете на стационар (больницу) возросло в 1,6 раза, а в некоторых регионах в 6,8 раза, что свидетельствует о перегрузке больниц, недостаточной организации обслуживания больных и несоблюдении санитарно-гигиенических нормативов. В Кыргызстане норматив обеспечения населения больнич-

ными койками снизился. Коечный фонд страны сократился на половину и составил 50,6 койки на 10 тыс. населения. Дальнейшее снижение обеспечения населения больничными койками приведет к более выраженной перегрузке больниц, обслуживание больных уже станет неуправляемым.

Таблица 4

Мощность стационарных учреждений (обеспеченность койками)

Наименование региона	Развернуто коек				Сопоставление число коек					
	абс. число		разница		на одно учреждение			на 10 000 населения		
	2000	2007	абс. число	в число раз	2000	2007	в число раз	2000	2007	в число раз
Всего по Республике	34412	26345	-8067	1,3	112	179,2	1,6	70,4	50,6	1,4
г. Бишкек	2259	2165	-94	1,0	205	196,8	1,0	29,5	26,7	1,1
Баткенская область	2511	1879	-632	1,3	83,7	170,8	2,0	64,3	44,3	1,5
Джалал-Абадская область	5457	4004	-1453	1,4	94,1	105,4	1,1	61,6	41,0	1,5
Иссык-Кульская область	2243	1284	-959	1,7	83,1	142,7	1,7	53,8	29,7	1,8
Нарынская область	1515	892	-623	1,7	54,1	127,4	2,4	59,9	33,1	1,8
Ошская область	7236	6104	-1132	1,2	89,3	234,8	2,6	60,2	46,3	1,3
г. Ош	3545	940	-2605	3,8	49,5	313,3	6,3	149,1	37,6	4,0
Таласская область	1192	718	-474	1,7	79,5	89,75	1,1	58,8	33,1	1,8
Чуйская область	4318	2318	-2000	1,9	114	178,3	1,6	30,2	30,6	1,0
Республиканские учреждения	7681	6981	-700	1,1	-	-	-	-	-	-

Санитарно-технические характеристики больниц после реструктуризации. Подавляющее число стационаров (55,3%) остались в приспособленных помещениях. Только стационары с коечной мощностью от 200 коек и выше размещены в зданиях, построенных по типовым проектам. Большинство больниц не отвечает санитарно-гигиеническим и техническим требованиям, и нуждаются в капитальном ремонте. Особенно неблагоприятное положение складывается в сельской местности, где 1/3 боль-

ничных зданий (34,1%) находятся в аварийном состоянии. Между тем финансирование бюджета медицинских учреждений по статье «капитальное строительство и ремонт» близко к нулевой отметке.

Результаты исследования показали, что 98% отделений развернуто в одной палатной секции, вместимость которых не превышает 30 коек (табл. 5). Из общего числа палат однокочные палаты составили 4,8% или 0,5 палаты на одно отделение, тогда как по нормативам в каждом отделении (секции) должно быть не менее двух однокочных (изолированных) палат. Современными санитарными правилами и нормами предусмотрено максимальное количество коек в палатах для взрослых - 4 койки, а для детей до года – 2 койки.

Таблица 5

Количество коек в палатах по профилю отделения

Количество коек в палатах	Наличие палат		в том числе по профилю отделения				
	абс. число	%	инфекционное	терапевтическое	хирургическое	родильное	детское
1	102	4,9	28	13	13	47	1
2	542	25,8	109	128	101	159	45
3	315	15,0	80	77	44	63	51
4	624	29,7	74	191	177	133	49
5	264	12,6	18	68	78	64	36
6	152	7,2	8	35	59	33	17
7	38	1,8	2	13	10	9	4
8	60	2,9	1	14	36	7	2
9	5	0,2	-	1	3	1	-
Всего	2102	100,0	320	540	521	516	205

По нашим наблюдениям в общем числе палат преобладают 4-местные, их доля составляет 29,7%. Палаты с числом коек более 5 в общем числе составили 24,7% (519). В зависимости от профиля отделений наполняемость палат койками меняется. В родильных и инфекционных отделениях преобладают 2-х местные палаты, в терапевтических и хирургических - 4-х местные, в детских отделениях - 3-х местные. Многоместные палаты (более 4-х) в инфекционных отделениях составили 9,1%, терапевтических - 24,3%, хирургических – 35,7%, родильных - 22,1% и дет-

ских -28,8%. Кровати, как правило, стоят вплотную к наружной стене, хотя рекомендуется располагать на расстоянии не ближе 1 м от наружной стены. В 72% палатах расстояние между койками менее 0,6 метра, при норме 1 метр. Из мебели, 60% многоместных палат не имеют стола, 75% стульев, 82% вешалок для верхней одежды. Прикроватные столики для приема пищи или чтения имеются в наличии, но пользуются ими в 22 отделениях.

В настоящее время рекомендуется комплектовать отделения (секции) из четырехкочных (60% коек) и двухкочных (20% коек) палат. Данный оптимальный вариант больницами Кыргызстана не выдерживается, к тому же в многоместных палатах отмечается скученность и отсутствие удобств. Далеко не все больные имеют прикроватные тумбочки (0,6 тумбочки на койку).

Анализ режима инсоляции и естественного освещения 261 отделений разного профиля показал, что в среднем на одну палату приходилось по 1,6 окна. Из 2102 окон ориентированы на юг 828 (39,4%), на восток - 533 (25,4%), север - 412 (19,6%) и запад - 329 (15,7%). В инфекционных и детских отделениях окна чаще ориентированы на север (38,4%), в остальных преимущественно на юг: в терапевтических-38,1%, хирургических - 47,4% , родильных - 43,6% и детских -34,6%. Кыргызская Республика расположена между 69-80⁰ в.д. и 39-43⁰с.ш. Согласно рекомендациям на этой долготе и широте окна в палатах должны ориентироваться на юг и восток, однако значительная часть окон ориентирована на север, особенно это касается инфекционных отделений, где ориентация окон на север составляет 38,4%.

Проведенные исследования показали, что естественное освещение в ряде палат не соответствует санитарным нормам. Так 9,0% палат имеют глубину более 6 метров. В 187 (8,9%) палатах глубина превышает ширину более чем в 2 раза. Коэффициент естественного освещения (КЕО) менее единицы отмечен в 498 (23,7%) палатах. Данные показатели указывают на недостаточность в палатах естественного освещения, что наблюдается преимущественно в терапевтических и хирургических отделениях.

При обследовании искусственного освещения установлено, что на 2102 палат имеется 2603 устройства для ламп накаливания, в среднем по 1,2 устройства на одну палату. Однако в тех палатах, в которых было две лампочки накаливания функционировала одна (в целях экономии). Как результат более чем в половине палат (1039 палат) освещение ниже допустимого - ниже 30 лк. По отделениям этот показатель колеблется от 31,9 до 59,3%. Наибольшее количество палат с недостаточным освещением отмечено в отделениях хирургического (52,2%) и терапевтического (59,3%)

профиля. Настенные светильники над кроватями, как и люминесцентные лампы ни в одной больнице не практикуются.

Таким образом, естественное и искусственное освещение более чем в половине обследуемых палат не соответствует нормативам. При этом ориентация и площадь окон в большинстве палат не способствует биологическому, тепловому и бактерицидному действию солнечной радиации.

Отопительные системы, температурный режим и методы регулирования. Анализ показал, что почти половина всех зданий и помещений в системе здравоохранения, оказывающих стационарную помощь, не имеют централизованного отопления (табл.6).

Таблица 6

Структура отопительной системы зданий стационаров
различной коечной мощности

Мощность больниц		Вид отопления		
Число коек	Число зданий	центральное	электрическое	печное
30-79 коек	374	10,1	60,2	29,7
80-99 коек	88	22,7	65,9	11,4
100-149 коек	155	16,8	60,0	23,2
150-199 коек	135	40,0	45,9	14,8
200-249 коек	149	16,7	59,1	24,2
250-350 коек	67	16,6	70,1	13,4
свыше 350 коек	166	43,4	48,2	8,4
Всего	1134	246 (21,7%)	652 (57,5%)	236 (20,8%)

Даже в больницах с коечной мощностью более 100 коек отмечен высокий удельный вес печного отопления. Высота палат стандартная от 3,2 до 3,3 м. Объем воздуха на одного больного составила в среднем 15,3 м³ при норме 20-25 м³ и двукратном обмене воздуха в течение часа. Кубатура воздуха на одного больного в терапевтическом отделении колеблется в пределах 14,7 м³, в хирургических отделениях еще меньше - 14,4 м³. Двукратного обмена воздуха можно достичь путем механической вентиляции. Однако приточно-вытяжной вентиляцией обеспечено лишь 43,2% палат, фрамугами – 41,4% и форточками - 47,5%. Наиболее высокий уровень обеспечения приточно-вытяжной вентиляцией имеют родильные отделен-

ния (53,9%), фрамужное – детские отделения (52,7%) и форточное – инфекционные (60,3%). Из этих данных следует, что около половины палат (47,5%) не имеют двукратного воздухообмена.

Влияние комфортности на деятельность отделений было изучено в отделениях хирургического и акушерского профиля, где 1825 хирургических больных получали лечение с высоким уровнем благоустройства палат и 1466 с низким уровнем. И в акушерских отделениях соответственно с высоким уровнем благоустройства палат – 970, а с низким уровнем – 1021 (табл.7).

Таблица 7

Влияние благоустройства палат на результат деятельности отделений

Критерии оценки	Высокий уровень комфорта (ИП от 0,8 до 1)		Низкий уровень комфорта (ИП от 0,4 до 0)		t	P
	Число	$p \pm m$	Число	$p \pm m$		
Хирургическая активность	1201	65,8±1,1	790	53,9±1,3	7,0	<0,001
Послеоперационные осложнения	48	4,0±0,6	62	7,8±1,0	3,3	<0,001
Послеоперационная летальность	12	0,7±0,3	13	1,8±0,5	2,0	>0,01
Общая летальность	25	1,2±0,3	32	2,2±0,4	2,2	<0,001
Заболеваемость новорожденных	14	1,4±0,4	28	2,7±0,5	2,1	>0,01
Ранняя неонатальная смертность	40	4,1±0,6	64	6,3±0,8	2,2	>0,01
в т. ч. с массой тела 500-999 грамм	33	70,3±6,5	46	88,4±4,4	2,3	<0,001
Перинатальная смертность	63	6,5±0,8	91	8,9±0,9	2,0	>0,01
в т. ч. с массой тела 500-999 грамм	37	82,2±5,7	50	96,2±2,7	2,2	<0,001

Оценка комфортности проводилась в интегральных показателях (ИП) в соответствии с рекомендациями Корецкого И.В. (2004). Статистическая обработка данных показала, что в хирургических отделениях с высоким уровнем комфортности на 11,9% выше хирургическая активность, но ниже на 3,8% частота послеоперационных осложнений и на 1% ниже послеоперационная и общая летальность. В акушерских отделениях про-

слеживаются различия между отделениями с высоким и низким комфортом по таким показателям как «заболеваемость новорожденных» на 1,3%, «ранняя неонатальная смертность» на 2,2% и «перинатальная смертность» на 2,4%. Особенно чувствительны к неблагоприятным воздействиям новорожденные с массой тела от 500 до 999 г. Так, ранняя неонатальная смертность с данной массой в отделениях с низким уровнем комфорта выше на 18%, а перинатальная смертность – на 14%.

В заключение отметим, что исполнение санитарно-эпидемиологических правил и нормативов (СанПиН -2.1.3.003-03) не контролируются ни сотрудниками санэпидстанций, ни администрацией больниц. Между тем, проведенные исследования показали, что микроклимат, подавляющего числа палат не соответствует гигиеническим требованиям. Этим самым не достигается эффективный путь к быстрейшему выздоровлению больного.

Глава 5. Противозидемический и внутрибольничныи режим в больницах и отделениях. Приемное отделение (санпропускник). Обследовано 151 санпропускник территориальных и областных объединенных больниц (табл.8).

Таблица 8

Соответствие помещений санпропускников в приемных отделениях

Тип приемных отделений	Число обследованных отделений	Количество помещений санпропускника			
		в наличии		недостает	
		число	%	число	%
Инфекционное	24	57	37,5	95	62,5
Терапевтическое	29	37	27,0	100	73,0
Хирургическое	36	59	30,1	137	69,9
Родильное	47	60	29,6	143	70,4
Детское	15	27	31,0	60	69,0
Всего	151	239	30,8	536	69,2

Приемное отделение зачастую состоит из одно-двух помещений, тогда как по нормативам должно быть не менее пяти. В санпропускниках в 24 инфекционных отделениях недостает 95 (62,5%) помещений, в 29 терапевтических – 100 (73,0%), в 36 хирургических -137 (69,9%), в 47 родильных -143 (70,4%) и в 15 детских – 60 (69,0%). Структура приемных отделений соответствовала нормативам только в 8 (5,1%) боль-

ницах. Наиболее часто совмещались ожидальня и смотровая, ванная раздевальная и одевальная. Только в одной больнице раздевальня оборудована парикмахерской и камином для сжигания волос. Помещения для изоляции поступающих больных с целью предупреждения внутрибольничных инфекций в приемных отделениях отсутствуют.

Площади помещений приемного отделения в большинстве стационаров не соответствуют нормативам. Несоответствие площади вестибюля отмечено в 105 (69,5%) случаях, смотровой комнаты в 97 (64,2%) случаях и ванной в 198 (64,9%). При этом 93 вестибюлей не имеют уборной с одним унитазом и умывальником в шлюзе.

Из 151 обследованных санпропускников 29 (19,2%) не имеют холодной воды, 25 (16,6%) не имеют горячей воды и 25 (16,6%) сливной канализации. Наиболее бедственное положение с обеспечением холодной водой испытывают санпропускники инфекционных (33,3%) и хирургических (19,4%) отделений. Одна четвертая санпропускников инфекционных отделений не имеют горячей воды, чуть меньше (20,0%) санпропускники детских отделений, хирургии (19,4%) и терапии (10,3%). Централизованное горячее водоснабжение в приемных отделениях присутствуют только в 6 больницах, но поступает она только в зимнее время (в период отопления), остальные приемные отделения оборудованы приборами для нагревания воды типа «Аристон».

Недопустимо высокий удельный вес приемных отделений, в которых отсутствует канализация. Не имеют канализации 37,5% санпропускников инфекционных больниц, 13,9% - хирургических отделений и 13,8% терапевтических.

Анализ санитарно-эпидемиологического состояния приемных отделений показал, что они размещаются в зданиях, архитектурная планировка которых не отвечает санитарно-гигиеническим нормам. Лишь незначительной части больных проводится санитарная обработка с помывкой и переодеванием в больничное белье. На момент обследования из 230 госпитализированных больных санитарную обработку прошли 47 (20,4%) больных. Педикулез выявлен у 4-х, чесотка – у 3-х, грибковые заболевания стоп – у 6-и, гнойничковые заболевания кожи – у 8-и больных. В ряде случаев данные заболевания были пропущены в приемном отделении, но диагностированы лечащим врачом. Так, педикулез в качестве сопутствующего заболевания отмечен у 4 больных, госпитализированных в стационары Чуйской области, чесотка выявлена у 348 больных (0,53%). Интенсивный показатель чесотки, как сопутствующего заболевания, колебался по регионам от 0,02 ‰ (Чуйская область) до 5,1 ‰ (Нарынская область). Гнойничковые заболевания кожи являются наиболее частой

сопутствующей патологией -10,9%. Наиболее высокий уровень гнойно-септической инфекции отмечен в Ошской области (14,3%), а минимальный – 6,9% в Таласской области. Микозы в качестве сопутствующего заболевания отмечены у 507 (0,8%). Данный показатель колебался от 0,2% (Чуйская область) до 1,3% (Баткенская область). Наличие этих заболеваний указывает на то, что больные не могут быть госпитализированы без надлежащей санитарной обработки.

Организация больничного питания. При всех областных больницах пищеблок размещен в приспособленных помещениях. В Джалал-Абадской областной объединенной больнице пищеблок располагается в одном здании с хозяйственным складом. В Таласской областной объединенной больнице пищеблок размещен в одном здании с прачечной, котельной и складом, в Иссык-Кульской областной объединенной больнице в одном здании с пекарней. Исследования показали, что пищеблоки от лечебных корпусов расположены на расстоянии от 30 до 120 метров. Пищеблоки больниц не соответствуют нормативом по набору основных производственных помещений: мясной, рыбный, овощной разделочные цехи, цех для кондитерских изделий и приготовления холодных блюд, моечная кухонной посуды. Как правило, отсутствуют экспедиционные помещения. Сухие продукты длительного хранения (мука, крупы, сахар и др.) и холодильные камеры для таких продуктов, как мясо, рыба, молоко находятся в одном помещении. Из 15 холодильных установок 7 не работают, из другого оборудования, насчитывающих 63 единицы, в нерабочем состоянии находятся 29 (46,0%). Доставка готовой пищи по отделениям осуществляется младшим и средним медперсоналом в ведрах, кастрюлях.

Лечебно-охранительный режим. В основе больничного режима лежит твердый распорядок дня, обязательный как для больных, так и для персонала. В большинстве больниц распорядок дня характеризуется строгим чередованием во времени процессов бодрствования, сна, приема лечебных процедур, приема пищи, прогулок и т. д. Исследования показали, что лечебно-охранительный режим зачастую нарушается по причине несовершенства больничного строительства, несоответствие земельного участка санитарно-гигиеническим требованиям, внутренней планировки больничных зданий и других недостатков.

Подсобные помещения для мойки, обработки и хранения предметов ухода (подкладные судна, мочеприемники, подкладные круги, грелки и прочие) имелись только в 23 (15,2%) отделениях из 151 обследованных отделений. Однако они не были оборудованы приспособлениями и специальным сливом для мойки суден, мочеприемников, паровым стерилизатором для их дезинфекции, шкафом с вытяжкой, ларем для грязного белья, шка-

фом для предметов уборки, столом для мытья клеенок и умывальником. В большинстве отделений обработка суден и их хранение производится в туалете для больных. Дезинфекцию предметов ухода производят путем погружения в 0,2% раствор хлорной извести (0,5% раствор хлорамина) на 40—60 мин. Необходимо повсеместно внедрять аппараты для промывания и термической стерилизации подкладных суден и мочеприемников, работающие на электрической энергии.

Оценка рабочих мест и квалификация врачей. Состояние рабочих мест врачей обследовано в 261 отделении, где занято профессиональной деятельностью 2268 врачей различных специальностей. В 197 (78,5%) отделениях рабочим местом является ординаторская. В 54 (21,5%) отделениях ординаторская совмещена с кабинетом заведующего отделением. Усредненная площадь ординаторской составляла 16,4 м². Ординаторские в хирургических отделениях имеют наибольшую площадь (19,7 м²), а родильные отделения наименьшую (13,5 м²).

Комфорт персонала начинается с обеспечения его водой, как для удовлетворения физиологических потребностей, так и для поддержания санитарно-гигиенического порядка. Раковина для мытья рук персонала имеется только в 32 из 261 ординаторских. Отдельный туалет для персонала имеется не в каждом отделении. Медперсонал 40 (26,4%) отделений пользуется туалетом для больных. Фактически больше, так как 28 (25,2%) санузлов находились в неисправном состоянии. Наиболее число неисправных туалетов в инфекционных отделениях (47,6%).

В числе врачей, оказывающих стационарную помощь, женщины составляют 52,8%, мужчины - 47,2%. В составе врачей преобладают лица среднего и пожилого возраста, в том числе лица предпенсионного и пенсионного возраста - 28,1%. В структурных подразделениях территориальных больниц преобладают лица пенсионного возраста и сокращается число специалистов в возрасте до 35 лет. Омоложение специалистов в областных объединенных больницах и территориальных больницах и старение медицинского персонала в структурных подразделениях территориальных больниц обусловлено тем, что выпускники высших медицинских заведений отказываются работать на периферии по неудовлетворительным социально-бытовым причинам.

Удельный вес врачей со стажем менее 5 лет в целом небольшой - 13,1%. В структурных подразделениях территориальных больниц преимущественно работают врачи со стажем более 30 лет. За последний пятилетний период отмечена выраженная тенденция повышения квалификации врачами разных учреждений. Наиболее часто повышают квалификацию врачи в возрасте 36-45 лет (58,8%) в территориальных (56,9%) и в об-

ластных больницах (50,4%). Число врачей имеющих высшую категорию в областных объединенных больницах составляет 34,1%, тогда как в территориальных больницах – 28,3% и в структурных подразделениях территориальных больниц – 26,1%. В тоже время высокий удельный вес врачей без категории: 40,2%, 53,3% и 58,7% соответственно. Возможности роста их профессионального мастерства ограничены, что обусловлено недостаточным финансированием по статье «командировочные расходы» и трудностями замены врачей на период обучения вследствие низкой укомплектованности и высокой текучестью кадров.

Проведенные исследования показали, что медперсонал не имеет элементарных санитарно-гигиенических условий: раковины для мытья рук, душевых, отдельных туалетов и др., в результате они являются невольными распространителями больничной инфекции. Проблема профессиональной заболеваемости медицинских работников приобретает сегодня все большую актуальность в связи с резко возросшим темпом их деятельности, так как перемены происшедшие в обществе требуют медицинских услуг в большем объеме, более высокого качества, в сжатые сроки, при финансовом ограничении как больницы, так и лечащего врача.

Учитывая возросший интерес населения к гигиене больниц, необходимо по примеру других стран в штаты стационаров ввести новую должность - «госпитальный гигиенист», деятельность которого сводилась бы: к систематическому контролю санитарного состояния больниц; к сведению до минимума риска госпитальной инфекции; к созданию благоприятного микроклимата в отделениях больниц; к созданию обстановки покоя, удобства и благоприятных эстетических впечатлений.

Глава 6. Показатели заболеваемости, степень эффективности госпитального лечения и кадровый состав больниц. Физическая доступность к квалифицированной стационарной помощи. Стационарную помощь населению оказывают областные объединенные больницы (ООБ), территориальные больницы (ТБ), а также структурные подразделения и филиалы ТБ (СП ТБ, ФТБ). Доступность сельского населения к больничным медицинским услугам определяется такими составляющими, как, расстояние до ближайшего лечебного учреждения, времени необходимым для обращения в больницу и наличием транспортной связи. Однако, часть структурных подразделений и филиалов территориальных больниц (13,8%) удалена на расстоянии 60 - 100 км, а 9,1% - даже более чем на 100 км от больничного центра административной территории. В целом же удаленность от областной объединенной больницы до 60 километров составляет 48,3 %, более 60 километров составляет 51,7%. Только (46,3%) больниц, расположенных в радиусе до 60 километров от районного и об-

ластного центра связано хорошей асфальтированной трассой. Но только 53,7% больниц, удаленных от центра на 60 километров, связаны с центром разбитыми асфальтными или грунтовыми дорогами. Такая же тенденция наблюдается и у больниц, которые расположены более чем на 60 километров от районного и областного центра, а у больниц, которые удаленных на 100 километров и более от районного и областного центра, состояние дорог характеризуется плохим состоянием и составляет 68,8%. На проезд в районный центр менее половины населения (45,9%), проживающего в районе деятельности больниц (структурные подразделения или филиалов территориальных больниц) затрачивает до 1 часа, 29,4% - от одного до двух, а 24,8% - более двух часов. На проезд в областной центр только 25,0% и 39,1% населения проживающего в районе деятельности больниц (городские и районные территориальные больницы) затрачивает до 1 часа, 25,0% и 15,2% - от полутора до двух, а 50,0% и 45,7% - более двух часов соответственно.

Учитывая, что в перспективе в республике намечено перейти на административное управление по районам, а существующие размеры территорий по областям не позволяют обеспечить равенство и медицинскую доступность, необходимо пересмотреть границы существующего административного деления по районам. Таким образом, чтобы оно позволяло рассредоточить медицинские учреждения равномерно и тем самым создать условия для оказания равной, справедливой и своевременной экстренной медицинской помощи.

В структуре заболеваемости госпитализированных больных первое место занимают болезни органов дыхания – 20,2%, второе - болезни органов пищеварения -13,2%, третье - болезни системы кровообращения-13,1%, четвертое - болезни мочеполовой системы - 11,6%, пятое - травмы и отравления-10,7%, шестое - инфекционные и паразитарные болезни (табл. 9).

В филиалах территориальных больниц основную массу составляют пациенты с болезнями органов дыхания (29,4%) и мочеполовой системы (13,7%). В территориальных больницах пациентов с болезнями органов дыхания меньше (18,2%), но достаточно много пациентов с инфекционными и паразитарными болезнями (13,6%) и болезнями органов пищеварения (12,9%), травмами и отравлениями (12,8%). В областных объединенных больницах доминируют больные с болезнями органов кровообращения (14,3%) и пищеварения (13,5%).

В числе госпитализированных по поводу болезней органов дыхания наибольшую группу составляют больные пневмонией и гриппом (27,0%) и

респираторными заболеваниями (24,3%). Однако таким больным медицинская помощь могла быть оказана с успехом на дому.

В структуре госпитализированных больных по поводу болезней органов пищеварения пациенты с заболеванием желчного пузыря и желчевыводящих путей составляют 68,9%, поджелудочной железы (27,7%), болезнью червеобразного отростка (20,7%), гастрита и дуоденита (10,4%) и болезни печени (10,2%). Значительную часть больных из класса болезней органов пищеварения могли взять на себя филиалы территориальных больниц.

Таблица 9

Структура заболеваемости госпитализированных больных
в больницах разного типа

Основные классы болезней	МКБ - 10	Тип больницы		
		СП ТБ, ФТБ	ТБ	ООБ
Инфекционные и паразитарные	10,5	8,9	13,6	10,0
Новообразования	1,4	0,5	0,9	2,9
Болезни крови	1,0	0,9	0,8	1,3
Болезни эндокринной системы	2,7	1,6	2,7	3,7
Болезни нервной системы	4,6	3,1	5,6	5,2
Болезни глаза и его придаточного аппарата	2,5	0,1	2,4	5,0
Болезни уха и его сосцевидного отростка	1,4	0,8	1,3	2,1
Болезни системы кровообращения	13,1	13,3	11,7	14,3
Болезни органов дыхания	20,2	29,4	18,2	13,0
Болезни органов пищеварения	13,2	13,1	12,9	13,5
Болезни кожи и подкожной клетчатки	2,5	2,5	2,4	2,5
Болезни костно-мышечной системы	4,6	4,6	4,5	4,5
Болезни мочеполовой системы	11,6	13,7	10,2	10,8
Травмы и отравления	10,7	7,6	12,8	11,2
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

В структурных подразделениях и филиалах территориальных больниц в госпитализации преобладает сердечно-сосудистая патология лиц пожилого возраста: гипертоническая болезнь (43,3%), хроническая ишемическая болезнь сердца (36,3%) и цереброваскулярные болезни (8,2%). В территориальных больницах - по поводу хронической ишемической болезни сердца (34,7%), гипертонической болезни (30,8%), и цереброваскулярных болезней (18,3%). В областных объединенных больницах - доминируют такие заболевания как хроническая ишемическая болезнь сердца (38,7%), цереброваскулярные болезни (19,8%) и гипертоническая болезнь (19,0%).

Травмы и отравления занимают пятое ранговое место (10,7%). В структурных подразделениях и филиалах территориальных больниц отмечены самые высокие уровни показателя госпитализации по поводу отравлений (10,1%), переломов костей конечностей (9,2%), открытых ранений (8,7%). В территориальных больницах - по поводу переломов костей конечностей (13,2%), открытых ранений (8,9%), отравления (8,3%). В областных объединенных больницах - по поводу переломов костей конечностей (15,6%), переломов костей черепа, позвоночника (9,7%), открытые ранения (8,5%) для оказания специализированной травматологической и нейрохирургической помощи.

Хирургическая помощь в филиалах ТБ, как правило, оказывается в экстренном порядке. Экстренные операции превышают плановые в два раза, что указывает на низкое качество первичной медико-санитарной помощи. Такое положение не только негативно сказывается на состоянии здоровья персонала, но и является причиной роста нерациональных финансовых затрат. Размеры оплаты специалистам за оказание экстренной помощи в отдельных больницах превышает основной месячный оклад. К тому же экстренные операции относятся к числу дорогостоящих методов лечения и часто сопровождаются гнойно-септическими осложнениями.

Таким образом, в филиалах и базовых ТБ отмечены самые высокие уровни госпитализации больных, высокие риски возникновения внутрибольничной инфекции, а условия для внутрибольничного распространения в этих стационарах наиболее благоприятные: отсутствуют условия для изоляции, зачастую не соблюдается санитарно-гигиенический режим. К тому же при экстренных операциях недопустимо высокий уровень послеоперационной летальности, особенно при таких заболеваниях как острая кишечная непроходимость, острый панкреатит, прободная язва и желудочно-кишечные кровотечения. Поэтому организация экстренной хирургической помощи является одним из не отработанных элементов оказания стационарной помо-

щи, как в плане снижения госпитальной инфекции, так и в плане снижения интенсивности работы стационаров и финансовых затрат.

Обеспеченность больниц медицинскими кадрами. За период с 2000 по 2007 года, штатная численность врачебного персонала сократилась на 58,8% (с 5891 до 2425,7) (табл. 10). Наибольшее сокращение штатных единиц отмечено в Ошской области (на 76,5%), Таласской (на 67,7%), Нарынской (на 66,4%), тогда как в Чуйской области численность врачей сократилась на 26,5%, а в Иссык-Кульской – лишь на 16%. Наряду с этим произошло сокращение врачей и по числу физических лиц. Так, в Ошской области число врачей с 2000 по 2007 гг. сократилось на 77,9% (с 1400 до 309), в Таласской области - на 77,8% (с 388 до 86), в Нарынской – 72% (с 529 до 148).

Таблица 10

Численность врачебного персонала в больницах в динамике
(2000 – 2007 гг.)

Наименование областей	Годы наблюдения				Различия в %	
	2000		2007			
	Штатных (абс.)	Физ. лиц (абс.)	Штатных (абс.)	Физ. лиц (абс.)	Штатных	Физ. лиц
Баткенская	776,75	525	285	197	63,3	62,5
Джалал-Абадская	1431,75	1047	570,5	362	60,2	65,4
Иссык-Кульская	464,5	519	390	284	16,0	45,3
Нарынская	533	529	179,25	148	66,4	72,0
Ошская	1620	1400	380,75	309	76,5	77,9
Таласская	394	388	127,25	86	67,7	77,8
Чуйская	671	724	493	434	26,5	40,1
Всего	5891	5132	2425,75	1820	58,8	64,5

Обеспеченность стационаров врачебными кадрами в интенсивных показателях представлена в таблице 11. Из данной таблицы следует, что обеспеченность врачами в расчете на 100 коек сократилась в целом по республике в 2,1 раза. Другие показатели обеспеченности врачами - число врачей на 100 госпитализированных больных, на 10 000 населения также указы-

вают на значительное сокращение врачей в стационарах. Произошло не только сокращение численности врачей, но и увеличение нагрузки на врача. Если в 2000 г на 100 коек приходилось 86,3 врача, то в 2007 г - 41,1, что отразилось на качестве стационарной помощи. При этом прослеживается явное административное неравенство. Наибольшее сокращение числа врачей в расчете на 100 коек произошло в Ошской области – в 4,1 раза (с 67,4 в 2000 г до 16,6 в 2007 г), тогда как в Иссык-Кульской области число врачей на 100 коек увеличилось в 0,7 раза.

Таблица 11

Показатели обеспеченности больниц врачами в динамике (2000 – 2007 гг.)

Наименование областей	Различия во сколько раз		
	на 100 коек	На 100 госпитализированных	На 10000 населения
Баткенская	2,9	3,1	2,9
Джалал-Абадская	2,2	2,7	2,7
Иссык-Кульская	+ 0,7	1,0	1,2
Нарынская	2,6	3,7	3,1
Ошская	-4,1	9,3	4,6
Таласская	2,6	4,1	3,3
Чуйская	1,2	1,5	1,4
по Республике	2,1	3,1	2,6

К негативной специфике труда медицинского персонала следует отнести суточные и ночные дежурства, отсутствие фиксированных обеденных перерывов, нередко удлиненная часть рабочего дня, а главное низкий уровень оплаты труда медицинских работников. Номинальная заработная плата сотрудников здравоохранения составляет 2541 сом, что составляет 64,0% к средней заработной плате по республике. 40,2% от заработной платы сотрудников производства и распределения электроэнергии, газа и воды и 23,5% от специалистов финансовой деятельности, у которых средняя заработная плата превосходит таковую медицинских работников в 4,2 раза. Разрыв между номинальной зарплатой и потребительским бюджетом в сфере здравоохранения с каждым годом сокращается. Если в 2003 году зарплата покрывала потребительский бюджет на 52,1%, то в 2007 году уже на 82,4%. Таким образом, уровень заработной платы медицинских работников таков, что не покрывает минимальный потребительский бюджет,

тогда как у работников других сфер зарплата перекрывает потребительский бюджет в 1,5 -3,5 раза (табл.12).

Таблица 12

Сопоставление зарплаты работников системы здравоохранения с зарплатой работников других отраслей

Предприятия и организации по видам экономической деятельности	Годы наблюдения					Уровень зарплаты медицинских работников относительно других отраслей	
	2003	2004	2005	2006	2007	%	раз
	Всего в экономике	1916	2240	2613	3270	3970	64.0
в том числе: здравоохранение	943	1126	1368	1751	2541	-	-
государственное управление	2792	3132	3525	3753	4469	56.9	1,8
производство и распределение электроэнергии, газа и воды	3752	4116	4410	5340	6315	40.2	2,5
финансовая деятельность	5489	7507	9655	10669	10791	23.5	4,2

Источник: Статистический ежегодник Кыргызской Республики. – Бишкек, 2008.

В целом в кадровом обеспечении прослеживается целый ряд негативных моментов, в частности, дефицит врачей, перегрузка медперсонала, низкий уровень оплаты труда, социально бытовая неустроенность, что негативно сказалось на состоянии здоровья сотрудников, их материальном положении и качестве стационарной помощи.

Оценка качества стационарного лечения. Для оценки эффективности организации стационарной помощи мы использовали показатель полноты догоспитального обследования. Нами установлено, что уровень этого показателя по стационарам с различной коечной мощностью очень низок и составляет в среднем лишь 11,0%. Анализ госпитализированных по каналам поступления показывает, что среди больных, у которых отмечалось полное догоспитальное обследование были госпитализированы по направлениям из групп семейных врачей – 45,9%, по направлениям из амбулаторно-диагностических отделений территориальных больниц – 17,1% и по направлениям узких специалистов Центров семейной медицины –

33,7%. Анализ наших исследований показал, что дефекты в обследовании выявлены в среднем у $31,2 \pm 0,4\%$ госпитализированных. Нами установлено, что хуже всего диагностическое обследование ведется в больницах мощностью до 80 коек, в этих учреждениях дефекты диагностики выявлены практически у каждого третьего госпитализированного ($35,9 \pm 1,2\%$), в больницах с коечной мощностью 100-149 данный показатель составил $33,8 \pm 1,0\%$ и больница с 200-249 койками – $32,3 \pm 0,9\%$. Качество диагностики значительно лучше в больницах с коечной мощностью 250-350 коек и 350 коек и выше, где дефекты обследования выявлены у $21,9 \pm 0,9\%$ и $24,1 \pm 0,9\%$ госпитализированных.

По данным нашего исследования в региональные стационары своевременно госпитализируется в основном в 1 день после установления диагноза. В больницах с коечной мощностью 100-149 коек, 150-199 коек и 200-249 коек своевременно госпитализируется 80,0%, 80,3% и 80,5%. Соответственно данные категории больниц имеют более высокий показатель в сравнении с другими категориями больниц. Это связано с тем, что данная категория больниц состоит в основном из территориальных больниц расположенные в районных центрах и жители прилегающих населенных пунктов к районному центру госпитализируются в течение первых двух суток.

По данным анализа $22,9 \pm 0,3\%$ госпитализированных не получают в стационаре качественного лечения (лечение не соответствует диагнозу, проведены неэффективные процедуры, допущены дефекты в тактике лечения). По данным нашего исследования установлено, что наибольшее число дефектов при лечении больных в больницах с 30-80 и 100-145 койками было допущено при болезнях органов кровообращения ($45,4 \pm 3,9\%$ и $28,7 \pm 3,2\%$ соответственно). В больницах с 80-99 койками при лечении болезней эндокринной системы – $34,3 \pm 8,0\%$. В больницах коечной мощностью 150-199 коек наибольшее число дефектов при лечении было при болезнях крови ($42,2 \pm 5,2\%$). В больницах с коечной мощностью 200-249 коек при оказании помощи по поводу травм и отравлений – $27,3 \pm 3,0\%$. В больницах с мощностью 250-349 коек - при лечении болезней органов пищеварения $38,7 \pm 3,1\%$. А в больницах свыше 350 коек высокий показатель дефектов - при лечении было отмечено при оказании лечебной помощи по поводу болезней уха и сосцевидного отростка, где показатель составил $32,0 \pm 6,6\%$.

Анализ качества лечения по конечным результатам, проведенный на основании данных ФОМС, показал, что повышение удельного веса дефектных случаев на 24% было допущено в Нарынской и на 12% в Таласской областях. Более значительное увеличение дефектных случаев отме-

чается в Ошской -54% и в Джалал-Абадской областях -54%. В структуре допущенных дефектов в стационарах основную долю занимают дефекты лечения (31%), дефекты по оформлению документации (28%) и дефекты обследования (22%). Наличие дефектов, такие как несвоевременный осмотр плановых больных указывает на организационные недоработки в плане своевременности предоставления медицинской помощи. Несоответствие лечения клиническим протоколам составило 18%, а необоснованное назначение лекарственных средств - 13%.

В качестве индикатора стационарных услуг терапевтического профиля взяты пациенты с болезнями органов дыхания. Терапевтическим стационарам удалось снизить смертность от болезней органов дыхания за счет увеличения числа госпитализаций, но вместе с этим увеличилась первичная инвалидность. Данная ситуация указывает на то, что в терапевтических стационарах после купирования острого процесса не проводятся достаточные мероприятия по выхаживанию.

ВЫВОДЫ

1. Реформирование системы здравоохранения позволило сохранить определенный кадровый потенциал и сеть медицинских учреждений без улучшения санитарно-технических и гигиенических условий стационаров. Это привело к неравномерному распределению объема и структуры больничной помощи в различных территориальных зонах Кыргызской Республики. По уровню потенциала общественного здравоохранения среди стран Европы, Кыргызская Республика занимает 13 ранговое место.

2. В секторе здравоохранения с 2000 по 2007 гг. сеть организаций здравоохранения, оказывающих стационарную помощь, сократилась в 2,1 раза, а в отдельных регионах в 3-4 раза. При этом значительная часть помещений (25,9%) находится в аварийном состоянии, требующем ремонта, особенно в сельской местности (1/3 или 34,1%). Отсутствие планов нового строительства типовых больниц в системе здравоохранения на ближайшие (10-15 лет) в значительной степени ухудшит оказание стационарной помощи, особенно на территориальных уровнях.

3. Установлено, что санитарно-гигиеническое состояние территорий, их зонирование, озеленение, ограждение, освещение, а также архитектурно-планировочные и конструктивные решения зданий не обеспечивают оптимальных санитарно-гигиенических и эпидемических режимов при оказании стационарной помощи населению, а также условий труда для медицинского персонала.

4. Процессы реструктуризации, включающие сокращение коечного фонда по причине недофинансирования, снизили обеспеченность койками

с 70,4 до 50,6 коек, при минимальном показателе 46,6 коек на 10000 населения. Это снизило число госпитализированных больных в Таласской области на 12,9%, Чуйской области на 13,0%, в Нарынской области на 30,5%.

5. Большинство действующих приемных отделений, санпропускников и стационарных отделений не имеют необходимого набора служебных и вспомогательных помещений, нуждаются не только в текущем, но и в капитальном ремонте, коренной реконструкции. Необходимо строительство новых типовых больниц и отделений. Архитектурно-строительные недостатки приводят к нарушению санитарно-гигиенических нормативов и технологии дезинфекционного режима, что не обеспечивает условий выздоровления и приводит к распространению внутрибольничных инфекций.

6. Данные социологического опроса пациентов находящихся на стационарном лечении, показали, что (34,2%) не удовлетворены состоянием туалетов и душевых кабин и 39 (5,1%) пациентов - санитарно-гигиеническим состоянием палат. Результаты экспертных исследований показали, что больничные комплексы и условия пребывания пациентов не соответствует санитарно-эпидемиологическим правилам и нормативам (СанПиН 2.1.3.003-03).

7. В Кыргызстане коечный фонд в течение последних 10 лет сократился на половину и составляет 50,6 койки на 10 тыс. населения, согласно пересмотренным нормативам в сторону их сокращения. В результате наблюдается перегруженность стационаров областных и республиканских уровней, а амбулаторно-поликлиническая служба (Центров семейной медицины, Групп семейных врачей и т.д.) не в состоянии сократить число пациентов, нуждающихся в госпитальном лечении более чем на 1,5%.

8. Профессиональная деятельность медицинского персонала осуществляется в неблагоприятных условиях больничной среды, на фоне значительных нервно-эмоциональных и физических нагрузок, связанных с увеличением ответственности перед пациентом, ненормированным рабочим днем с номинально низкой заработной платой, что составляет 64,0% средней заработной платы по республике, покрывающий потребительский бюджет на 82,4%.

9. Реструктуризация больниц привела к перегрузке стационаров и повышенной нагрузке на специалиста, в связи с сокращением кадрового потенциала. Численность врачей по лечебно-профилактическим организациям сократилась на 1/5, а в отдельных регионах - более чем на 30%, что привело к негативным явлениям, как фрикционная безработица, неравномерность обеспечения специалистами, нарушилось соотношение врачей и среднего персонала. Отмечено несвойственное распределение специали-

стов по типам больниц – омоложение в областных объединенных и территориальных больницах, а также старение медицинского персонала в структурных подразделениях и филиалах территориальных больниц, высокий удельный вес врачей без категории (40,2%). Перечисленные факторы соответственно отразились на качестве оказания стационарной помощи больным, что подтверждается ростом показателей младенческой (на 6,2%) и материнской (на 5,8%) летальности в период 2003-2008 гг.

10. Анализ и экспертиза медицинских карт стационарных больных различного профиля выявила ряд факторов, влияющих на эффективность работы стационаров. Основные недостатки отмечены по условиям и способам лечения (31%), некачественному оформлению документации (28%) и лечебно-диагностическому обследованию (22%). Отмечено несоответствие лечения клиническим протоколам в 18%, и необоснованное назначение лекарственных средств - в 13%. На качество лечения больных влияют низкий уровень профессиональной подготовки и отсутствие со стороны руководителей должного контроля по управлению предоставлению медицинской помощи и соблюдению санитарно-гигиенических требований.

11. Реформа здравоохранения Кыргызской Республики заложила новый потенциал возможностей для организационно-правового развития медицинской службы на рыночных принципах, но этапы реформирования проходили без должного учета проблем больничной гигиены. Данный подход не позволил обеспечить в полной мере возможностей внедрения эффективных и обоснованных форм и методов управления повышения качества медицинских услуг населению Кыргызской Республики.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Устранить в стационарах санитарно-гигиенические недочеты добиться соответствия всех помещений и подразделений больниц санитарно-гигиеническим стандартам и создать оптимальные условия для больных и персонала. Обеспечить условия для оказания медицинских услуг высокого качества, определенных клиническими протоколами.

2. Территории больничных комплексов привести в соответствие с санитарно-гигиеническими требованиями и использовать в качестве условия для благоприятного пребывания и лечения больных.

3. Учитывая возросший интерес к гигиене больниц, необходимо по примеру других стран в штаты стационаров ввести новую должность - «госпитального гигиениста - эпидемиолога», в сферу деятельности которого входит: улучшение гигиенических условий в больнице; систематической контроль за санитарным состоянием больниц; сведение до минимума

риска госпитальных инфекций, создание благоприятного микроклимата в отделениях больниц, создание обстановки покоя, удобства и благоприятных эстетических впечатлений.

4. Внедрить в практику системы здравоохранения республики модель интегральной оценки потенциала общественного здоровья и ресурсного обеспечения системы здравоохранения, что позволит с наименьшими затратами получить необходимую информацию для принятия управленческих решений, касающихся развития инфраструктуры, потенциала общественного здоровья и ресурсной базы системы здравоохранения, оценить роль социальных факторов в дифференциации здоровья. Данная модель является необходимым инструментом для оценки уровня, ранжирования, сравнения, выявления асимметрии территорий и отдельных организаций здравоохранения по изучаемым показателям здоровья населения.

5. Возникла настоятельная потребность в строительстве новых больниц, если этого не сделать сейчас, то в ближайшие 8-10 лет в республике квалифицированная медицинская помощь станет для большинства населения недоступной.

6. При разработке нормативно-правовых документов, касающихся вопросов качества предоставления медицинских услуг использовать санитарно-гигиенические требования как один из приоритетных механизмов управления повышения качества медицинских услуг для населения Кыргызской Республики.

7. Учитывая важность вопроса больничной гигиены в повышении качества медицинских услуг, необходимо расширить число лекций на курсах повышения квалификации и переподготовки для персонала работающих в стационарном секторе, что поможет врачу в дальнейшем применять более действенные мероприятия по быстрейшему излечению и восстановлению здоровья пациентов, основываясь на санитарно-гигиенических нормативах больничных комплексов.

СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Джемуратов К.А. Дальнейшие направления оптимизации стационарной помощи в регионах республики // Наука и новые технологии. - 2007. - № 1-2. - С.292-294.

2. Джемуратов К.А. Характеристика зданий и помещений стационарной службы в регионах республики // Медицина Кыргызстана. - 2007. - № 4. - С.23-26.

3. Джемуратов К.А. Медико-технологическое обеспечение стационарной службы в регионах республики // Медицина Кыргызстана. - 2007. - № 4. - С.27-30.

4. Джемуратов К.А. Этапность стационарной помощи в регионах республики // Наука и новые технологии. - 2007. - № 1-2 . - С.297-300.

5. Джемуратов К.А. Кадровое обеспечение стационарной службы в регионах Республики // Медицина Кыргызстана. - 2007. - № 6. - С.10-14.

6. Джемуратов К.А. Медицинское районирование как этап оптимизации стационарной медицинской помощи населению в регионах Кыргызской Республики // Медицина Кыргызстана. - 2007. - №6. - С.15-18.

7. Джемуратов К.А. Характеристика системы организации стационарной помощи в регионах республики // Медицина Кыргызстана. - 2008. - №2. - С.12-16.

8. Джемуратов К.А. Структура госпитальной заболеваемости основным классам на разных этапах стационарной помощи в регионах республики // Наука и новые технологии. - 2008. - № 3-4. - С.229-232.

9. Джемуратов К.А. Взаимосвязь потенциала общественного здоровья с ресурсной базой системы здравоохранения // Известия ВУЗов. - 2008. - № 5-6. - С.92-98.

10. Джемуратов К.А. Оценка лечебно-диагностического процесса в стационарах Кыргызской Республики // Хирургия Кыргызстана. - 2008. - № 1. - С.21-26.

11. Джемуратов К.А. Характеристика госпитализируемых на разных этапах стационарной помощи в регионах Республики // Хирургия Кыргызстана. - 2008. - № 1. - С.27-31.

12. Джемуратов К.А. Пути и механизмы оптимизации стационарной медицинской помощи населению в условиях реформирования отрасли – Бишкек, 2009. – 236 с.

13. Джемуратов К.А. Реструктуризация больниц и их благоустройство // Медицинские кадры XXI века. - 2009. - № 3. - С.51-56.

14. Джемуратов К.А. Санитарно-эпидемиологическое благополучие больниц Кыргызской Республики // Медицинские кадры XXI века. - 2009. - № 3. - С.56-59.

15. Джемуратов К.А. Потребление больницами воды и ее качество // Известия ВУЗов. - 2009. - № 6. - С.20-24.

16. Джемуратов К.А. Влияние природно-климатических факторов на микроклимат больничных палат // Гигиена, эпидемиология және иммунология. – Алматы, 2010. - №1. – С.44-48.

17. Джемуратов К.А., Туякова Э.К., Финансирование стационарного сектора здравоохранения Кыргызской Республики // Известия ВУЗов. - 2007. - № 3-4. - С.94-99.
18. Джемуратов К.А., Туякова Э.К. Структура финансовых расходов больниц общего профиля Кыргызской Республики // Известия ВУЗов. - 2007. - № 3-4. - С.192-195.
19. Джемуратов К.А. Василевский М.Г. Микроклимат больничных палат и его регулирование // Известия ВУЗов. - 2009. - № 6. - С.12-16.
20. Джемуратов К.А., Касымов О.Т. Влияние микроклимата на восстановление здоровья больных в стационарах // Здоровье и болезнь. – Алматы, 2010. - № 5. - С.44-46.
21. Джемуратов К.А., Мануйленко Ю.И. Гигиеническая оценка санитарного благосостояния организаций здравоохранений, оказывающие стационарные услуги населению: Методическое пособие. – Бишкек, 2009. – 168 с.
22. Джемуратов К.А., Мануйленко Ю.И., Туякова Э.К. Состояние и перспективы реструктуризации материально-технической базы ЛПУ Кыргызской Республики // Наука и новые технологии. - 2005. - № 3. - С.35-42.
23. Джемуратов К.А., Мануйленко Ю.И., Насирова С.А. Состояние кадрового обеспечения стационарной службы на этапе реформирования ЛПУ Кыргызской Республики // Наука и новые технологии. - 2005. - № 4. - С.30-36.
24. Джемуратов К.А., Чечейбаев Э.М., Туякова Э.К. Влияние реструктуризации зданий и помещений на снижение финансовых затрат за коммунальные услуги // Медицинские кадры XXI века. - 2005. - № 1. - С.10-15.
25. Джемуратов К.А., Мадыбаева Д.М., Насирова С.А., Танакеева А.Т. Внедрение клинических протоколов в лечебную практику стационаров // Медицинские кадры XXI века. - 2006. - № 1. - С.11-15.
26. Джемуратов К.А., Саламатова Г.Д., Комаревская Л.А. Оценка качества медицинской помощи в стационарах // Медицинские кадры XXI века. - 2007. - № 2. - С.199-202.
27. Джемуратов К.А., Абжалбекова Н.Т., Сулайманов М.М. Пути оптимизации медицинской помощи на селе // Медицина Кыргызстана. - 2008. - № 6. - С.4-8.
28. Джемуратов К.А. Василевский М.Г., Касымов О.Т. Гигиеническая оценка больничных палат лечебных организаций Кыргызстана // Наука и новые технологии. - 2009. - № 7. - С.44-46.

29. Джемуратов К.А., Касиев Н.К., Касымов О.Т. Обеспеченность больниц врачебными кадрами, нагрузка и оплата труда // Известия ВУЗов. - 2009. - № 8. - С.19-22.

30. Джемуратов К.А., Касиев Н.К., Касымов О.Т. Результативность деятельности стационаров по профилям и качество оказываемых медицинских услуг в период реформирования здравоохранения // Наука и новые технологии. - 2009. - № 8. - С.37-40.

31. Джемуратов К.А., Мурзалиева Г.А., Кожокеев К.К., Насирова С.А., Туякова Э.К. Влияние реструктуризации сельских участковых больниц на доступность сельского населения к медицинской помощи и ее экономическая эффективность // Медицинские кадры XXI века. - 2005. - № 1. - С.6-10.

32. Джемуратов К.А. Саламатова Г.Д., Танакеева А.Т., Торобаева А.О. Социологический опрос пациентов как метод оценки качества стационарной медицинской помощи в условиях реформирования здравоохранения // Медицина Кыргызстана. - 2007. - № 2. - С.17-20.

33. Джемуратов К.А., Панькова О.Н., Саламатова Г.О. Аралбаев Р.Т. Мониторинг внедрения клинических протоколов в стационарную службу: Методическое пособие. – Бишкек, 2008. – 14 с.

34. Джемуратов К.А., Муралимов М.К., Малабеков Ж.Т., Танакеева А.Т., Койшиманова А.М. Автоматизация учета материально-технических ценностей организаций здравоохранения Кыргызской Республики: Методическое пособие. – Бишкек, 2008. - 54 с.

35. Василевский М.Г., Джемуратов К.А. Оценка потенциала общественного здоровья населения Кыргызской Республики // Медицина Кыргызстана. - 2008. - № 5. - С.4-8.

36. Султанмуратов М.Т., Джемуратов К.А., Бокчубаев Э.Т. Рационализация лечебно-профилактических учреждений Министерства здравоохранения Кыргызской республики // Наука и новые технологии. - 2001. - № 3. - С.110 – 112.

37. Ниязов Ш.Н., Джемуратов К.А., Осмоналиев А.Д. Ключевые аспекты реформирования сектора здравоохранения // Актуальные проблемы непрерывного медицинского образования. - 2003. - С.242-248.

38. Танакеева А.Т., Джемуратов К.А., Саламатова Г.Д. Анализ кадрового потенциала амбулаторно-диагностических отделений Территориальных больниц Кыргызской Республики // Хирургия Кыргызстана. - 2007. - № 2. - С.54-58.

39. Василевский М.Г., Джемуратов К.А., Сулайманов М.М. Оценка ресурсного обеспечения территориальных систем здравоохранения // Известия ВУЗов. - 2008. - № 5-6.- С.223-228.

40. Каратаев М.М., Джемуратов К.А., Темиров Н.М. Основные направления реформирования системы здравоохранения Кыргызстана // "Информационный вестник" Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан. – Астана, 2004. - № 2. - С.12-22.

41. Каратаев М.М., Джемуратов К.А., Кочкоров М.К., Насирова С.А. Оценка управления качеством стационарного лечения // Актуальные проблемы непрерывного медицинского образования. - 2003. - С.214-223.

42. Каратаев М.М., Джемуратов К.А., Насирова С.А., Туякова Э.К. Методы управления качеством медицинской помощи: Методические рекомендации. – Бишкек, 2005. - 21 с.

43. Малабеков Ж.Т., Джемуратов К.А., Джумагулова А., Субанбаева Г.М. Персонификация человеческих ресурсов в организациях и учреждениях здравоохранения Кыргызской Республики: Методическое пособие. - Бишкек, 2007. – 80 с.

44. Ибраимова А.С., Сейталиева Ч.Т., Джемуратов К.А., Мукеева С.Т., Мейманалиев А.Т. Kyrgystan - case study Health Sector Reforms // What about Hospitals? – Goterborg, 2001. - С.167-195.

45. Джумалиева Г.А., Вашнева Н.С., Джемуратов К.А., Танакеева А.Т. Управление медицинскими отходами в лечебно-профилактических организациях. Методическое руководство. – Бишкек, 2005. - 24 с.

46. Омуров Н.И., Каратаев М.М., Бокчубаев Э.Т. Джемуратов К.А., Система управления качеством терапевтической помощи сельскому населению // Вестник обязательного медицинского страхования. – Москва, 2004. - № 6. - С.23-31.

14.00.07 – гигиена жана 14.00.33 – коомдук саламаттык жана саламаттык сактоо адистиги боюнча медицина илимдеринин доктору илимий даражасын алуу үчүн талаптанууга «Кыргыз Республикасынын саламаттык сактоосун реформалоонун жаңы социалдык экономикалык шарттарында калкты медициналык жактан камсыздоону уюштуруу жана ооруканалардын гигиенасы» темадагы Джемуратов Куанычбек Абдукадыровичтин диссертациясына

КОРУТУНДУСУ

Негизги сөздөр: социалдык-демографиялык ситуация, саламаттык сактоо реформалары, ооруканалардын түзүмүн өзгөртүү, ооруканаларды жайлаштыруу, санитардык-гигиеналык режим, оорукана койкалары, оорукана кызматкерлери, ооруканага жаткыруу, дарылоонун сапаты.

Изилдөө объектилери: Кыргыз Республикасынын стационардык медициналык жардам системасы.

Иштин максаты – Кыргызстандын социалдык-экономикалык өнүгүшүнүн жаңы шарттарында саламаттык сактоо системаларын реформалоону эске алып оорукана мекемелерге комплекстүү гигиеналык баа берүү, калкка көрсөтүлүп жаткан стационардык жардамдын сапатын жакшыртуу боюнча медициналык-уюштуруучулук жана алдын алуучу иш-чараларды илимий негиздөө.

Жыйынтыктары: Кыргыз Республикасынын саламаттык сактоо реформасы оорукана гигиенанын көйгөлөрүн эске албай өтүп жатты. Аймакты жайлаштыруу, имараттардын архитектуралык-пландаштыруу жана конструкциялык чечилиши калкка стационардык жардам көрсөткөндө оптималдуу санитардык-гигиеналык жана эпидемиологиялык режимдерди, ошондой эле медициналык кызматкерлердин эмгек шарттарын камсыз кылбагандыгы аныкталды. Оорукана комплекстери жана пациенттердин ооруканага жатуу шарттары санитардык-эпидемиологиялык эрежелерге жана ченемдерге (СанПиН 2.1.3.003-03) шайкеш келбейт. Медициналык кызматкерлердин кесиптик иш-аракети оорукана чөйрөсүнүн жагымсыз шарттарында жүргүзүлөт, керектөөчүлүк бюджеттин 82,4% гана жапкан республика боюнча орточо эмгек акынын 64,0% түзгөн төмөн маяна менен нормаланбаган жумуш күнү. Стационардык дарыланууда жүргөн пациенттердин социологиялык сурамжылоосунун маалыматы көрсөткөндөй, суралган пациенттердин 34,2% төмөнкүлөрдү белгилеп кетишет: санитардык түйүндөрдүн абалын, ванна жана душ бөлмөлөрдүн жоктугун. Ооруканалардын түзүмүн өзгөртүү стационарлардын өтө жүктөлүшүнө жана кадрдык кызматкерлердин кыскарышына байланыштуу адистерге түшкөн жүктүн жогорулашы.

Илимий жаңылыгы: Санитардык-эпидемиологиялык эрежелер жана ченемдердин ооруканалык комплекстеринин шайкештик позициясынан стационардык жардамдын түзүмүн өзгөртүүгө жана саламаттык сактоо реформаларынын натыйжалуулугуна биринчи жолу баа берилди, ошондой эле коомдук саламаттыктын потенциалынын аймактык ассиметрия деңгээли жана анын себептери аныкталды.

Колдонуу чөйрөсү: ооруканалык гигиена, коомдук саламаттык сактоо.

Р Е З Ю М Е

диссертации Джемуратова Куанычбека Абдукадыровича на тему: «Гигиена больниц и организация медицинского обеспечения населения в новых социально-экономических условиях реформирования»

здравоохранения Кыргызской Республики» на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.00.07 – гигиена и 14.00.33 - Общественное здоровье и здравоохранение

Ключевые слова: социально-демографической ситуация, реформы здравоохранения, реструктуризация больниц, благоустройство больниц, санитарно-гигиенический режим, больничные койки, персонал больниц, госпитализация, качество лечения.

Объекты исследования: система стационарной медицинской помощи Кыргызской Республики.

Цель работы - дать комплексную гигиеническую оценку больничных учреждений с учетом реформирования систем здравоохранения в новых условиях социально-экономического развития Кыргызстана, научно обосновать медико-организационные и профилактические мероприятия по улучшению качества предоставляемой стационарной помощи населению.

Результаты: Реформа здравоохранения Кыргызской Республики проходили без должного учета проблем больничной гигиены. Установлено, что вопросы благоустройства территории, архитектурно-планировочного и конструктивного решения зданий не обеспечивают оптимальных санитарно-гигиенических и эпидемических режимов при оказании стационарной помощи населению, а также условий труда для медицинского персонала. Больничные комплексы и условия пребывания пациентов не соответствует санитарно-эпидемиологическим правилам и нормативам (СанПиН 2.1.3.003-03). Профессиональная деятельность медицинского персонала осуществляется в неблагоприятных условиях больничной среды, ненормированным рабочим днем с номинально низкой заработной платой, что составляет 64,0% средней заработной платы по республике, покрывающий потребительский бюджет на 82,4%. Данные социологического опроса пациентов находящихся на стационарном лечении, показали, что 34,2% пациентов из числа опрошенных отмечают на: неудовлетворительное состояние санитарных узлов, отсутствие ванных и душевых комнат. Реструктуризация больниц привела к перегрузке стационаров и повышенной нагрузке на специалиста в связи с сокращением кадрового потенциала.

Научная новизна: Впервые дана оценка эффективности реформ здравоохранения и реструктуризации стационарной помощи с позиций соответствия больничных комплексов санитарно-эпидемиологическим правилам и нормативам, а также установить уровень территориальных асимметрий потенциала общественного здоровья и их причины.

Область применения: больничная гигиена, общественное здравоохранение.

RESUME

On dissertation by Kuanychbek A. Dzemuratov entitled “Hygiene of hospitals and organization of population health assurance in new social and economical conditions related to the Kyrgyz Republic health reforming” for M.D on specialty 14.00.07 – Hygiene and 14.00.33 – Public Health and Health Care.

Key words: social and demographic situation, health reforming, hospitals restructuring, hospitals upgrading, sanitary and hygienic conditions, hospital beds, health staff, hospitalization, treatment quality.

Survey target: in-patient health care system of the Kyrgyz Republic.

Aim of the activity: to make a complex hygienic assessment of hospitals taking into account health care systems reforming in the new conditions related to social and economical development of Kyrgyzstan, to scientifically justify medical and organizational and preventive measures on quality improvement of hospital care delivered to population.

Outcomes: Health reforming of the Kyrgyz Republic stages did not properly consider hospital hygiene problems. It has been determined that the issues on beautification of the territory, architectural/planning and constructive solution of buildings do not ensure optimal sanitary and hygienic and epidemic regimes upon hospital care delivery to population, as well as labor conditions for health staff. Hospital complexes and conditions for patients stay do not comply with sanitary and epidemiological rules and norms (SanR&P 2.1.3.003-03). A professional activity of the health staff is realized in the unfavorable conditions of hospital environment, unregulated working day with nominally low salary rate that comprises 64,0% of the average salary rate throughout the country that covers a consumer budget at 82,4%. Sociological questioning data of patients under hospital treatment have shown that 34,2% of patients out of the interviewed individuals indicate to: plumbing status, absence of bathrooms. Hospitals restructuring has led to hospitals overloading and increased workload per specialist in relation to reduction of human resources capacity.

Scientific originality: For the first time health reforms effectiveness assessment and hospital care restructuring has been made with position of compliance of hospital complexes to sanitary and epidemiological rules and norms as well as to install the level of territorial asymmetries of population health capacity and their reasons.

Application area: hospital hygiene, public health.

Подписано к печати 14.12.2010 г. Формат 60 х 90/16
Бумага офсетная. Объем 1,3 п.л.; тираж 100 экз.
Отпечатано в НПО «ПМ»
г. Бишкек, ул. Байтик Батыра, 34
Тел. 54-45-76