

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ  
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**На правах рукописи  
УДК 614.2:616.21(575.22)**

**МАМАНОВ МАРЛЕН АСАНБЕКОВИЧ**

**ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ  
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ  
В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ (НА ПРИМЕРЕ ОШСКОЙ ОБЛАСТИ)**

14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

Диссертация на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

**Научный руководитель:**

д.м.н., профессор

Касиев Накен Касиевич

**БИШКЕК – 2024**

---

**ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ  
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ  
В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ (НА ПРИМЕРЕ ОШСКОЙ ОБЛАСТИ)**

14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

Диссертация на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

# СОДЕРЖАНИЕ

<b>СОДЕРЖАНИЕ</b>	3-4
<b>ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И ОБОЗНАЧЕНИЙ</b> .....	5-5
<b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....	6-11
<b>ГЛАВА 1. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛОР-ОРГАНОВ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)</b> .....	<b>12-41</b>
1.1 Оториноларингологическая заболеваемость в странах ближнего и дальнего зарубежья.....	12-25
1.2 Медико-социальные аспекты управления и контроля качества оториноларингологической помощи в современных социально-экономических условиях .....	25-31
1.3 Инновационные пути развития системы здравоохранения .....	31-41
<b>ГЛАВА 2. МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ</b> .....	<b>42-51</b>
2.1 Материалы и этапы исследования.....	42-44
2.2 Методы исследования.....	45-49
<b>ГЛАВА 3. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЛОР-ОРГАНОВ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ОШСКОЙ ОБЛАСТИ</b> .....	<b>50-82</b>
3.1 Уровень и структура оториноларингологической заболеваемости в Ошской области .....	50-61
3.2 Характер больных с отоларингологическими болезнями, госпитализированных в стационары вторичного уровня Ошской области .....	61-81
<b>ГЛАВА 4. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛОР-СЛУЖБЫ (ПО МАТЕРИАЛАМ АНКЕТИРОВАНИЯ)</b> .....	<b>82-105</b>

<b>ГЛАВА 5. ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛОР-СЛУЖБЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИННОВАЦИОННОГО МЕХАНИЗМА.....</b>	<b>106-144</b>
5.1 Обоснованность применения инновационного метода в организациях здравоохранения.....	106-108
5.2 Анализ состояния ресурсного оснащения подразделений компьютерно-томографической диагностики .....	108-116
5.3 Организация управления проектом. Система менеджмента проекта.....	116-123
5.4 Требования к планировке помещения для компьютерных томографов.	123-126
5.5 Модель функционирования проекта.....	127-133
5.6 Мониторинг реализации проекта.....	133-141
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....</b>	<b>142-143</b>
<b>ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....</b>	<b>144-145</b>
<b>СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....</b>	<b>146-164</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ.....</b>	<b>165-172</b>

## ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВДП	-	Верхние дыхательные пути
ВОЗ	-	Всемирная организация здравоохранения
ГЧП	-	Государственно-частное партнерство
КМП	-	Качество медицинской помощи
КР	-	Кыргызская Республика
КТ	-	Компьютерная томография
ЛОР	-	Ларингооторинология
ЛОР-служба	-	Ларингооторинологическая служба
МЗ	-	Министерство здравоохранения
ПН	-	Показатель наглядности
РФ	-	Российская Федерация
ОЗ	-	Организация здравоохранения
ОГКБ	-	Областная городская клиническая больница
ОМОКБ	-	Ошская межобластная объединенная клиническая больница
ПРП	-	Пункт реализации проекта
ХРС	-	Хронический риносинусит
ЧП	-	Частный партнер

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы диссертации.** По прогнозам ВОЗ, к 2050 году почти 2,5 миллиарда человек будут иметь ту или иную степень потери слуха, и по меньшей мере 700 миллионам потребуется восстановление слуха [World Health Organization, 2019].

Как известно, болезни уха, горла, носа, глотки и гортани (ЛОР-органы), при неправильной тактике диагностики и лечения, могут выступать в качестве предикторов в развитии острой или хронической патологии дыхательной, сердечно-сосудистой, опорно-двигательной, мочеполовой и других систем человека [Г. З. Пискунов, 2012; М. А. Иванова, 2015; З. С. Гуломов, 2018; И. А. Джусупова, 2018; В. А. Насыров., 2021]. Травмы, дефекты развития, новообразования ЛОР-органов также входят в компетенции оториноларингологической помощи, но, определить точное количество болезней ассоциированных с патологиями ЛОР-органов весьма затруднительно. Установлено, что указанные патологии занимают одно из первых мест в структуре общей заболеваемости, как детского, так и взрослого населения. Значительным является их удельный вес и в числе заболеваний с временной утратой трудоспособности. Поэтому вопросы повышения эффективности и качества медицинской помощи больным оториноларингологического профиля на всех уровнях системы здравоохранения являются актуальными и требуют пристального научно-практического изучения [А. Г. Георгиади, 2004; Е. В. Илларионова, 2018; Д. М. Кочетов, 2020; Д. О. Рощин, 2021].

Согласно действующей Программе по охране здоровья населения и развитию системы здравоохранения на 2019 - 2030 годы «Здоровый человек – процветающая страна», утвержденной Постановлением Правительства КР от 20 декабря 2018 года № 600, профилактика является приоритетным направлением.

Между тем, проблема оценки доступности и качества медицинской помощи, остается одной из ведущих в системе здравоохранения [М. М. Каратаев, 2017; Н. К.

Касиев, 2020]. Как известно, система здравоохранения республики является многоукладной, при которой допускается параллельное функционирование нескольких форм собственности.

Помимо государственных организаций здравоохранения в республике активно развивается частный медицинский сектор, который может стать хорошим подспорьем существующей службы, с учетом больших возможностей частного сектора по инвестированию, как в обучении специалистов, продвижении новых методик, так и в обеспечении и оснащении дорогостоящей аппаратурой и оборудованием. В связи с вышеуказанным, разработка мероприятий по повышению качества и доступности отоларингологической помощи населению республики является актуальным.

**Связь темы диссертации с приоритетными научными направлениями, крупными научными программами (проектами), основными научно-исследовательскими работами, проводимыми образовательными и научными учреждениями.** Диссертационная работа является инициативной.

**Цель исследования.** Научное обоснование путей совершенствования оториноларингологической помощи населению в современных социально-экономических условиях на примере Ошской области Кыргызской Республики.

**Задачи исследования:**

1. Изучить уровень распространенности, структуру заболеваемости ЛОР-органов и динамику инвалидности вследствие болезней уха и носоглотки среди населения Ошской области.

2. Представить медико-демографическую характеристику больных с оториноларингологическими болезнями, госпитализированных в организации здравоохранения Ошской области.

3. Проанализировать сервисное качество оториноларингологической помощи на основе анкетирования пациентов, получивших оториноларингологическую помощь в стационарах Ошской области.

4. Представить экономическое обоснование инновационного проекта по повышению качества диагностики предоставляемых ЛОР-услуг, его целесообразность на ближайшую перспективу и разработать организационные мероприятия по совершенствованию оториноларингологической помощи на основе государственно-частного партнерства.

#### **Научная новизна полученных результатов.**

1. Впервые проведена оценка уровня распространенности, структуры заболеваемости болезнями уха и сосцевидного отростка и тенденций инвалидности среди населения Ошской области Кыргызской Республики.

2. Впервые дана медико-демографическая характеристика и определены основные оториноларингологические заболевания пациентов, обратившихся в ЛОР-отделения Ошской межобластной клинической больницы и Ошской городской клинической больницы, что обосновывает приоритетность болезней уха и сосцевидного отростка, снижающих качество жизни пациентов.

3. Впервые представлена оценка сервисного обслуживания деятельности ЛОР-службы и определены основные проблемы, критерии удовлетворенности оториноларингологической помощью населения Ошской области Кыргызской Республики.

4. Впервые разработаны мероприятия по совершенствованию организации оториноларингологической помощи на основе экономического обоснования предлагаемой инновационной модели государственно-частного партнерства, способствующей повышению доступности высокотехнологичных диагностических услуг населению Ошской области.

**Практическая значимость полученных результатов.** Разработанные мероприятия по улучшению качества и доступности отоларингологической помощи населению и применение государственно-частного партнерства в отоларингологии способствуют оптимизации ЛОР-службы республики.

Изучение деятельности ЛОР-службы на госпитальном уровне с использованием медико-социологического инструмента позволило выявить основные проблемы доступности и причины неудовлетворенности, которые

необходимо учитывать при разработке региональных программ по оптимизации отоларингологической помощи. Внедрение современных подходов в организацию отоларингологической медицинской помощи, а также новых диагностических и лечебных мероприятий, направлено на повышение качества лечебно-диагностической работы профильной службы.

Для практического применения разработаны схемы эффективного использования инновационных механизмов в условиях регионального здравоохранения, конкретизированы технические требования для практического использования в компьютерно-томографической диагностике. Предложенная система мониторинга медицинской помощи с применением технологий компьютерной томографии способствует повышению диагностики оказываемой медицинской помощи и тем самым напрямую будет влиять на результаты лечения, а значит и здоровья населения региона.

Результаты исследования внедрены в практическую деятельность Ошской городской клинической больницы (акт внедрения от 23.09.2024 г.) и используются в учебном процессе при подготовке клинических ординаторов Ошского государственного университета (акт внедрения от 23.09.2024 г.).

**Экономическая значимость полученных результатов.** Дана экономическая оценка предлагаемой инновационной модели предоставления лечебно-диагностических отоларингологических услуг. Результаты проведенного исследования имеют большую медико-социальную и экономическую значимость и направлены на совершенствование организации отоларингологической помощи в современных условиях. Экономическая значимость обусловлена снижением финансовой нагрузки на бюджет государственных организаций здравоохранения при создании центров государственно-частного партнерства.

#### **Основные положения диссертации, выносимые на защиту.**

1. Выявленные колебания уровня заболеваемости болезнями уха и сосцевидного отростка в различных районах Ошской области связаны с низкой обращаемостью населения за медицинской помощью и недоучетом заболеваемости,

что свидетельствует о необходимости совершенствования отоларингологической помощи в Ошской области. Анализ ранжирования регионального распределения средней частоты лиц, впервые признанных с ограниченными возможностями здоровья по болезням уха и сосцевидного отростка по республике, показал, что Ошская область занимает четвертое место по рангу.

2. Особенности состояния здоровья оториноларингологических больных в Ошской области определяются спецификой социально-экономических и медико-демографических процессов, характерных для большинства регионов республики и требуют проведения совершенствования процессов оказания медицинской помощи.

3. Оценка сервисного обслуживания позволила выявить основные проблемы и критерии удовлетворенности оториноларингологической помощью населения Ошской области.

4. Внедрение системы инновационных и управленческих технологий в организацию оказания оториноларингологической помощи повышает эффективность организаций здравоохранения и доступность высокотехнологичных медицинских услуг населению Ошской области.

**Личный вклад соискателя.** Автором лично сформировано направление и программа исследования, проведен аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы по изучаемой проблеме, составлена программа сбора материала. Осуществлен набор материала, выкопировка данных из медицинской документации, анкетирование. Проведена статистическая обработка данных, интерпретация и обсуждение результатов, формулировка положений, выносимых на защиту, выводов и практических рекомендаций.

**Апробации результатов диссертации.** Основные положения диссертации доложены и обсуждены на: Международной научно-практической конференции «Естественные науки и медицина: теория и практика», г. Новосибирск, 22 сентября 2022 года (Новосибирск, 2022); VII научно-практической конференции «Вопросы науки и практики. 3-сессия», г. Москва, 30 сентября 2022 года (Москва, 2022).

**Полнота отражения результатов диссертации в публикациях.** По теме диссертации опубликовано 9 научных статей, из них 4 – в журналах, индексируемых системой РИНЦ с импакт-фактором не ниже 0,1.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация изложена на 145 страницах компьютерного текста. Состоит из введения, трех глав собственных исследований, выводов, практических рекомендаций, приложения, а также библиографического списка, включающего 107 источников на русском и 60 на иностранных языках. Работа содержит 28 таблиц и иллюстрирована 18 рисунками.

# ГЛАВА 1

## АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛОР-ОРГАНОВ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

### 1.1 Оториноларингологическая заболеваемость в странах ближнего и дальнего зарубежья

Патология ларингооторинологических (ЛОР) органов имеет важное медико-социальное значение, и является одной из самых актуальных задач периода реформирования здравоохранения. Основными факторами роста ЛОР-заболеваний среди населения являются поздняя обращаемость за медицинской помощью, низкое качество предоставляемых ЛОР-услуг в первичном звене здравоохранения, низкая доступность высококвалифицированной оториноларингологической помощи [65, 95].

По степени распространенности, медико-социальной значимости, влиянию на здоровье и качество жизни пациентов проблема воспалительных заболеваний уха и носоглоточного отростка признана одной из самых актуальных в оториноларингологии. Заболевания уха, горла и носа являются одной из распространенных патологий человека, начиная с рождения и до его глубокой старости. Оториноларингологическая заболеваемость одна из самых распространенных проблем не только в мире, странах СНГ, но и в Кыргызской Республике (КР), и относится к наиболее приоритетным проблемам современного здравоохранения [24, 25, 27, 40, 54, 55, 56]. Как известно, болезни верхних дыхательных путей (ВДП) остаются проблемой человека в течении всего периода его существования. Кроме гриппа, ОРВИ, коронавирусной инфекции, которые являются предметом заинтересованности многих

медицинских специалистов, оториноларингологов интересуют различные нозологические формы болезней носа и околоносовых пазух. Заболевания ЛОР-органов имеют ряд особенностей: характеризуются большой распространенностью, а также выступают в качестве предикторов ряда заболеваний, которые приводят к преждевременной смертности населения [2, 7, 18, 25]. Результаты проведенного аналитического исследования научной литературы показывают, что традиционно одной из актуальных проблем оториноларингологии на современном этапе остаются как вопросы предоставления лечебно-профилактических услуг при патологии ЛОР-органов, так и создания, и обеспечения оториноларингологической службы, в том числе в регионах [9, 14, 18]. Болезни ЛОР-органов входят в группу болезней дыхательной системы, а именно ВДП, но без подразделения на нозологические формы. Отдельно выделяются болезни уха и сосцевидного отростка. В странах ближнего зарубежья информационные материалы, как правило, готовятся на основании отчетных данных учреждений по результатам обращаемости населения за медицинской помощью, так как именно изучение заболеваемости по обращаемости в организации здравоохранения является важным условием изучения здоровья общества в целом [3]. Но, к сожалению, в этом случае регистрируются не все случаи болезни. Хронические заболевания чаще всего выпадают из учета. Для получения обобщенных данных о здоровье населения материалы обращаемости должны быть пополнены материалами профилактических осмотров. Целевые работы по изучению распространенности ЛОР-заболеваний дают возможность получить обобщающий материал о состоянии ЛОР-заболеваемости населения. Но такие работы также почти не проводятся и носят в основном инициативный характер [27, 33, 35, 40].

Патологии ВДП и ЛОР-органов занимают первое место в структуре общей заболеваемости в мире, а их удельный вес составляет у взрослых 27,6%, у подростков 39,9% и у детей 61,0%.

Неутешительные данные статистики обуславливают неугасающий интерес к данной проблеме в практической медицине [70]. Если рассматривать данные

по болезням органов дыхания за первое десятилетие 21 века (по данным Федеральной службы государственной статистики России), то имеющиеся значения по заболеваемости населения по основным классам болезней (на 1000 населения) говорят о том, что по всем болезням отмечался рост с 730,5 в 2000 году до 771,0 в 2007 году, по болезням органов дыхания уровень заболеваемости стабилизировался (317,2 в 2000 г. против 302,3 в 2007 г., а по болезням уха и сосцевидного отростка повысилась с 21,9 до 25,1, соответственно. Представленные данные по обращаемости говорят о том, что от 29 до 31,0% населения впервые переносят установленное заболевание дыхательной системы, что представляет собой треть населения Российской Федерации (РФ). От 2 до 3,0% переносят воспаление среднего уха, что составляет от 3-х до 4 млн. человек. У части из них воспаление переходит в хроническую форму, что пополняет общее число больных. Это только болезни уха, а риносинуситы, тонзиллиты, ларингиты не выделены и не учтены. Учитывается не вся заболеваемость, а только посчитанная по данным обращаемости и только впервые установленная.

Хронический риносинусит (ХРС) - заболевание, характеризующееся воспалением слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, с длительностью симптомов заболевания от 4 недель до 3-х месяцев непрерывно. Информация о распространенности ХРС достаточно сильно варьирует из-за отсутствия общепринятого определения и в зависимости от применяемых диагностических критериев: учета клинических проявлений заболевания, результатов лучевых методов исследования или диагностической пункции околоносовых пазух.

Основными возбудителями острых риносинуситов являются респираторные вирусы (риновирусы, респираторно-синцитиальные, аденовирусы, коронавирусы). Считается, что ХРС - одно из самых распространенных хронических заболеваний во всех возрастных группах. Его примерная распространенность составляет более 140 случаев на 1000 населения, а диагноз риносинусита является одним из наиболее распространенных в амбулаторной практике врачей-оториноларингологов [47], при этом заболеваемость ХРС год от года увеличивается, а причины такой тенденции

окончательно не установлены. По данным Национального центра по статистике болезней США, ХРС также является самым распространенным хроническим заболеванием: 15,0% взрослого населения страдают различными формами риносинусита, при этом ежегодно фиксируется более чем 24 млн. случаев острого синусита [110]. Прямые затраты на лечение ХРС (и хронического гайморита в том числе) в США доходят до 3,4 - 5 млрд. долларов в год.

Распространенность синусита в странах Европейского союза составляет 1-2,0% (около 10-20 млн. человек каждый год). В Испании за 1 год зафиксировано 88 млн. случаев больных острым ринитом или вирусным риносинуситом, у 0,5-2% развился острый бактериальный риносинусит; заболеваемость которым колеблется в пределах от 440 тыс. до 1 млн. 760 тыс. случаев в год. По данным Klossek J.M., Chidiac C. (2001, Франция), 15,0% населения болеют синуситом 1 раз в год, что приводит к потере 10 млн. рабочих дней и 1 млрд. евро [137]. В целом в Европе средняя заболеваемость острым синуситом составляет 3,4 на 100 жителей ежегодно. Заболевание, безусловно, оказывает отрицательное влияние на качество жизни, профессиональную деятельность, а его лечение сопровождается значительными финансовыми затратами [71]. Средний показатель распространенности ХРС в мире составил  $11,81 \pm 5,81\%$  с разбросом от минимального показателя 1,01% (Южная Корея), до максимального показателя 57,6% (Индия).

В странах Северной Америки показатель распространенности ХРС составил  $9,66 \pm 4,25\%$ , с вариацией от 2 до 16,3%. В странах Южной Америки показатель распространенности ХРС колебался от 5,5 до 9,3%, со средним показателем  $7,4 \pm 1,9\%$ . Распространенность ХРС в Европе варьировала от 6 до 27,1%, средний показатель -  $12,56 \pm 4,42\%$ . В странах Юго-Восточной Азии распространенность ХРС колебалась от 1,01 до 57,6%, средний показатель распространенности ХРС (за исключением максимального показателя в Индии) составил  $6,67 \pm 2,19\%$  [106]. В большей части проанализированных исследований не проводилось разделение пациентов на группы в зависимости от характера патологического процесса в околоносовых пазухах при ХРС. Однако есть

работы, в которых проводилось эпидемиологическое исследование ХРС с полипами в носу или околоносовых пазухах. Частота распространенности ХРС с полипами варьировала от минимального 0,04% (Швеция) до максимального 42,4% (Индия). Средний показатель распространенности ХРС с полипами (кроме Индии) составил  $3,04 \pm 2,48\%$ .

В РФ данное заболевание переносят около 10 млн. человек в год, а среди пациентов, госпитализированных в ЛОР-стационары, данная патология составляет от 15 до 36,0%. Распространенность ХРС в РФ колебалась от 1,42 до 35%, средний показатель  $16,42 \pm 10,89\%$  [106]. Пусковым моментом развития острых синуситов, как правило, является вирусная инфекция, при которой околоносовые пазухи поражаются почти в 90% случаев. По данным международной статистики [116, 118], десять лет назад полипозный риносинусит регистрировался примерно у 1% населения земли. В настоящее время эта патология регистрируется до 4%. Полиэтиологичность и сложность патогенеза этого заболевания, а также его сочетание с бронхиальной астмой и непереносимостью неспецифических противовоспалительных средств сделали процесс лечения сложным и неоднозначным. Уже пройден этап радикальной хирургии, который показал, что как бы хорошо не была удалена слизистая оболочка околоносовых пазух, рецидив полипоза наступает. Эндоскопическая хирургия не во всех случаях приносит положительный результат. Сочетание хирургического и медикаментозного лечения дает обнадеживающие результаты. На настоящий момент не отработаны сроки мероприятий в процессе динамического наблюдения за этими больными, что требует продолжения научных исследований по этой проблеме.

Хроническое воспаление среднего уха, в том числе с образованием холестеатомы, является одной из причин внутричерепных смертельных осложнений. После хирургического лечения необходимо наблюдение за таким больным. В поликлинике важно определить, какие условия благоприятствуют хронизации процесса, так как возникновению острого отита и переход его в хроническую форму способствуют заболевания носа и околоносовых пазух.

Заболевания гортани, сопряженные с возникновением различного рода гиперплазии и отека, расцениваются как предраковые. Поэтому при проведении диспансеризации необходим осмотр гортани даже при отсутствии изменений голоса. Нередко обнаруживаются новообразования на голосовых складках, требующие хирургического вмешательства для идентификации характера ткани. Согласно статистике здоровья населения и здравоохранения Республики Татарстан, показатели патологии дыхательных путей и уха на протяжении последних 5 лет остаются стабильно высокими и составляют 390 на 1000 населения. Так, в 2013 году распространенность болезней органов дыхания в г. Казани составляла 486,3 на 1000 населения и 392,6 - в целом по республике. Болезни уха и сосцевидного отростка, за аналогичный период, составляли 46,5 по г. Казань и 40,5 - по республике [94]. Приведенные материалы демонстрируют достаточно большой разброс цифр, но во всех случаях он достаточно высок. Как правило, осложнения острой респираторной инфекции приводят к серьезному расстройству здоровья и не леченные должным образом формируют хронические болезни ЛОР-органов и поражение других органов и систем. Таким больным в остром периоде необходима квалифицированная помощь оториноларинголога, а не терапевта.

Приходится констатировать, что реформа здравоохранения сделала помощь оториноларинголога менее доступной, а оториноларингология и ЛОР-болезни оставлены в стороне, как несуществующие. Как правило, получение объективной информации об истинном распространении болезней ЛОР-органов является актуальной задачей, так как их никто не представляет и не анализирует. Данные отчетов не раскрывают суть дела. По ряду заболеваний больные не обращаются за медицинской помощью из-за недоступности специализированной помощи и ряду других причин. Эти болезни остаются не зарегистрированными. Подобная ситуация способствует формированию хронических заболеваний ЛОР-органов. Специальные методы исследования показывают большую распространенность болезней уха, горла и носа у детей и взрослых. Распространена сочетанность, как ЛОР-заболеваний, так и других

болезней, причинно связанных с ними. У ребенка могут быть аденоидит и экссудативный отит. Это частое сочетание ведет к отставанию в физическом и социальном развитии, у ребенка формируются различные неврозы. У взрослого могут быть полипозный риносинусит, тонзиллит и, скорее всего, бронхиальная астма или заболевания сердца и сосудов.

В РФ отмечается высокий уровень заболеваний дыхательной системы, но не отмечен удельный вес заболеваний верхних дыхательных путей и глотки, поскольку учет их должным образом не ведется [73]. По результатам анализа динамических показателей оказания медицинской помощи больным хроническим тонзиллитом в крупных взрослых и детских стационарах г. Москвы за последние 5 лет, проведенного проф. А.И. Крюковым с соавт. [47], было установлено, что в два раза возросло число экстренных операций по хирургическому дренированию паратонзиллярного абсцесса, отмечен устойчивый рост числа больных, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем, развивающихся после очередного обострения хронического тонзиллита. В то же время в два раза уменьшилось число плановых операций в стационарах г. Москвы, что свидетельствует о низком качестве профилактической деятельности и диспансеризации больных, страдающих хроническим тонзиллитом, в амбулаторно-поликлинических условиях. В отношении эпидемиологического аспекта следует отметить, что в ряде городских агломераций ежегодно отмечается до 20 млн. случаев острого бактериального риносинусита, который в целом наносит огромный финансовый урон обществу [109].

Многие исследователи склонны связывать данный факт с современной экологической средой, которая характеризуется увеличением загрязнения атмосферного воздуха автотранспортом, продуктами промышленных и химических предприятий, электромагнитными излучениями, ионизирующей радиацией, что облегчает поступление патогена через слизистую оболочку верхних дыхательных путей и приводит к снижению иммунореактивности

населения и увеличению частоты встречаемости заболеваний носа и околоносовых пазух [27, 31, 36, 43, 66].

Другие авторы утверждают, что связь человека с внешней средой – является абсолютным фактом, и на здоровье человека влияет вся внешняя среда во всех ее проявлениях [79]. Наиболее тесный контакт и наибольшее влияние оказывает воздушная среда. С первого вдоха новорожденного начинается контакт с воздушной средой, и верхние дыхательные пути осуществляют защиту человека от вредных факторов и формируют иммунную защиту слизистой оболочки дыхательных путей и всего организма. Одной из важных физиологических функций верхних дыхательных путей является функция информации организма об антигенной структуре воздушной среды и выработка на основании этой информации адаптивного иммунитета. От качества этой защиты во многом зависит вся дальнейшая жизнь человека, его здоровье, длительность жизни и ее качество.

Результаты ряда эпидемиологических исследований показывают, что имеется устойчивая тенденция к увеличению удельного веса данной патологии (до 32 - 35 % в общей структуре патологии ЛОР-органов) [47, 110]. В детском возрасте удельный вес воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух колеблется от 19 до 47 %, у взрослого населения удельный вес составляет 12 - 17%, при этом абсолютное большинство диагнозов хронической патологии полости носа и околоносовых пазух приходится на возраст старше 40 лет - наиболее трудоспособный.

В общей структуре заболеваний ЛОР-органов данная патология составляет до 27,0% и в настоящее время отмечен устойчивый рост показателей с рецидивированием и переходом острых форм заболевания в хронические. В настоящее время гнойно-полипозные и полипозные формы составляют 25 – 30,0%. Полипозный риносинусит является в настоящее время одним из распространенных заболеваний, а показатель обращаемости по поводу полипозных риносинуситов составляет до 5,9 на 10000 человек.

В структуре госпитализированной заболеваемости воспалительные заболевания слизистой оболочки носа и околоносовых пазух устойчиво занимают первое место, составляя до 32-45% среди всех больных в ЛОР-стационарах. При этом результаты работ многих отечественных и зарубежных исследователей показывают, что ежегодно данный показатель увеличивается на 1,5-2% [70]. Таким образом, проблема профилактики и лечения воспалительных и дистрофических заболеваний слизистой оболочки носа и околоносовых пазух является одной из важных проблем не только оториноларингологии, но и общественного здравоохранения в целом [5].

Важным вопросом является рассмотрение распространённости основных патологий ЛОР-органов. По данным исследователей XX века хронический тонзиллит определялся у 16,7-31,3% обследованных, а среди взрослого населения в 5,0-15,9%. Определяющим хронический тонзиллит был и в общей структуре госпитализированных в ЛОР-стационары, составляя от 60 до 80,0% всех госпитализированных. По результатам многих исследований, становится очевидным, что удельный вес хронического тонзиллита в общей структуре заболеваемости не снижается [47]. Другой проблемой современной оториноларингологии являются больные с сенсоневральной тугоухостью - патологией слуха, связанной с поражением звуковоспринимающего аппарата, когда по тем или иным причинам нарушается процесс превращения механических колебаний в энергию нервных импульсов и дальнейшая её транспортировка от рецептора до центров коры головного мозга [97]. Тугоухость, связанная с поражением звуковоспринимающего аппарата, встречается довольно часто и занимает среди заболеваний ЛОР-органов достаточно большой удельный вес.

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), численность населения с социально значимыми дефектами слуха на начало двадцать первого столетия составляла от 0,8 до 21,0%, в зависимости от регионов. По данным обращаемости населения за медицинской помощью, частота случаев острой сенсоневральной тугоухости колеблется в зависимости

от возраста больных и составляет до 0,8% от общего числа пациентов с патологией слуха. Как правило, патология вестибулярного аппарата выявляется преимущественно у лиц трудоспособного возраста от 30 до 50 лет. Среди амбулаторных больных отоневрологического профиля удельный вес таких больных составляет до 40,0%, а среди больных, проходящих медико-социальную экспертизу в оториноларингологических кабинетах и отделениях - до 20,0%. Как справедливо отмечается, количество пациентов, в том числе и этой сложной клинической группы с каждым годом увеличивается и в связи с глобальным старением населения развитых стран и усиливающимся воздействием на организм человека неблагоприятных экзо- и эндогенных факторов: ухудшением экологии, психо-эмоциональными и физическими перегрузками, ростом сосудистой патологии вертебрально-базиллярного бассейна головного мозга [42]. По данным Р.А. Забирова и Ю.К. Никоновой, частота заболеваемости острым средним отитом среди населения в настоящее время составляет 2,5%, а среди общего количества лиц с патологией ЛОР-органов - диагностируется в 20 – 30,0% [30, 68].

Наряду с этим на протяжении последних 15 лет наблюдается тенденция к росту заболеваемости секреторным средним отитом, первопричиной которого чаще всего является острый средний отит. При этом, несмотря на высокие темпы развития современной медицины, использование новейших технологий, фармакологических препаратов в лечении острых отитов, не уменьшается уровень его рецидивирования и перехода острых форм в хронические. На основании анализа литературных источников установлено, что этим заболеванием страдает от 1,5 до 4,0% населения [30, 68].

Анализ литературных данных показывает, что в настоящее время сохраняются некоторые нерешенные проблемы диагностики патологических состояний околоносовых пазух. Одна из таких проблем - определение объема оперативного вмешательства на пазухе с учетом состояния вентиляционной функции естественных соустьев [79]. Однако многие исследователи отмечают в последние годы, что при наличии эффективных способов диагностики патологии

носа и околоносовых пазух, существует и немало проблем, связанных, прежде всего, с поздней диагностикой патологии слизистой оболочки околоносовых пазух. Это способствует переходу воспаления в латентные и хронические формы, развитию риногенных глазничных и внутричерепных осложнений [46].

Главным источником информации является изучение заболеваемости населения по обращаемости в медицинские учреждения. Основным материалом для эпидемиологического исследования являются сведения о заболевших, анализ первичной медицинской документации и данных официальных статистических отчетов. Недостатком данного метода является неполнота обращений за медицинской помощью части населения из-за малодоступности медицинской помощи (необеспеченность врачами, график работы и др.), иногда низкого уровня квалификации врачей (качество диагностики, специализация), невысокого уровня культуры населения, проявляющегося в отношении к здоровью [108, 112]. Эпидемиологическое исследование, проведенное И.В. Отвагиным [73], свидетельствует о том, что среди населения трёх областей центра России в современных условиях болезни уха и другие болезни ВДП достигают 124,8 случаев на 1000 населения. В разных возрастных группах число заболеваний существенно и статистически значимо различается как по численности, так и по нозологии. Так, среди лиц пенсионного возраста распространённость хронических болезней уха и других болезней ВДП достигает 237,5 случаев на тысячу населения; при этом у лиц данного возраста преобладают в численном отношении заболевания органа слуха – 67,0%.

Проведенный анализ показал, что на долю хронических заболеваний органа слуха приходится 224,6 (54,1%) случаев на тысячу населения, причем на сенсоневральную тугоухость - 67,3% от всех хронических заболеваний органа слуха в данной возрастной группе. Напротив, хронический тонзиллит чаще выявляется у лиц молодого возраста. В старшей возрастной группе число больных хроническим тонзиллитом снижается до 3,4 случаев на тысячу населения. По результатам исследований З.И. Анисеевой и соавт. [8, 9], в структуре болезней уха и других болезнях ВДП среди профессионалов речевого

и певческого голоса (по данным обращаемости в фониатрический кабинет и госпитализации) распространённость хронических заболеваний ВДП среди профессионалов певческого голоса составляет 58,0%, среди лиц речевой профессии - 52,3%, среди промышленных рабочих, подвергающихся воздействию пыли производственных помещений - 78,5%, среди подростков - 49,1%. Изучение ЛОР-заболеваемости по данным массовых медицинских осмотров имеет явные научно-практические преимущества, однако в современных условиях применение этого метода ограничено из-за недостаточной материально-технической базы, отсутствия инструктивно-методических рекомендаций, неполного финансирования [7]. В то же время результаты периодических медицинских осмотров не решают в полной мере проблемы сохранения высокой трудоспособности и здоровья работающих. Они направлены в основном не на предупреждение или восстановление обратимых функциональных сдвигов, возникающих в процессе труда, а на уменьшение уже развившихся нарушений в организме работника [14].

Данные литературы разных лет свидетельствуют о росте числа хронических болезней уха и других болезнях ВДП среди работающего населения (по результатам медицинских осмотров). Например, во время медицинского осмотра 12268 человек, проведенного Г.А. Георгиади [22], заболевания носа и околоносовых пазух были выявлены у 28,8%, заболевания глотки в виде хронического тонзиллита и фарингита - у 22,2%; заболевания гортани - у 3,8% осмотренных. В зарубежных странах особое внимание уделяется регистрации групп населения с высоким риском потери слуха, осуществляются эпидемиологические исследования хронических заболеваний органа слуха [122, 124, 150, 154]. Обязательной частью программ здравоохранения являются мероприятия по раннему выявлению нарушений слуха у детей [114].

В настоящее время для определения истинного количества взрослых с различными нарушениями слуха, а также для ранней диагностики этих нарушений разработан и использован метод скрининга случайной совокупности людей [31]. Данный метод успешно апробирован в 10 регионах России.

Нарушения слуха выявлены у 1787 человек, что составило 6,1%. Двусторонняя тугоухость диагностирована у 92,5%, односторонняя тугоухость - у 7,5%. Подавляющее число больных (70,0%) страдали сенсоневральной тугоухостью; кондуктивной - 11,1%, смешанной - 18,9%. У 73,7% людей при таком способе учета диагностирована тугоухость 1-11 степени. В настоящее время отсутствуют достоверные абсолютные и относительные данные о распространённости тугоухости в РФ, особенно в возрастном аспекте; несовершенен перечень специальностей, имеющих профессиональную вредность в отношении слуха; нет данных о влиянии экологических факторов на слуховой анализатор [73].

Резюмируя данные, представленные выше, следует отметить несколько основных положений. Заболевания ЛОР-органов в настоящее время входят в когорту распространенных заболеваний. Существующие в настоящее время методы как консервативного, так и хирургического лечения не приводят к решению данной проблемы. Кроме того, исследованиями последних лет доказано, что антибиотикотерапия обладает существенными побочными эффектами, способствующими неблагоприятным исходам лечения. В первую очередь это связано с угнетающим действием функционирования общей и местной иммунной защиты организма и выраженным аллергезирующим действием на слизистую оболочку околоносовых пазух и среднего уха и весь организм [35]. Немалое внимание уделяется изучению и коррекции общей реактивности организма, в частности местным и общим иммунологическим показателям, тем не менее, эти вопросы требуют большего внимания, зачастую в доступной литературе ответы на них фрагментарны и нередко противоречивы. Все это свидетельствует о том, что проблема лечения и профилактики острых и хронических воспалительных заболеваний ЛОР-органов сохраняет свою актуальность и требует постоянного мониторинга.

В целом, исходя из вышеизложенного, в настоящее время одной из наиболее актуальных задач системы здравоохранения является целенаправленное изучение основных статистических показателей для более полного понимания ситуации по ЛОР-заболеваемости среди населения,

являющегося основой для принятия комплексных решений по совершенствованию деятельности ЛОР-службы и научного обоснования основных принципов ее реализации, с учетом теоретических и методологических аспектов.

## **1.2 Медико-социальные аспекты управления и контроля качества оториноларингологической помощи в современных социально-экономических условиях**

Экономические и социально-политические преобразования в период проведения реформ на территории большинства стран СНГ, болезненно отразились за последние десятилетия на системе здравоохранения. Организация первичной медико-санитарной помощи в период реформирования отрасли несла на себе бремя недостатков монопольной организации, куда входила гипертрофированная коечная сеть стационаров, отсутствие конкурентной борьбы за качество между медицинскими учреждениями. В конечном итоге, все это привело к безразличному отношению, в том числе и к правам пациентов, независимо от их социального статуса на получение качественной медицинской помощи [47].

Как известно, во многих странах мира вопросы обеспечения качества медицинской помощи (КМП) остаются актуальными [51, 118, 125, 126, 141]. Данная аксиома имеет отношение к странам СНГ, где длительное время отмечалась тенденция к ухудшению показателей здоровья населения [50, 95, 100, 101, 102]. Это касается показателей рождаемости, младенческой смертности, физического развития, уровня общей смертности, особенно в трудоспособном возрасте. Считается, что на федеральном и региональных уровнях только декларируются неотложные меры по сохранению здоровья населения и не подкреплены соответствующими финансовыми ресурсами и не имеют четких механизмов реализации [68, 75].

Реализуемая в настоящее время на территории РФ Программа «Здоровье» предусматривает приоритетное развитие первичного звена здравоохранения. При этом страдает специализированная помощь, повсеместно сокращаются должности оториноларингологов. При этом совершенствованию организации работы ЛОР-подразделений не уделяется внимания, что влияет на ЛОР-службу в целом [61]. Оториноларингологи уходят в терапевты. Без этих специалистов остаются районы. Нельзя допустить, чтобы при проведении реформы здравоохранения оториноларингология была бы отодвинута от решения профилактических и лечебных проблем. Известно, что при сезонном росте гриппа и респираторной инфекции увеличивается число посещений к оториноларингологу, как и к участковому терапевту. В связи с этим оториноларинголога следует рассматривать как врача первичного звена с соответствующим увеличением оплаты его труда.

Правильное лечение заболевания на первом этапе не даст развиваться более тяжелой клинической картине, предотвратит переход в хроническую форму патологии, такую как обструктивная болезнь легких. Участие оториноларинголога в этом случае имеет решающее значение. В список основных причин смерти не внесены болезни почек, болезни легких, например, бронхиальная астма и хронический обструктивный бронхит, которые начинаются с поражения ЛОР-органов - после ангины, хронического тонзиллита, хронического риносинусита, аллергического ринита, полипозного риносинусита. Академик Б.С. Преображенский еще в прошлом веке отмечал, что около сотни смертельно опасных болезней человека начинаются с поражения ЛОР-органов. В настоящее время «благодаря» программе «Здоровье» оториноларингология в РФ понесла существенные потери в кадрах, отстает в своем развитии в материальном и идеологическом направлениях. В проекте «Государственной программы развития здравоохранения Российской Федерации» констатируется отставание медицинской науки и практики по многим параметрам. Намечается ощутимый прорыв к первой половине 2020-х годов, готовятся большие организационные мероприятия [20]. Планируется

широкое наступление на болезни, являющиеся основной причиной смерти человека, прежде всего - это заболевания сердечно-сосудистой системы и онкологические. Действительно, это очень важно, особенно ранняя диагностика таких заболеваний, устранение факторов риска их развития, возврат к развитию профилактики. В проекте констатируется, что острые респираторные заболевания в структуре инфекционной заболеваемости занимают 90,0%, которые приносят огромный экономический ущерб - до 100 млрд. руб. Во всем проекте нет и слова об оториноларингологии, она уже давно исключена из перечня специальностей, которые задействованы в проведении профилактического осмотра населения.

Данное обстоятельство связано с тем, что до сих пор оториноларингология рядом организаторов здравоохранения рассматривается в качестве так называемой «узкой» специальности и, как они считают, в жизни человека болезни ЛОР-органов играют незначительную роль. Можно приводить много примеров о значении болезней уха, горла и носа в здоровье человека. Кроме того, чрезвычайно важна социальная роль патологии ЛОР-органов [63, 88]. Слух и речь у человека - средство коммуникации и инструмент для развития личности. Основное количество органов чувств расположены в ЛОР-органах. Их болезни приводят к отставанию в развитии ребенка, инвалидизации взрослого. Качество жизни глухого человека, плохо говорящего, не дышащего носом, несравненно ниже. Это сокращает жизнь человека, не являясь непосредственной причиной его смерти. В то же время, осложнения этих заболеваний: риногенные и отогенные менингиты, абсцессы мозга, орбитальные осложнения, сепсис - являются непосредственной причиной смерти от болезней уха, горла и носа [43].

Процесс предоставления медицинской помощи требует последовательности выполнения действий. В полной мере это относится и к оториноларингологии как науке и клинической специальности. Организация медицинской помощи по любой специальности должна осуществляться на основе четкого представления, к чему должна стремиться система здравоохранения. Работа начинается с учета распространенности той или иной

патологии [2, 18]. На основании общего уровня заболеваемости и удельного веса отдельных нозологических форм планируются структура организаций здравоохранения, материальная база и кадровый состав, с учетом необходимости его последующего обучения и переобучения в соответствии с установленными требованиями [13,19, 47]. Данное положение требует создания стандартов предоставления медицинской помощи и проведения стандартизации системы здравоохранения в целом [21, 52]. Именно с этого начинается процесс оптимизации действующей сети организации здравоохранения, включая систему предоставления ЛОР-помощи. В соответствии с этим порядком проводится организационная и клиническая работа. Стандарты могут и должны пересматриваться, дополняться в зависимости от появления новых задач. Для этого должен быть разработан и утвержден нормативный документ.

Так, например, приказом Министерства здравоохранения (МЗ) РФ №155Н от 28 февраля 2011 г. утвержден «Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология» и сурдология-оториноларингология» (далее – Порядок). Это первый нормативный документ за последнее время, имеющий отношение к ЛОР-службе. К сожалению, в этом документе использованы старые принципы организации службы, ориентированной на койко-день, использование стационара для консервативного лечения больных, не учтены особенности ЛОР-патологии, не предусматривается в полной мере техническая оснащенность ЛОР-подразделений, а также возможность использования инновационных механизмов для дальнейшего развития. Указанное выше обусловило разработку и подготовку дополнений в «Порядок» [79].

Алгоритм работы службы осуществляется следующим образом. Стационарные ЛОР-отделения работают как хирургические отделения, владея и выполняя в полном объеме все необходимые ЛОР-операции, принимая больных на плановое хирургическое лечение. С острыми заболеваниями больные поступают в том случае, если им необходимы экстренная хирургическая помощь или специальное вмешательство, например - удаление инородного тела, травма,

угрожающее жизни острое заболевание [24]. Поликлинические ЛОР-отделения занимаются консервативным лечением острых и хронических заболеваний [93]. При этом не только используются методы медикаментозной терапии, но и выполняются специальные процедуры (пункции и зондирование околоносовых пазух, промывание лакун миндалин, физиотерапия и т.д.). Кроме того, врачи поликлиник долечивают больных, которым выполнена операция в стационаре. Они подготовлены соответствующим образом и знают особенности послеоперационного периода [102]. Больному нужно провести обработку полости после операции на среднем ухе, промыть околоносовые пазухи через восстановленные соустья, провести обработку полости носа, глотки и т.д. Все это должны выполнять врачи поликлиники, и они это умеют делать, разгружая, таким образом, стационарное ЛОР-отделение. Стационарное отделение в этом случае работает более интенсивно, оказывая большему количеству больных хирургическую помощь. Существует тесная связь поликлинических и стационарных ЛОР-отделений [3]. Отбор больных на плановое лечение производят врачи поликлиник. В сложных случаях вопрос плановой госпитализации обсуждается с заведующим стационарного ЛОР-отделения или с главным специалистом. На уровне старших сестер отделений формируется план госпитализации и операционного дня.

Таким образом, в стационаре заранее известно, кто и на какую операцию поступает. Пациент полностью обследован в поликлинике и готов для хирургического лечения. Операция выполняется чаще всего на следующий день, хотя в некоторых случаях она может быть выполнена в тот же день. Соблюдение определенных процедур прямо коррелирует с интенсификацией работы, качественным оказанием медицинской помощи, рациональным использованием коечного фонда.

Становится очевидным, что основой понимания медико-социальных аспектов управления и осуществления контроля качества [6], в том числе оториноларингологической помощи населению в современных социально-экономических условиях является процесс стандартизации медицинских услуг

[1, 3, 96]. На территории большинства стран СНГ в качестве нормативных документов, обязательных к исполнению, признаны стандарты оказания специализированной медицинской помощи [1, 23, 76]. Стандарт специализированной помощи регламентирует комплекс медицинских мероприятий (услуг) для диагностики, лечения и контроля за состоянием лечения заболевания (состояния), перечень лекарственных препаратов с указанием средних суточных и курсовых доз, виды лечебного питания. С учетом данного аспекта предстоит проведение большой работы по разработке и утверждению перечня стандартов, который охватывал бы весь спектр заболеваний уха, носа, околоносовых пазух, гортани, с определением условий, форм и видов оказания специализированной оториноларингологической помощи. С другой стороны, за рубежом под стандартами медицинской помощи чаще всего подразумевают клинические рекомендации – документы рекомендательного характера, разрабатываемые по специальной методологии профессиональными медицинскими сообществами и содержащие сжатую и структурированную информацию по диагностике и лечению определенных заболеваний. Клинические рекомендации занимают центральное место в управлении качеством медицинской помощи и непрерывном образовании врачей за рубежом [126]. В последние годы в РФ в соответствии с международной методологией разработано около 300 клинических рекомендаций для специалистов различного профиля, в оториноларингологии разработка клинических рекомендаций для ряда нозологий не завершена.

Одной из задач является уточнение нозологических форм ЛОР-заболеваний, требующих динамического наблюдения. Важно установить сроки периодических осмотров, отработать терапию. Приходится констатировать, что одним из ведущих методов диагностики большинства случаев при ЛОР-патологии является компьютерная томография (КТ) [143, 144]. К сожалению, данный метод остается физически малодоступным, особенно для жителей отдаленных регионов, в силу высокой стоимости самого аппарата и определенных затрат, требующихся для его бесперебойного функционирования.

Содержание аппарата КТ-диагностики на балансе государственных организаций здравоохранения (ОЗ) является малопривлекательной идеей для руководителей здравоохранения.

Подводя итог вышесказанному следует констатировать, что основным направлением деятельности руководителей всех уровней оториноларингологической службы, начиная с главных специалистов Министерства здравоохранения, научно-исследовательских институтов, главных специалистов, координаторов здравоохранения в регионах, заведующих отделений – является правильная организация работы и постоянная работа по совершенствованию деятельности, в том числе ЛОР-службы. Одним из реальных механизмов этого выступает использование принципов государственно-частного партнерства (ГЧП).

### **1.3 Инновационные пути развития системы здравоохранения**

Современное здравоохранение становится все более сложной и финансово емкой системой в рамках взаимодействия государства и общества. Воздействие глобализации на все сферы жизнедеятельности социума затрагивает и такую социально чувствительную область как здравоохранение. В условиях «постиндустриального» рынка на первый план выходят вопросы доступности и качества медицинской помощи, а деятельность организаций здравоохранения все более ориентируется на финансовый компонент [152, 156]. Во многих зарубежных странах расходы на охрану здоровья населения составляют заметную долю государственного финансирования [148, 153]. Так, по данным Всемирного банка за первое десятилетие 21 столетия, на здравоохранение в Соединенных Штатах Америки было выделено 9,5% валового внутреннего продукта, в Германии – 9,0%, во Франции - 9,3%. В Российской Федерации, бюджетные отраслевые расходы уменьшились с 3,5% в 2014 г. до 3,3% в 2016 г. При этом отрасль уже сейчас испытывает относительный дефицит ресурсов, а у

государственных медицинских учреждений возникают проблемы с финансированием.

В дальнейшем затраты на здравоохранение будут только увеличиваться. Появление новых медицинских технологий и лекарственных средств, увеличение числа лиц пожилого возраста, рост доли платных медицинских услуг, снижение платежеспособности населения ведут и к увеличению потребности в медицинской помощи, и к повышению стоимости медицинского обслуживания. На первый план выходит проблема доступности медицинской помощи, важность и приоритетность которой обоснована в работах признанных корифеев в сфере общественного здравоохранения, таких как В.З. Кучеренко и А.И. Вялкова [21, 50]. В работах ряда авторов показано, что государственное и муниципальное здравоохранение все более нуждаются в расширении ресурсной поддержки, в том числе и за счет взаимодействия с частными медицинскими организациями и инвесторами как партнерами [146]. Проведенные исследования показали, что преодоление последствий повышения спроса на медицинские услуги и роста их стоимости возможно через стратегию поддержки здравоохранения за счет совместного привлечения и объединения государственных и частных ресурсов [12]. Такой подход дает возможность регулировать ценовой рост в отрасли и обеспечивать доступность медицинской помощи не только без потери ее качества, но и с его повышением.

Инструментом реализации этого подхода является государственно-частное партнерство, которое в здравоохранении становится все более востребованной формой сотрудничества государства и бизнеса для эффективного использования инвестиций и обеспечения доступности медицинской помощи не только без потери качества, но и с его повышением в условиях конкурентной модели здравоохранения [158, 160].

Взаимодействие государства и частного предпринимательства является одной из необходимых предпосылок становления и развития современной инновационной экономики. Объективные закономерности функционирования рыночного хозяйства, финансовой рациональности и политического

благоразумия заставляют как бизнес, так и власть отказываться от радикальных решений и искать разумный баланс своих интересов. От эффективности функционирования данного механизма во многом зависят реальные перспективы социально-экономического развития страны. Расширение воздействия процессов глобализации на сферы жизнедеятельности социума затрагивает такую социально чувствительную область, как здравоохранение. В условиях капиталистического «постиндустриального» рынка обостряются проблемы доступности и качества медицинской помощи, а деятельность медицинских учреждений все более ориентируется на ее финансовый компонент, что потенциально может вести к распространению несправедливости в отношении доступности медицинской помощи. Формируется тенденция активного отхода от патерналистских принципов в таком социально значимом секторе как здравоохранение, что обосновывается необходимостью усиления роли гражданского общества в лице профессиональных и общественных объединений и активизации позиции отдельно взятого человека в вопросах обеспечения защиты собственных гражданских прав и несения полной личной ответственности за свое здоровье.

Поэтому увеличивается опасность того, что такой ключевой принцип как доступность медицинской помощи - предоставление ее всему населению без финансовых или иных ограничений - не получит полноценной реализации и необходимой поддержки. В силу этих и других причин, с начала XXI века, в ряде стран проявляется стремление к усилению ведущей роли государства в управлении здравоохранением (Бразилия, Индия, Китай) [139, 151, 167].

Политические и экономические преобразования последних лет создали условия для объединения усилий государства, бизнеса и гражданского общества в решении социальных задач. Сформировалось понимание новых возможностей для взаимовыгодного сотрудничества и объединения имеющихся ресурсов, имеющихся знаний и накопленного опыта, которые предоставляет «инновационная технология развития экономики» - государственно-частное партнерство [10, 12, 32, 37, 120, 123].

Как правило, под ГЧП понимается долгосрочное взаимовыгодное сотрудничество государственного и частного партнеров, направленное на реализацию проектов для достижения задач социально-экономического развития публично-правовых образований, повышения уровня доступности и качества публичных услуг, достигаемое посредством разделения рисков и привлечения частных ресурсов [12, 167]. Особую актуальность становление и развитие ГЧП приобретает в современных условиях глобализации экономики и интернационализации производства [160]. Привлечение иностранного капитала дает больше возможностей интегрироваться в международную экономику и получать необходимый опыт и передовые технологии. Взаимодействие государства с транснациональными компаниями в глобальном контексте является важным условием поддержания и повышения конкурентоспособности отечественной экономики. ГЧП облегчает выход на мировые рынки капиталов, стимулирует привлечение иностранных инвестиций в реальный сектор экономики. Для экономики большинства стран СНГ данное партнерство имеет особое значение, поскольку на его основе более активно развиваются рынки капитала, товаров и услуг. В то же время разделение рисков между участниками соглашения осуществляется на основе договоренностей сторон. Без такого рода сотрудничества отечественный бизнес останется неконкурентоспособным, что отрицательно скажется на формировании инновационной экономики. Как и любая составляющая экономики, ГЧП требует выработки принципов, на которых будут строиться отношения двух субъектов, и создания четкой правовой основы, позволяющей защитить интересы каждой из сторон. Движение к согласованию стратегических планов государства и бизнеса разделяется на несколько этапов, пройдя которые можно найти баланс интересов, необходимый для реализации общественно значимых проектов. В рамках ГЧП государственные и частные структуры действуют совместно для решения проблем или оказания услуг, имея общее понимание целей, методов и форм сотрудничества. Механизмы, основанные на данной модели, успешно применяются для решения широкого спектра проблем, в том числе в

здравоохранении. Существует много форм и видов ГЧП, которые различаются по отношениям собственности и условиям взаимодействия, тем не менее, дефиниция понятия «государственно-частное партнерство» нуждается в научном определении. Как правило, выделяют следующие базовые признаки государственно-частного партнерства: сторонами ГЧП являются государство и частный бизнес; взаимоотношения сторон носят партнерский, равноправный характер; стороны имеют общие цели, выраженный государственный интерес и общественную направленность; стороны объединяют активы (ресурсы и вклады) для достижения общих целей; стороны распределяют между собой расходы и риски в заранее согласованных пропорциях; стороны участвуют в использовании полученных результатов; взаимоотношения сторон зафиксированы в официальных документах.

Несмотря на взаимовыгодный характер сотрудничества, ГЧП можно считать равноправным достаточно условно, поскольку одна из сторон имеет ни с чем несравнимую возможность использовать то, что у другого партнера отсутствует в принципе [153]. В любом случае, государство и бизнес, получая от партнерства собственный интерес и стремясь максимально эффективно использовать возможности друг друга «в нужном месте и в нужное время», объединяются во имя общих целей [37]. В целях развития системы здравоохранения, с учетом усиления частного потенциала в условиях рыночной экономики, для сохранения и улучшения состояния здоровья населения, путем создания эффективной, доступной системы предоставления медицинских услуг, следует использовать потенциал механизмов ГЧП. Политика в области здравоохранения должна быть направлена на расширение участия частного сектора в этой сфере и обеспечение доступа к государственным ресурсам при реализации заказа на предоставление медицинских услуг, предусмотренного определенными нормами, но под государственным регулированием. Наступило время оценки реального рынка медицинских услуг, выявления перспективных направлений его развития, созданием благоприятных условий для сотрудничества с частным капиталом, для полного удовлетворения растущих

потребностей населения в медицинских услугах. При этом важно понимать, что модернизация имеющейся инфраструктуры здравоохранения возможна только с привлечением капитала на базе ГЧП, в котором между врачом и пациентом появляется механизм экономической заинтересованности в своевременном, качественном и эффективном лечении и получении высококвалифицированных диагностических услуг. Данное исследование было направлено на улучшение доступа к оказываемым медицинским услугам, обеспечение финансовой защиты населения, путем усиления рыночных механизмов в секторе государственного здравоохранения и создания проекта ГЧП для обеспечения предоставления диагностических услуг, выполняемого с помощью высокотехнологического оборудования – компьютерной томографии.

При организации центров КТ и предоставлении услуг населению республики стороны должны руководствоваться положениями Закона КР «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» от 12 января 2024 года №14 и соблюдать интересы граждан, установленных законодательством о защите прав потребителей. Система здравоохранения КР в настоящее время находится в непростой ситуации. Материальная инфраструктура ОЗ на 80,0% изношена морально и физически, вопросы оптимизации и реструктуризации системы предоставления медицинских услуг не решаются в полной мере из-за отсутствия капитальных вложений.

Как было отмечено ранее в Национальной программе реформирования системы здравоохранения Кыргызской Республики «Ден Соолук» на 2012-2018 годы, Программа государственных гарантий имеет финансовый разрыв 27-39,0%, при этом непомерно завышено количество категорий граждан, которые пользуются бесплатной медицинской помощью или получают ее на льготных условиях. Адресные прямые затраты на пациента составляют менее 10,0% консолидированного бюджета здравоохранения. Система здравоохранения КР представлена следующими субъектами рынка: (1) государственные ОЗ, (2) негосударственные ОЗ (диагностические центры, клиники, частные кабинеты), (3) поставщики медицинского оборудования, инструментов, лекарственных

препаратов, (4) органы, контролирующие и регулирующие сферу здравоохранения.

Следует отметить, что взаимоотношения между указанными субъектами рынка имеют как положительные, так и отрицательные стороны. С одной стороны, существует неудовлетворенность части населения страны организацией предоставления медицинской помощи, взаимоотношениями с медицинским персоналом и нарастающей коммерциализацией в области здравоохранения [11]. С другой стороны, одним из основных приоритетов страны является повышение качества медицинской помощи, путем реформирования сектора здравоохранения, реализации национальных программ и международных проектов, финансируемых партнерами по развитию, оснащение современным медицинским и немедицинским оборудованием и т.д. Государство сохраняет монополию на оказание определенных медицинских услуг, но вместе с тем целый ряд, в основном диагностических процедур стал выполняться частным сектором. Успешная конкуренция с государственными ОЗ, в первую очередь за счет качества предоставления услуг позволила частным медицинским центрам взять на себя основной поток пациентов в лабораторной диагностике, в ряде инструментальных исследований. В республике широко представлена сеть поставщиков лекарств, оборудования и изделий медицинского назначения, но практически отсутствует производство медицинской техники, а производство лекарств составляет очень маленький процент к общему их потреблению. Население страны представляет собой отдельную группу участников рынка, которая неоднородна как по своему составу, так и по финансовым возможностям. Государство также становится участником рынка, оно заинтересовано в привлечении частных ОЗ к выполнению программ в области охраны здоровья населения страны, а также разрабатывает варианты предоставления услуг государственными организациями на платной основе (самофинансирование, платные услуги). Определилось множество форм собственности и видов хозяйствования в здравоохранении. Увеличился объем

платных услуг, введена сооплата на услуги, оказываемые населению государственными ОЗ.

Организационно-правовые формы предпринимательства в здравоохранении определяются общими положениями, касающимися всех сфер хозяйственной деятельности. Это предполагает существование различных форм собственности в системе здравоохранения, однако специфика отрасли ограничивает предпринимательскую деятельность в первую очередь системой лицензирования, сложностью получения государственного финансирования на оказание услуг, значительным уровнем инвестиций. В развитых европейских странах к решению сложностей взаимоотношений решили подойти просто - отрегулировали свое законодательство. О необходимости развития данного направления как механизма конструктивного взаимодействия государственных органов власти и представителей частного сектора в самых разных сферах жизни говорят уже давно. В настоящее время такое партнерство является особо значимым и в секторе здравоохранения нашей страны. Фокус перспективных проектов ГЧП должен быть направлен, прежде всего, на достижение и реализацию следующих задач: предоставление высокотехнологичных медицинских исследований, при повышении их финансовой и физической доступности; обеспечение современными методами диагностики в регионах республики; государственное регулирование ценовой политики медицинских услуг; повышение качества диагностики заболеваний, и как следствие снижение инвалидизации и смертности населения; повышение квалификации и уровня подготовки медицинского персонала.

Численность населения КР составила на начало 2022 г. 6 млн. 478 тыс. человек. Более трети постоянного населения (34%) проживает в городских поселениях и около двух трети (66%) - в сельских. Прирост численности населения осуществляется за счет превышения числа родившихся над числом умерших при отрицательном балансе внешней миграции. В 2010 г. темп прироста численности населения составил 1,1%. Наиболее высокий темп прироста численности населения в 2010 г. отмечался в Баткенской (1,7%),

Джалал-Абадской (1,3%), Ошской и Таласской (по 1,2%) областях (за счет высокого естественного прироста). Всего по республике первичную медико-санитарную помощь населению республики оказывали 66 Центров семейной медицины, 26 Центров общеврачебной практики, в которых функционирует 688 групп семейных врачей, 17 групп семейных врачей - самостоятельные юридические лица, 1003 фельдшерско-акушерских пункта, являющихся структурными подразделениями групп семейных врачей. Неотложную медицинскую помощь населению республики оказывали 2 самостоятельные станции скорой медицинской помощи, 101 отделения при Центрах семейной медицины и Центрах общеврачебной практики, в которых функционирует 129 врачебных общепрофильных, 88 специализированных врачебных и 487 фельдшерских бригад скорой помощи.

Стационарную помощь населению республики оказывала 141 организация здравоохранения на 25943 коек. Инфраструктура всех ОЗ крайне изношена. Большинство зданий имеет возраст более 40 лет. Более половины имеющегося оборудования отработало более 20 лет, выработало свои ресурсы и подлежит списанию. Небольшая часть парка – это достаточно современная медицинская техника, закупленная на средства донорских организаций по международным проектам. Часть нового оборудования также не используется или используется не полностью из-за отсутствия запасных частей и расходных материалов. Зачастую ОЗ тратят на ремонт оборудования от 24,0 тыс. до 240,0 тыс. сомов год, учитывая, что парк оборудования в среднем составляет более 300 единиц на одну ОЗ, это крайне недостаточно. Была создана техническая и финансовая структура для решения вопроса обслуживания медицинского оборудования, но выделенных средств было крайне недостаточно (7,0 млн. сом, при потребности 350 млн. сомов). Все вышеперечисленные факты негативно влияют на качество оказания медицинской помощи. Так вследствие поздней верификации диагноза нередки случаи поступления больных в запущенном состоянии, растет одногодичная смертность от онкологических заболеваний. По инвалидизации и

смертности от сосудистых заболеваний КР занимает первое место на площадке ЕвроВОЗ.

В отношении обоснования применения принципов ГЧП в ЛОР-службе, следует отметить, что болезни уха, горла и носа, являясь самыми распространенными, не учитываются и не оцениваются в настоящее время как существенная угроза здоровью нации. Все внимание направлено на ликвидацию последствий заболеваний ЛОР-органов, а не на первопричину. Нарушается основополагающий принцип профилактической медицины. Усилия медицины направлены не на причину, а на следствие. Усилия должны быть направлены на рост уровня и диагностического компонента данной службы, внедрения в ее деятельность новых инновационных методов обследования и диагностики, с учетом ее специализированного компонента. Одним из таких элементов повышения качества деятельности диагностики ЛОР-заболеваний является использование КТ методов исследования [70]. С одной стороны, государство не может в полной мере обеспечить ЛОР-службы приобретением такой дорогостоящей аппаратуры, одним из вариантов решения данной проблемы является привлечение частных инвестиций и возможностей по приобретению, инсталляции и управления КТ-исследованиями. Государство не в состоянии по экономическим причинам на средства бюджета приобрести современные дорогостоящие компьютерные томографы. На начало 90-х годов прошлого столетия система государственного здравоохранения имела только два функционирующих КТ-аппарата, установленных в 1989 году в Республиканском диагностическом центре и Национальном центре кардиологии и терапии, которые морально устарели и подлежат списанию. Показатель исследований КТ в Республиканском диагностическом центре составляет около 4500 в год. Вышеописанная ситуация показывает, что в конечном результате страдает качество диагностики на догоспитальном и госпитальном уровнях, поскольку у врачей отсутствует доступ к современным и высокоинформативным методам исследований. Помимо государственных ОЗ, аппараты КТ стоят еще в ряде частных ОЗ. Среднесуточная проходимость составляет от 10 до 20 человек, т.е.

около 5000 и выше исследований в год. Общее количество составляет около 20000 обследований в год, из них в Бишкеке проведено 15000. В мировой практике КТ метод зарекомендовал себя как основной так называемый «золотой стандарт» исследования. В Европе для клиники, имеющей более 80 коек, оснащение КТ оборудованием является обязательным и входит в число рутинных методов обследования. Как один из реальных механизмов для совершенствования службы выступает механизм с использованием принципов ГЧП.

В заключении обзора литературы по актуальным вопросам организации ЛОР-службы следует отметить, что одним из основных механизмов, направленных на ее оптимизацию, следует рассматривать использование возможностей внедрения такого инновационного механизма как ГЧП. Успешность реализации проектов ГЧП требует проведения соответствующих исследований для обоснования возможности их реализации в системе здравоохранения Кыргызской Республики.

## ГЛАВА 2

### МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

#### 2.1 Материал и этапы исследования

Данная диссертационная работа посвящена анализу и оценке состояния деятельности ЛОР-службы на уровне организации здравоохранения стационарного уровня, на современном этапе переходного периода общества, в условиях проводимой реформы системы здравоохранения Кыргызской Республики.

Исследование было направлено на изучение состояния и оценку деятельности ЛОР-службы в Ошской межобластной объединенной клинической больнице (ОМОКБ) и Ошской городской клинической больнице (ОГКБ) для разработки в последующем обоснования необходимости модернизации стационарного звена системы здравоохранения и создания перспективной модели ее дальнейшего развития на основе инновационных решений, направленных на улучшение качества предоставляемой медицинской помощи пациентам с ЛОР-патологией.

Объект исследования: пациенты оториноларингологического профиля, оториноларингологическая помощь.

Предмет исследования: система организации предоставления оториноларингологической помощи населению Ошской области.

Единицы наблюдения – пациент с ЛОР-болезнью.

Материалами исследования явились:

- литературные источники, нормативно-правовая документация;
- данные официальных форм статистической отчетности Центра электронного здравоохранения;
- данные Фонда обязательного медицинского страхования по «пролеченному случаю»;

- медицинская карта амбулаторного пациента (форма 39, n=11965);
- медицинская документация стационарного больного (ф. 063/у, n=3423);
- данные официальных форм статистической отчетности № 7 (инвалидность) и форм №7Д (детская инвалидность);
- анкета (n=459).

Исследование проведено в период с 2016 по 2022 годы. На I этапе поставлены и обоснованы цель и задачи исследования, разработан план и программа исследования (таблица 2.1.1).

Проведен анализ литературных источников, нормативной правовой документации в области организации и предоставления медицинской помощи, изучены отечественные и зарубежные публикации в области организации деятельности ЛОР-службы и повышения качества ее работы.

Изучены уровень распространенности и структура заболеваемости ЛОР-органов среди населения Кыргызской Республики и Ошской области.

Обращаемость к сурдологу (n=11965) ОМОКБ изучена в период с 2016 по 2020 годы (2016 год – n=3196, 2017 год - n=2372, 2018 год - n=2733, 2019 год - n=2058, 2020 год - n=1606).

Распространенность первичной инвалидности, частота лиц с ограниченными возможностями здоровья по ЛОР - болезням, состоящим на учете, проанализированы в динамике с 2014 по 2020 годы. Приведено ранжирование по областям Кыргызской Республики распространенности первичной инвалидности вследствие болезней уха и сосцевидного отростка.

Для оценки удовлетворенности отоларингологических пациентов качеством медицинского обслуживания нами проведено анкетирование пациентов, обратившихся в ЛОР-отделения ОМОКБ и ОГКБ в период 2019 - 2020 годы (n=459).

Характер вопросов анкеты (Приложение 1) включал в себя анкетные данные, данные о состоянии здоровья респондента, отношении к предоставляемому лечебно-диагностическому процессу.

Таблица 2.1.1 – План и программа исследования

№ пп	Задача исследования	Объект, предмет исследования	Метод исследования
1	Изучение отечественные и зарубежные публикации организации деятельности ЛОР-службы и уровня распространенности и структуры заболеваемости ЛОР-органов среди населения Ошской области	Объект исследования: население КР и районы Ошской области, ЛОР-служба. Предмет исследования: организация и предоставление отоларингологической помощи; распространенность заболеваний по основным классам. Структура заболеваемости и динамика заболеваемости ЛОР-органов. Материал исследования: литературные источники, нормативно-правовая документация, данные форм статотчетности Центра электронного здравоохранения.	Статистический, аналитический.
2	Медико-социальная характеристика пациентов отоларингологического профиля, госпитализированных в стационар вторичного уровня Ошской области.	Объект исследования: пациенты Ошской межобластной объединенной больницы и Ошской городской клинической больницы. Предмет исследования: распространенность первичной инвалидности, динамика частоты лиц с ограниченными возможностями здоровья по ЛОР - болезням, состоящим на учете, обращаемость к сурдологу в период 2016-2022 годы. Материал исследования: данные официальных форм статистической отчетности № 7 (инвалидность) и форм №7Д (детская инвалидность), медицинская документация стационарного больного (ф. 063/у, п=11965), данные медицинской документации форма 39 (п=3423).	Ретроспективный, статистический, аналитический.
3	Анализ медико-социальных аспектов оценки качества деятельности ЛОР-службы на основе анкетирования пациентов.	Объект исследования: пациенты отоларингологического отделения Ошской межобластной объединенной больницы и Ошской городской клинической больницы. Предмет исследования: медико-социальная характеристика пациентов ЛОР-отделения, удовлетворенность пациентом качеством оказываемой помощи. Материал исследования: анкета (п=459).	Статистический, аналитический, социологический.
4	Экономическое обоснование подготовки инновационного проекта по повышению качества предоставляемых ЛОР-услуг и его целесообразность на ближайшую перспективу.	Объект исследования: ЛОР-услуги, государственно-частное партнерство. Предмет исследования: анализ состояния ресурсного оснащения подразделений КТ-диагностики, организация управления проектом, система менеджмента проекта, финансовые показатели и их оценочная стоимость по проекту, система контроля, мониторинга, оценки. Материал исследования: расчет финансовых поступлений от внедрения компьютерной томографии (период окупаемости, коэффициент экстенсивного использования оборудования (Кэ), коэффициент интенсивного использования оборудования (Ки), окупаемость инвестиций, доход от инвестиций).	Статистический, аналитический, экономический.
5	Разработать мероприятия по улучшению качества, доступности отоларингологической помощи населению и рекомендации по применению государственно-частного партнерства в отоларингологии	Объект исследования: отоларингологическая помощь. Предмет исследования: качество и доступность отоларингологической помощи. государственно-частное партнерство в отоларингологии. Материал исследования: ЛОР-служба.	Статистический, аналитический, экономический.

## 2.2 Методы исследования

Обработано 459 единиц анкетных форм. Выборка случайная, репрезентативная. Критериями включения в исследование явились: добровольное информированное участие, возможность участия в анкетировании.

При проведении оценки качества такому критерию, как удовлетворенность пациента, уделяется приоритетное значение. Проведение процедуры оценки деятельности системы здравоохранения потребителями медицинских услуг, обоснованно даже с учетом его некоторого субъективизма. Как правило, социологические опросы выступают в качестве дополнительного метода анализа и оценки качества медицинской помощи, направлены на изучение мнения потребителей о качестве предоставляемых медицинских услуг. Как известно, удовлетворенность медицинскими услугами прямо коррелирует с определенными индикаторами, которые отражают такие параметры деятельности организаций здравоохранения как ресурсное и техническое оснащение, соблюдение санитарно-гигиенических норм и правил, организацию лечебно-диагностического процесса.

Нами разработаны схемы эффективного использования инновационных механизмов в условиях регионального здравоохранения (на примере компьютерной томографии), конкретизированы технические требования для практического использования в КТ-диагностике.

Расчеты финансовых поступлений от внедрения компьютерной томографии приведены по ожидаемому минимальному количеству продаж числа исследований в год по каждому пункту реализации проекта (ПРП). Прогнозируемые финансовые показатели рассчитаны по ожидаемым суммам в зависимости от количества проводимых исследований, с учетом средней стоимости за одну услугу и предполагаемому порогу затрат на их производство.

Настоящие расчеты проведены с учетом базовых допущений о том, что:

- Количество проводимых исследований в год по каждому ПРП произведены из расчета минимального количества ожидаемых исследований.

- Стоимость услуги рассчитана по средней стоимости за одну услугу.

- Ожидаемый порог затрат на производство услуг в общей доле равен 80,0% от заработанной суммы дохода.

- Проектная компания получит коммерческий кредит, равный сумме стартовых инвестиций в проект.

- Ставка за обслуживание долга будет равна 10,0%.

- Ставка налогов на доходы с оборота равна – 12,0% НДС, с учетом 2,0% налога с продаж. Ставка налога на прибыль равна 10,0%.

Привлекательность инвестиционного проекта может быть оценена по большому числу факторов и критериев: ситуация на рынке инвестиций, состояние финансового рынка, профессиональные интересы и навыки инвестора, финансовая состоятельность проекта и т.д.

Для принятия инвестиционного решения приведены расчеты:

- Срока окупаемости проекта.

- Соотношения прибыли, затрат и объема продаж (CVP-анализ).

- Рентабельности продаж.

Расчет срока окупаемости проекта.

Период окупаемости определяется как ожидаемое число лет, необходимое для полного возмещения инвестиционных затрат.

Период окупаемости рассчитывается по формуле 2.2.1:

$$(T_{ок}) = \frac{Y + S}{N}, \quad (2.2.1)$$

где:  $T_{ок}$  – период окупаемости;  $Y$  - число лет, предшествующих году окупаемости;  $S$  - невозмещенная стоимость на начало года окупаемости;  $N$  - приток наличности в течении года окупаемости.

Оценка проекта ГЧП с учетом временной стоимости денег осуществляется путем расчета:

- NPV (not present value) - чистой приведенной стоимости;
- IRR (internal rate of return) – внутренней нормы доходности.

Чистая приведенная стоимость (NPV) – это приведенная стоимость чистых поступлений денежных средств минус первоначальные инвестиционные затраты на проект капиталовложений.

Чистые поступления денежных средств = ожидаемые валовые поступления от оказания рентгенологических компьютерно-томографических услуг минус ожидаемые текущие затраты проектной компании. Положительное значение чистой приведенной стоимости свидетельствует о том, что капиталовложения в анализируемый проект вкладывать целесообразно, а при отрицательной чистой приведенной стоимости от проекта нужно отказываться. Нулевое значение чистой приведенной стоимости указывает на то, что компании должно быть безразлично, принять проект капиталовложений или его отвергнуть. Для проведения мониторинга эффективности деятельности представлены следующие коэффициенты: Коэффициент экстенсивного использования оборудования (Кэ) и Коэффициент интенсивного использования оборудования (Ки).

Кэ определяется отношением фактического количества часов работы оборудования к количеству часов его работы по плану (формула 2.2.2):

$$K_{\text{э}} = \frac{T_{\text{ф}}}{T_{\text{пл}}} \quad (2.2.2)$$

где:  $T_{\text{ф}}$  – фактическое время работы оборудования, час;  $T_{\text{пл}}$  – время работы оборудования по норме, час.

$T_{\text{ф}}$  определяется как время, в течение которого кабинет КТ был открыт для обслуживания посетителей.  $T_{\text{пл}}$  устанавливается государственным партнером в соответствии с режимом работы и с учетом минимально необходимого времени для проведения планово-предупредительных ремонтов и на обязательные технологические остановки. Коэффициент интенсивного использования

оборудования ( $K_{И}$ ) определяется отношением фактической производительности оборудования в единицу времени к технической или плановой (формула 2.2.3):

$$K_{И} = \frac{P_{ф}}{P_{пл}} \quad (2.2.3)$$

где:  $P_{ф}$  - фактическая производительность;  $P_{пл}$  - плановая производительность.

$P_{пл}$  при проведении финансовых расчетов позиционируется в качестве возможной (паспортной) производительности медицинского оборудования, установленной заводом - изготовителем, исходя из технических характеристик используемого оборудования. Мониторинг окупаемости инвестиций позволяет оценить возврат инвестиций частным партнером, с учетом выгод и затрат, связанных с этими инвестициями.

Окупаемость инвестиций (Return On Investment - ROI), в данном проекте ГЧП рассчитывалась по следующей формуле 2.2.4:

$$ROI = \frac{(\text{Доход от инвестиций} - \text{Инвестиционные затраты})}{\text{Инвестиционные затраты}} * 100\% \quad (2.2.4)$$

Таким образом, расчет ROI зависит от применения двух составляющих: дохода от инвестиций и инвестиционных затрат.

Доход от инвестиций – это сумма всех валовых поступлений проектной компании от оказанных услуг.

Инвестиционные затраты – включают в себя финансовые затраты на:

- Расходы на разрешения, согласования и лицензирование деятельности
- Расходы на строительство, капитальный ремонт.
- Расходы на оборудование, его доставку, включая таможенные платежи.
- Расходы на монтаж и запуск оборудования.

В случае, если  $ROI > 100,0\%$  – это говорит о том, что инвестиции окупились. Если  $ROI < 100,0\%$  – значит, что вложенные инвестиции не окупились, вложили больше, чем заработали. Если  $ROI = 100,0\%$  – это говорит о

том, что инвестиции окупились, но нет доходов для покрытия операционных расходов.

Репрезентативность объема выборки определялась по общепринятой методике с неизвестным числом генеральной совокупности, который составил - 625 единиц. В исследовании объем выборки медицинских карт стационарного больного составил - 3423 единиц, амбулаторных медицинских карт - 11965 единиц, анкет по удовлетворенности - 459. В целом по материалам исследования число наблюдений - 15847, то есть превышает объем выборки.

В работе использовался комплекс методов исследования: аналитический, анкетирование, ретроспективный, статистический, метод экспертных оценок, экономический.

При обработке материалов исследования проводилось вычисление относительных показателей (интенсивный, экстенсивный, показатель наглядности), показатель средней величины (средний показатель). В работе применялся метод вычисления динамических рядов (абсолютный прирост, темп прироста, темп роста, значение 1,0% показателя). Наличие взаимосвязи показателей определялось путем вычисления коэффициента корреляции ( $r_{xy}$ ), коэффициента детерминации ( $R$ , %). Достоверность различий между группами определяли с помощью параметрического критерия Стьюдента ( $t$  – критерия достоверности), ошибки репрезентативности ( $\pm m$ ), вычисление «р» - критерия достоверности безошибочного прогноза. Все расчеты выполнены с использованием программы Microsoft Excel.

## ГЛАВА 3

### ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЛОР-ОРГАНОВ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ОШСКОЙ ОБЛАСТИ

#### 3.1 Уровень и структура оториноларингологической заболеваемости в Ошской области

Как уже было отмечено ранее, оториноларингологическая заболеваемость имеет важное медико-социальное значение. Рост числа ЛОР-заболеваний среди населения обусловлен несколькими ключевыми факторами: поздним обращением за медицинской помощью, недостаточным качеством услуг на уровне первичного звена здравоохранения, ограниченной доступностью высококвалифицированной отоларингологической помощи, а также низкой эффективностью диагностических методов. Анализ литературных данных показал, что исследования, касающиеся структуры отоларингологической патологии, не в полной мере отражают общую картину распространенности ЛОР-заболеваний. В основном они основываются на данных обращаемости в поликлиники и на нозологических формах согласно МКБ-10, не учитывая возможные сочетанные патологии.

В текущих условиях важно принимать своевременные управленческие решения для обеспечения стабильного и постоянного повышения качества оториноларингологической помощи населению. Для более полного понимания картины по заболеваемости взрослых и подростков в целом по Кыргызской Республике, ниже приводятся данные официальной государственной статистики.

В таблице 3.1.1 представлены данные по распространенности заболеваний по основным классам на 100 000 населения за период с 2016 по 2022 годы.

Таблица 3.1.1 – Распространенность заболеваний по основным классам взрослые и подростки, Кыргызская Республика, 2016-2022 гг.

№ п п	Класс болезни по МКБ - 10	Годы							ПН
		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
1	Некоторые инфекц. и параз. болезни	1006,3	1217,6	1120,5	1017,9	1365,0	1033,7	1319,4	131,1
2	Новообразования	615,0	617,3	580,9	591,8	408,1	118,8	135,8	22,1
3	Болезни крови	1618,9	1513,9	1332,9	1048,6	652,9	975,2	1574,5	97,3
4	Болезни эндокринной системы	2703,3	2607,3	2581,0	2585,4	2371,4	1063,8	1226,1	45,4
5	Психические расстройства	814,5	989,9	927,1	842,5	555,2	331,3	383,2	47,0
6	Болезни нерв. системы	1822,5	2111,6	2071,3	1923,7	1338,5	1084,8	1611,8	88,4
7	Болезни глаза и его придатков	2463,6	2782,4	2847,3	2829,6	1782,1	1073,7	1583,4	64,3
8	<b>Болезни уха и сосцевид. отростка</b>	<b>1043,4</b>	<b>943,7</b>	<b>910,6</b>	<b>926,6</b>	<b>613,0</b>	<b>425,0</b>	<b>766,4</b>	<b>73,5</b>
9	Болезни органов кровообращения	7026,8	7879,5	7870,9	7652,2	5716,5	2269,3	3169,6	45,1
10	Болезни органов дыхания	6767,7	6536,5	6637,1	5723,5	5232,5	4459,9	6645,2	98,2
11	Болезни органов пищеварения	4421,1	4442,5	4185,2	4550,2	3198,1	1106,9	1488,9	33,7
12	Болезни кожи и подкожной клетчатки	1124,2	1325,5	1288,3	1192,4	774,5	779,6	1049,5	93,4
13	Болезни кост.-мышеч. системы	2446,9	3102,8	3106,8	2877,5	1840,6	845,2	1095,5	44,8
14	Болезни мочеполовой системы	4600,2	5327,3	5096,0	4301,8	2821,8	1829,6	2418,2	52,6

Примечание: ПН – показатель наглядности (%).

В указанной таблице отражены статистические данные по четырнадцати наименованиям, наиболее распространенных заболеваний по основным классам (взрослые и подростки) МКБ - 10, в Кыргызской Республике, за период 2016 - 2022 гг.

Распространенность болезни по основным классам имеет разнонаправленный характер в указанный промежуток времени. Так, был отмечен рост по данному показателю по инфекционным и паразитарным болезням с 1006,3 в 2016 году до 1319,4 в 2022 году на 31,1%, показатель наглядности составил 131,1%. Между тем, постепенное снижение частоты болезней уха и сосцевидного отростка с 2016 по 2019 годы, сменилось резким спадом в 2020 году на 41,3%, что непосредственно связано с пандемией COVID-19, а затем ростом в 2022 году при показателе наглядности 73,5%.

По другим классам болезней сложилась аналогичная картина. Снижение уровня распространенности заболеваний составило по новообразованиям на 77,9% (ПН – 22,1%), болезням крови на 2,7% (ПН – 97,3%), болезням эндокринной системы на 54,6,3% (ПН – 45,4%), психическим расстройствам на 52,9% (ПН – 47,0%), болезням нервной системы на 11,6% (88,4%), болезням глаз и его придаткам на 35,7% (64,3%), органов кровообращения на 54,9% (ПН – 45,1%), органов дыхания на 1,8% (ПН - 98,2%), органов пищеварения на 66,3% (ПН – 33,7%), кожи и подкожной клетчатки на 6,6% (ПН – 93,4%), костно-мышечной системы на 55,2% (ПН – 44,8%), мочеполовой системы на 47,4% (ПН – 52,6%). Это связано с пандемией COVID-19, когда отделения стационаров были перепрофилированы в инфекционные отделения и снизилась обращаемость населения за медицинской помощью.

Указанные заболевания можно распределить для наглядности, на три основные группы, в зависимости от отношения на 100 000 населения (сравнительные данные за период с 2016 по 2022 годы).

В первую группу (свыше 2000,0 на 100 000) вошли классы болезней как болезни эндокринной системы, органов кровообращения, органов дыхания, органов пищеварения и мочеполовой системы.

Во вторую группу (ниже 2000,0 на 100000) вошли классы болезней как болезни нервной системы, глаза и его придатков, костно-мышечной системы.

Третью группу (ниже 1000,0 на 100000) составили классы болезней как новообразования, болезни крови, психические расстройства, болезни уха и сосцевидного отростка, кожи и подкожной клетчатки. Как видно из представленных данных, показатели по болезням уха и сосцевидного отростка вошли в третью группу.

На рисунке 3.1.1 представлены данные по распространенности болезни уха и сосцевидного отростка с учетом скользящей средней линией тренда.

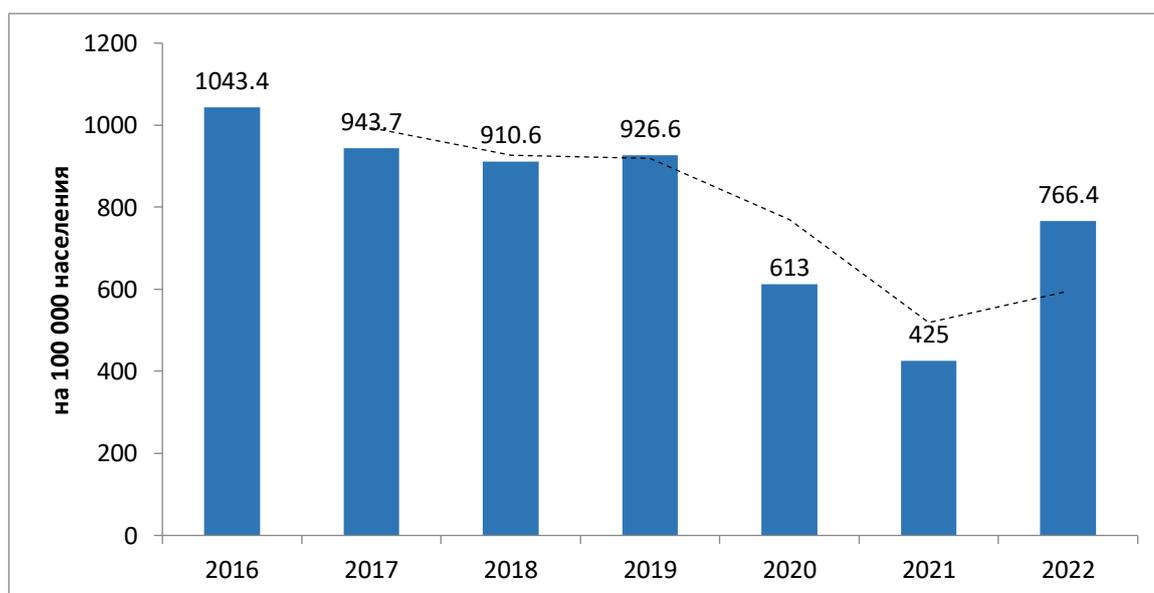


Рисунок 3.1.1 – Распространенность ЛОР-болезней на 100000 населения.

Следует отметить, что динамика скользящей средней линией тренда не имеет тенденцию к своей устойчивости. На рисунке 3.1.2 представлены данные по доле ЛОР - заболеваемости от общей заболеваемости населения Кыргызской Республике за период с 2016 по 2022 годы.

Обращает на себя внимание, не снижающийся уровень заболеваемости взрослых и подростков по указанному классу болезней.

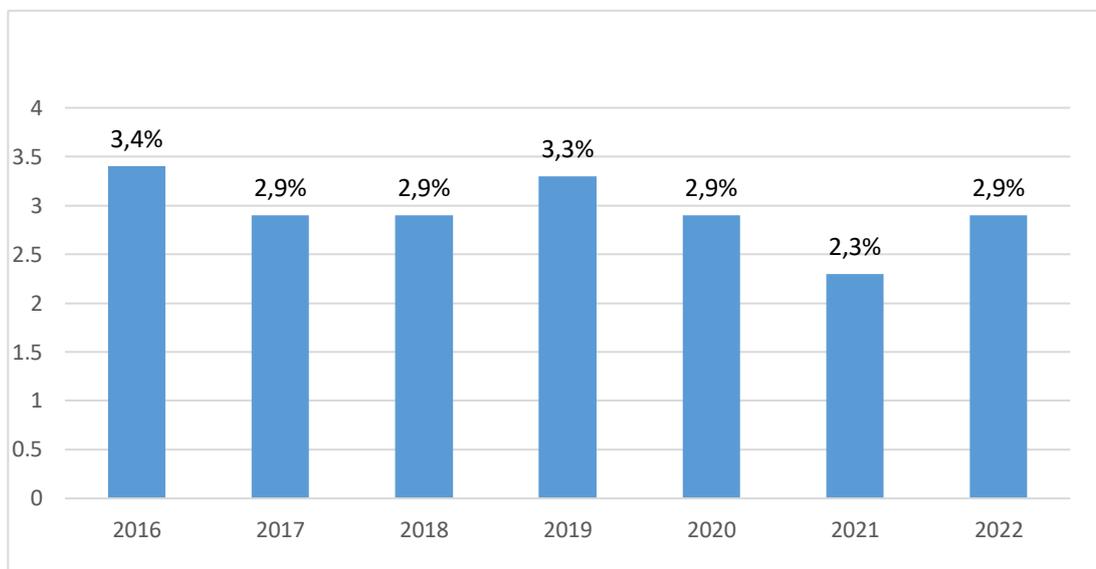


Рисунок 3.1.2 – Удельный вес ЛОР - заболеваемости, в динамике (100,0%).

Проведен анализ динамики заболеваемости болезнями уха и сосцевидного отростка на 100 000 населения Ошской области (таблица 3.1.2).

Уровень заболеваемости болезнями уха и сосцевидного отростка в основном имел тенденцию к снижению в 2017 году на -46,3%, 2018 году на -34,7%, 2020 году на -40,1% по темпу убыли, с ростом к периоду 2021 - 2022 годов (+300,2 и 47,7%, соответственно).

Хронический отит также имел тенденцию к снижению, с ростом в 2022 году. Снижение частоты пациентов с потерей слуха отмечалось на -57,6% в 2017 году, -59,4% в 2018 году, -43,5% в 2019 году.

Аналогично динамика снижения распространенности потерь слуха наблюдалась в 2017 году на -43,0%, 2018 году на -28,2%, 2019 году на -23%. Незначительный прирост был в 2020 году на +1,8%.

Значимый подъем частоты потерь слуха выявлен в 2022 году (темп прироста на +66,0%). Таким образом, в целом по Ошской области наблюдалась тенденция снижения частоты заболеваемости, за исключением 2019 года.

По хроническим отитам и потерям слуха с 2016 по 2019 годы была характерна тенденция к снижению, с повышением указанных значений начиная с 2020 года.

Таблица 3.1.2 – Динамика заболеваемости болезнями уха и сосцевидного отростка на 100 000 населения (взрослые и подростки) Ошской области

№ пп	Класс болезни	Годы						
		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
1.	Болезни уха и сосцевидного отростка	633,6	339,7	221,7	234,2	140,3	422,2	624,0
	абсолютный прирост	-	-293,9	-118,0	+12,5	-93,9	+281,9	+201,8
	темп прироста	-	-46,3	-34,7	+5,6	-40,1	+300,2	+47,7
2.	Хронический отит	89,8	38,0	15,4	8,7	38,8	35,2	62,0
	абсолютный прирост	-	-51,8	-22,6	-6,7	+30,1	-3,6	+26,8
	темп прироста	-	-57,6	-59,4	-43,5	+345,9	+11,9	+76,1
3.	Потеря слуха	34,2	19,5	14,0	10,7	10,9	16,5	27,4
	абсолютный прирост	-	-14,7	-5,5	-3,3	+0,2	+5,6	+10,9
	темп прироста	-	-43,0	-28,2	-23,5	+1,8	+2,8	+66,0
4.	Прочие болезни уха	509,6	282,2	192,3	214,7	90,5	370,5	534,5
	абсолютный прирост	-	-227,4	-89,9	+22,4	-124,2	+280,0	+164,0
	темп прироста	-	-44,6	-31,8	+11,6	-57,8	+225,4	+44,2

Представляет интерес анализ динамики заболеваемости болезнями уха и сосцевидного отростка в различных районах Ошской области, рассчитанный на 100 000 населения. В таблице 3.1.3 показаны изменения уровня заболеваемости этими заболеваниями по районам Ошской области Кыргызской Республики.

Анализ показал, что заболеваемость болезней уха и сосцевидного отростка по Алайскому району в динамике увеличилась в 2017 и 2018 годы на +54,3% и +14,1%, соответственно. Как известно, вычисление 1,0% прироста/убыли (т.е. какая величина прироста/убыли приходится на 1,0%) является необходимым

элементом для получения истинных данных об интенсивности роста (уменьшения) исследуемого явления.

Таблица 3.1.3 – Динамика заболеваемости болезнями уха и сосцевидного отростка по районам Ошской области КР на 100 тыс. населения

№ пп	Районы Ошской области	Годы						
		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
1.	Алайский	607,6	937,8	1070,2	263,8	181,5	455,5	564,0
	абсолютный прирост	–	+330,2	+132,4	-806,4	-82,3	+274,0	+108,5
	темп прироста	–	+54,3	+14,1	-75,3	-31,1	+232,9	+23,8
2.	Араванский	219,2	301,5	407,0	680,4	137,7	189,2	276,3
	абсолютный прирост	–	+82,3	+105,5	+273,4	-542,7	+37,4	+87,1
	темп прироста	–	+37,5	+35,0	+67,1	-79,7	+67,1	+46,0
3.	Кара-Кульджинский	4753,1	1225,2	88,4	196,6	18,8	202,3	245,6
	абсолютный прирост	–	-3527,9	-1136,8	+108,2	-177,8	+11,9	+43,3
	темп прироста	–	-74,2	-92,7	+122,3	-90,4	-93,3	+263,8
4.	Кара-Суйский	587,0	258,6	136,5	147,3	153,5	198,0	273,9
	абсолютный прирост	–	-328,4	-122,1	+25,2	+6,2	+11,9	+75,9
	темп прироста	–	-60,0	-47,2	+7,9	+4,2	+29,9	+38,3
5.	Ноокатский	524,6	320,8	484,1	223,8	134,7	230,3	312,2
	абсолютный прирост	–	-203,8	+163,3	-260,3	-89,1	+11,9	+81,9
	темп прироста	–	-38,8	+51,0	-53,8	-39,8	+70,9	+35,5
6.	Узгенский	386,2	673,9	474,6	145,7	13,1	150,4	189,3
	абсолютный прирост	–	+287,7	-199,3	-328,9	-132,6	+137,3	+38,9
	темп прироста	–	+74,5	-29,5	-69,3	-91,0	+1048,0	+25,8
7.	Чон-Алайский	118,4	276,0	803,9	512,8	343,3	354,0	364,7
	абсолютный прирост	–	+157,6	+527,9	-291,1	-169,5	+11,9	+107,0
	темп прироста	–	+133,1	+191,2	-36,1	-33,0	+3,11	+3,02

На 1% прироста пришлось 6 и 8 случаев на 100 000 населения, соответственно. В последующие 2019 и 2020 годы отмечалось снижение на -75,3% и -31,1%,

соответственно, (10,7 и 2,6 случая на 1% убыли), а в период 2021 – 22 г.г. – темп роста составил +232,9 и +23,8, соответственно.

Тенденция прироста в Араванском районе отмечалась в 2017 году на +37,5%, в 2018 году на +35,0% и в 2019 году на +67,1%. На 1% прироста соответствовало 2,1 случая в 2017 году, 3,0 случая в 2018 году и 4,0 случая в 2019 году. Резкая убыль заболеваемости в данном районе в 2020 году была на -79,7% и на 1% убыли пришлось 6,8 случаев. Заболеваемость среди населения Кара-Кульджинского района в 2017 году снизилась на -74,2%, 2018 году на -92,7% и на -90,4% в 2020 году (на 1% убыли уменьшения заболеваемости пришлось 47,5 случаев в 2017 году, 12,2 случая в 2018 году и 1,9 случая в 2020 году, и повысилась на +122,3% в 2019 году, на 1% прироста пришлось 0,8 случаев.

В Кара-Суйском районе тенденция снижения в 2017 году на -60,0%, 2018 году на -47,2% сменилась тенденцией прироста в 2019 году на +7,9%, 2020 году на +4,2%. 1% убыли составил 5,4 случая в 2017 году, 2,5 случая в 2018 году и 1% прироста 3,1 случая в 2019 году и 1,4 случая в 2020 году.

Снижение заболеваемости болезнью уха и сосцевидного отростка по Ноокатскому району наблюдалось в 2017 году на -38,8%, 2019 году на -53,8% и 2020 году на -39,8%, увеличение в 2018 году на +51,0%. Значение 1% убыли составило 5,2 случая в 2017 году, 4,8 случая в 2019 году, 2,2 случая в 2020 году и 3,2 случая на 1% прироста. Резкий скачок частоты заболеваемости по Узгенскому району выявлен в 2017 году на +74,5% (1% - 3,8). В 2018 году снижение было на -29,5%, значительное снижение в 2019 году на -69,3% и еще большее снижение в 2020 году на -91,0% по темпу убыли (1% - 6,7 в 2018 году, 4,7 случая в 2019 году и 1,4 случая в 2020 году). В Чон-Алайском районе отмечен отрицательный темп прироста в 2018 и 2019 годы на +133,1% (1% - 1,1) и +191,2% (1% - 2,7), соответственно. Снижение заболеваемости отмечалось в 2019 году на -36,1% (1% - 8,0) и 2020 году на -33,0% (1% - 5,1).

Таким образом, проведенный анализ в динамике по районам Ошской области установил тенденцию снижения к 2020 году, с некоторым ростом в период 2021 – 2022 г.г. В 2020 году значение показателя 1,0% составило от 1,4 в

Узгенском районе до 6,8 в Араванском районе Ошской области, что подтверждает тенденцию интенсивности убыли заболеваемости.

Мы провели анализ динамики заболеваемости хроническими отитами на 100 000 населения по районам Ошской области (таблица 3.1.4).

Таблица 3.1.4 – Динамика заболеваемости хроническими отитами на 100 000 населения по районам Ошской области Кыргызской Республики

№ пп	Район Ошской области	Годы						
		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
1.	Алайский	41,5	37,0	4,1	2,8	2,1	3,4	3,9
	абсолютный прирост	-	-4,5	-32,9	-1,3	-0,7	+1,3	+0,5
	темп прироста	-	-10,8	-88,9	-31,7	-25,0	+61,9	+14,7
2.	Араванский	0	3,3	8,7	4,9	1,3	1,7	2,9
	абсолютный прирост	-	+3,3	+5,4	-3,8	-3,6	+0,4	+1,2
	темп прироста	-	0	+163,6	-43,6	-73,4	+30,7	+70,5
3.	Кара-Кульджинский	749,2	60,0	0	0	10,1	11,2	11,6
	абсолютный прирост	-	-689,2	0	0	+10,1	+1,1	+0,4
	темп прироста	-	-92,0	0	0	0	+10,8	+3,5
4.	Кара-Суйский	48,0	16,0	2,5	7,7	1,2	6,5	7,2
	абсолютный прирост	-	-32,0	-13,5	+5,2	-6,5	+1,3	+0,7
	темп прироста	-	-66,7	-84,3	+208,0	-84,4	+441,6	+10,7
5.	Ноокатский	23,3	3,0	4,5	83,5	205,8	199,8	210,4
	абсолютный прирост	-	-20,3	+1,5	+79,0	+122,3	-6,0	+10,6
	темп прироста	-	-87,1	+50,0	+1,7	+146,4	-2,9	+5,3
6.	Узгенский	92,5	262,2	179,4	127,0	107,3	109,2	112,6
	абсолютный прирост	-	+169,7	-82,8	-52,4	-19,7	+1,9	+3,4
	темп прироста	-	+183,4	-31,5	-29,2	-15,5	+1,7	+3,1
7.	Чон-Алайский	8,4	0	52,7	1,2	7,6	6,9	7,4
	абсолютный прирост	-	0	+52,7	-51,5	+6,4	-0,7	-0,5
	темп прироста	-	0	0	-97,7	+533,3	-9,2	+7,2

В 2018 году в Араванском районе был зафиксирован рост заболеваемости до 8,7 на 100 тыс. населения, что составило увеличение на 163,6%. В Ноокатском районе заболеваемость увеличилась в 2019 и 2020 годах до 83,5 и 205,8 на 100 тыс. населения соответственно. В 2017 году в Узгенском районе рост составил 183,4%, достигнув 262,2 на 100 тыс. населения. В Кара-Кульджинском районе в 2018 и 2019 годах случаи хронического отита не были зарегистрированы, что привело к отсутствию прироста. В Кара-Суйском районе в 2018 году наблюдался рост до 7,7 на 100 тыс. населения, что составляет увеличение на 208,0%. В Чон-Алайском районе в 2020 году случаи хронических отитов возросли до 7,6 на 100 тыс. населения, что составляет прирост на 533,3%.

Анализ динамики заболеваемости хроническими отитами по указанным районам показал нестабильную динамику, характерный большой размах частоты заболеваемости, а в отдельные годы и отсутствие случаев хронических отитов. Данное положено прежде всего связано с низкой обращаемостью, доступностью, что привело к недоучету случаев заболеваемости. В период 2021 – 2022 гг. отмечается некоторый рост исследуемого параметра, что связано с большей настороженностью и выявляемостью.

Анализ динамики потерь слуха на 100 тыс. населения по районам Ошской области показал следующие результаты. В Алайском районе наблюдалось увеличение случаев потери слуха в 2018 и 2019 годах, составившее +215,3% и +1102,4% соответственно. В 2017 году в Араванском районе произошел значительный рост потерь слуха на +526,5%. В Чон-Алайском районе в 2018 году был выявлен незначительный прирост, однако в 2019 году отмечен значительный рост на +8,1% и +11,7% соответственно. В Узгенском районе в 2017 году зарегистрировано увеличение потерь слуха на +30,2%. В сравнительном аспекте, именно по данному району был отмечен наибольший рост в динамике потерь слуха в указанный период времени.

Полученные статистические данные позволили определить их ранг по уровням ЛОР-заболеваемости для последующего включения в пилотный проект

(с учетом географической расположенности, общего количества населения, проживающего в районе).

Далее нами было проведено ранжирование уровней ЛОР-заболеваемости по районам Ошской области).

В 2016 году первое место занимал по заболеваемости Кара-Кульджинский район (4753,1 на 100 000 населения), второе место - Алайский район (607,6‰), третье место - Кара-Суйский район (587,0‰). В 2017 году первое место - Кара-Кульджинский район (1225,2‰), второе место - Алайский район (937,8‰), третье место - Узгенский район (673,9‰). В 2018 году ситуация изменилась коренным образом, первое место стал занимать Алайский район (1070,2‰), второе место - Чон-Алайский район (803,9‰) и третье место - Ноокатский район (484,1‰).

Первое место по заболеваемости болезнями уха и сосцевидного отростка в 2019 году занимал Араванский район (680,4‰), второе место – Чон-Алайский район (512,8‰), третье место - Алайский район (263,8‰). В 2020 году на первом месте была заболеваемость по Чон-Алайскому району (343,3‰), втором месте - по Алайскому району (181,5‰), третьем месте - по Кара-Суйскому району (153,5‰).

Ранжирование уровней ЛОР-заболеваемости по районам Ошской области представлено в таблице 3.1.5.

Таким образом, высокий уровень заболеваемости болезнями уха и сосцевидного отростка по ведущим ранговым местам приходился на Алайский район во все изучаемые годы, Кара-Кульджинский район в 2016-2017 годы, Чон-Алайский район в 2018-2020 годы, Кара-Суйский район в 2016 и 2020 году, Араванский район в 2019 году, Ноокатский район в 2018 году и Узгенский район в 2017 году.

В заключении следует отметить, что отраженные колебания уровня заболеваемости по вышеуказанным классам болезней в различных районах Ошской области за исследованный период времени связаны прежде всего с

низкой обращаемостью населения за медицинской помощью и недоучетом заболеваемости.

Таблица 3.1.5 – Ранжирование заболеваемости болезнями уха и сосцевидного отростка по районам Ошской области КР (100 000 населения)

№ пп	Районы Ошской области	Годы						
		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
1	Алайский	2	2	1	3	2	3	2
2	Араванский	6	5	5	1	4	5	5
3	Кара-Кульджинский	1	1	7	5	6	6	6
4	Кара-Суйский	3	7	6	6	3	2	3
5	Ноокатский	4	4	3	4	5	4	4
6	Узгенский	5	3	4	7	7	7	7
7	Чон-Алайский	7	6	2	2	1	1	1

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о необходимости оптимизации оториноларингологической помощи в Ошской области.

### **3.2. Характер больных с оториноларингологическими болезнями, госпитализированных в стационары вторичного уровня Ошской области**

Несвоевременное лечение заболеваний ЛОР-органов может привести к снижению качества жизни и инвалидности значительного числа людей. После обретения независимости Кыргызстан, как и многие другие развивающиеся страны, столкнулся с проблемой ограниченного доступа к специализированной медицинской помощи, особенно в сельских районах. По данным ВОЗ, около 5% мирового населения нуждаются в помощи для восстановления слуха, и к 2050 году каждый десятый человек может столкнуться с потерей слуха. Из-за анатомических особенностей ЛОР-органов в них часто развиваются

патологические процессы, которые при отсутствии своевременной помощи могут привести к инвалидизации и снижению качества жизни.

В Кыргызстане проблема доступа к специализированной медицинской помощи, особенно в сельской местности, сохраняется, как и в других развивающихся странах. Медицинские ресурсы сосредоточены в городах, даже в тех странах, где большинство населения проживает в сельской местности. Несмотря на рост числа медицинских учебных заведений и увеличение числа подготовленных специалистов, в регионах по-прежнему наблюдается дефицит квалифицированных кадров, что влияет на доступность медицинской помощи.

Ошская область Кыргызской Республики, одна из крупнейших в стране, с населением более 1,391 млн человек (Национальный статистический комитет, 2020 г.), из которых 7,3% проживают в городах, а 92,2% — в сельской местности. Значительная часть пациентов, как по направлению, так и самостоятельно, приезжает за медицинской помощью в клинические больницы города Ош.

В стране еще не отлажена в полном объеме работа первичного звена здравоохранения, в регионах практически отсутствует реабилитация ЛОР - больных, в связи с чем, большая часть нагрузки, приходится на стационары вторичного и третичного уровней. Изучение профиля стационарных пациентов предоставляет возможность более эффективно планировать меры профилактики ЛОР-заболеваний и их осложнений. В этом разделе представлены результаты исследования, проведенного на базе отоларингологического отделения Ошской межобластной клинической больницы и Ошской городской клинической больницы. Полученные данные позволят оптимизировать управление стационарной помощью и направить профилактические мероприятия на снижение уровня осложнений на уровне первичного звена здравоохранения.

В период с 1 января 2016 по декабрь 2022 года в ЛОР-отделения ОМОКБ и ОГКБ были госпитализированы 4091 пациент, из которых в исследование были включены данные по 3423 пациентам. Анализ пятилетнего периода показал, что  $55,1 \pm 0,9\%$  ( $n=1886$ ) госпитализированных составляли мужчины, а  $44,9 \pm 0,8\%$  —

женщины (n=1537). Все диагнозы были закодированы в соответствии с Международной классификацией болезней X пересмотра (МКБ-10).

Были проанализированы истории болезни 3423 пациентов в возрасте от 20 лет и старше, включая информацию о месяце и годе поступления, поле, возрасте, диагнозе, а также наличии полиса обязательного медицинского страхования. Большинство пациентов имели этот полис, что отражает общую тенденцию в области медицинского страхования. Нагрузка на ЛОР-отделение значительно возрастала в осенне-зимний период, что приводило к увеличению расхода медикаментов, человеко-часов и коммунальных услуг. Средний возраст пациентов составил  $32 \pm 10,2$  года, причем чаще всего госпитализировались молодые люди в возрасте 20-24 лет. Среди пожилых людей в возрасте 60 лет и старше госпитализации встречались реже, что может быть связано с ограниченным доступом к стационарной помощи для этой возрастной группы.

Чаще всего пациенты обращались с жалобами на заболевания верхних дыхательных путей (J01-J39) и болезни уха (H60-H95), что вероятно связано с осложнениями острых респираторных заболеваний. В исследовании использовалась деперсонализированная информация из базы данных Фонда обязательного медицинского страхования при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики. Полис обязательного медицинского страхования имели 64,6% госпитализированных, в то время как 35,4% пациентов были незастрахованными. Анализ за четыре года показал, что наименьшее количество госпитализаций наблюдалось в период с марта по июль, тогда как с августа количество поступивших на лечение увеличивалось, достигая пика в октябре (11,8%), ноябре (10,4%) и феврале (8,9%).

На рисунке 3.2.1 представлено долевое распределение количества госпитализированных взрослых по месяцам в ОМОКБ, в период с 2016 по 2022 годы, взрослые пациенты. Анализ показал, что максимальный поток пациентов в стационар наблюдается в осенне-зимний период, совпадающий с сезоном острых респираторных заболеваний. При исследовании типов госпитализации было выявлено, что  $76,5 \pm 0,7\%$  (n=2618) госпитализаций на 100 пациентов были

плановыми,  $20,5 \pm 0,6\%$  ( $n=702$ ) относились к экстренным госпитализациям после 24 часов, и  $3,0 \pm 0,2\%$  ( $n=103$ ) приходились на экстренные госпитализации до 24 часов.

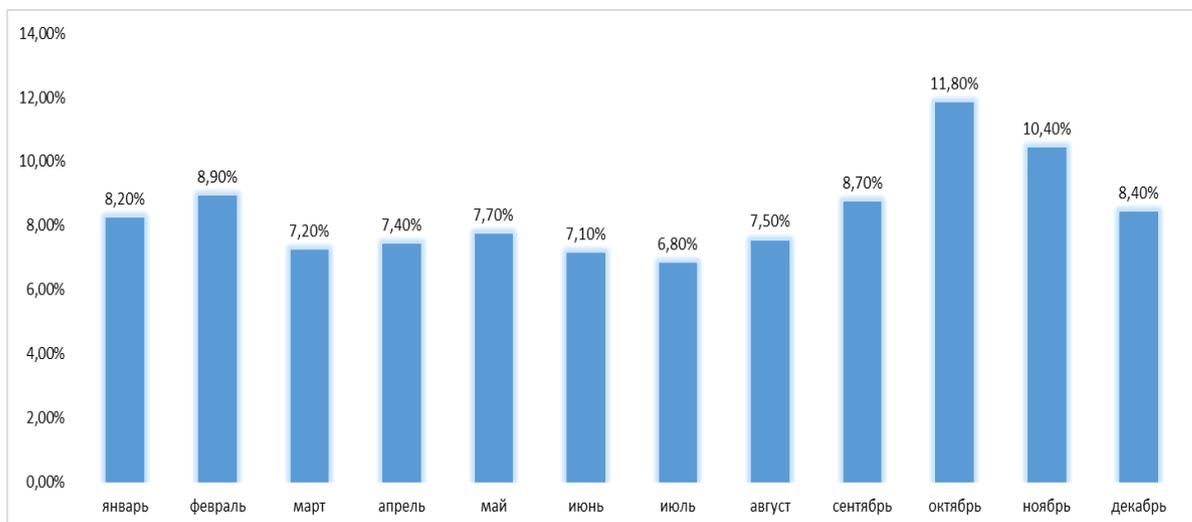


Рисунок 3.2.1 – Среднее распределение госпитализированных взрослых по месяцам, ОМОКБ, 2016-2022 г.г., взрослые (%).

Высокий процент плановых госпитализаций может быть связан с тем, что население обращается в медицинские учреждения по месту жительства с опозданием, когда заболевание уже перешло в более тяжелую форму, что ведет к осложнениям.

На рисунке 3.2.2 представлено распределение госпитализированных в Ошскую межобластную клиническую больницу по возрасту в 2016-2022 годы. Средний возраст пациентов составил  $32 \pm 13,8$  года. Анализ показал, что пациенты в возрасте 60-69 лет обращались за стационарной помощью в 7,8 раза реже, чем пациенты 20-24 лет, и в 7,1 раза реже, чем те, кто был в возрасте 25-29 лет.

Была обнаружена обратная сильная корреляционная связь ( $r_{xy}=-0,8$ ): с увеличением возраста число госпитализированных снижается. Доля влияния этого фактора составляет 64%, что связано как с возрастными особенностями ЛОР-заболеваний, так и с ограниченной доступностью стационарной помощи для пожилых людей.

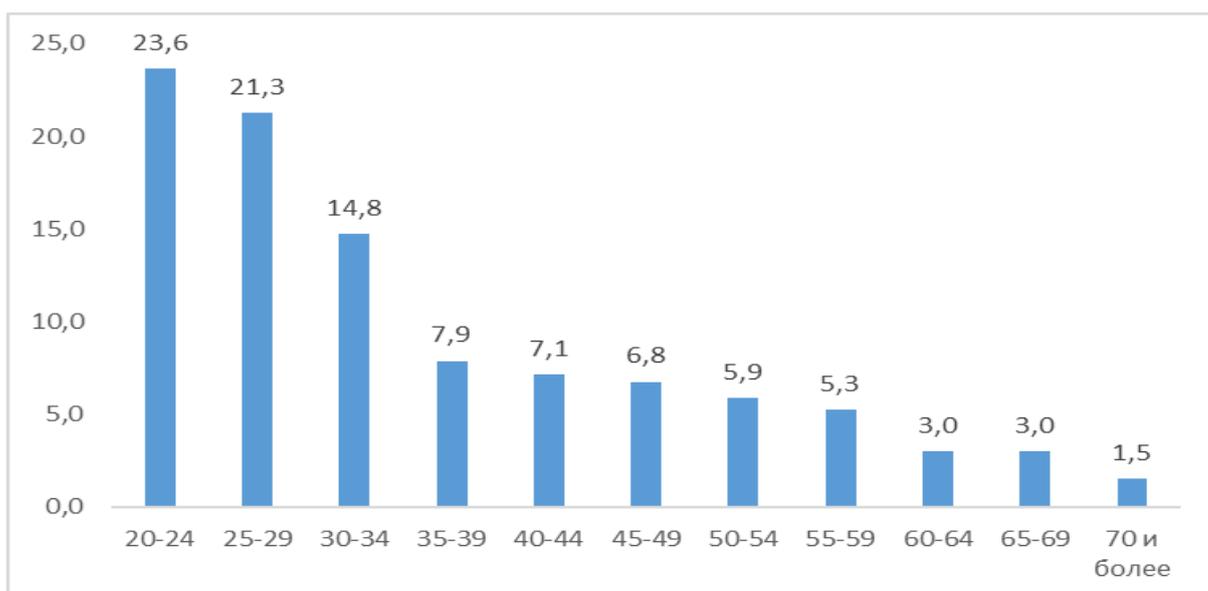


Рисунок 3.2.2 – Долевое распределение госпитализированных (%).

На рисунке 3.2.3 представлено долевое распределение госпитализированных пациентов в Ошскую межобластную клиническую больницу.

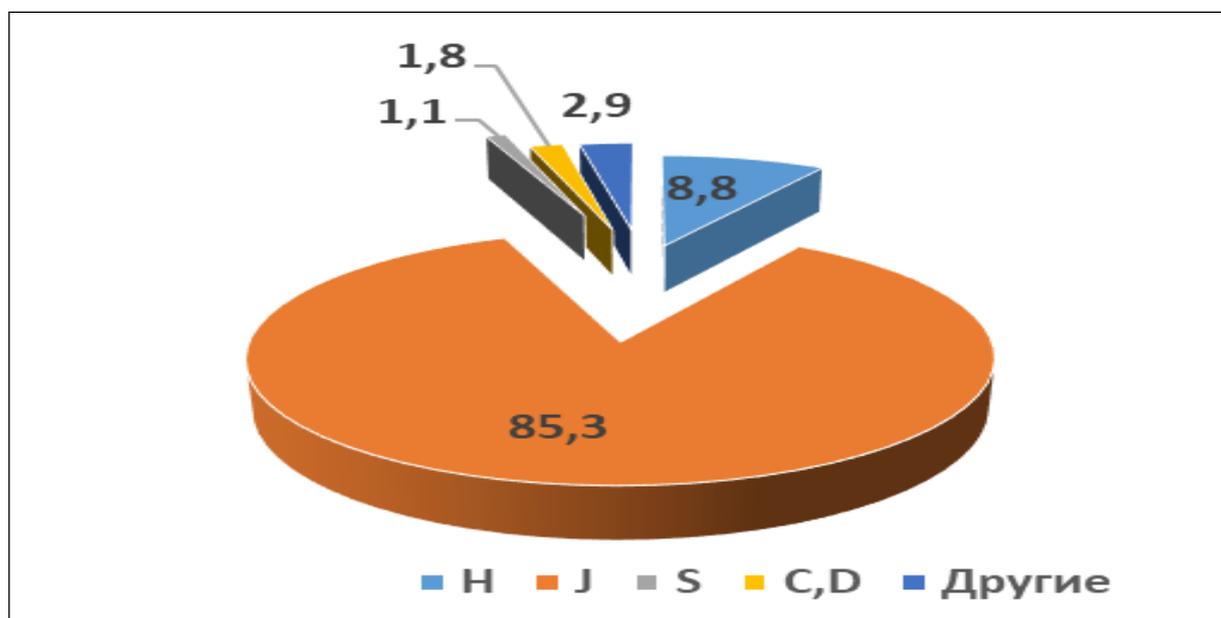


Рисунок 3.2.3 – Долевое распределение госпитализированных пациентов по классам МКБ-10, ОМОКБ, 2016-2022 годы.

Среди госпитализированных наибольший удельный вес составили пациенты с болезнями верхних дыхательных путей (J01-J39) – 85,3%, болезнями

уха (H60-H95). Диагноз «доброкачественные или злокачественные новообразования» (D11-D24, C11-C32, C76) был поставлен 1,8% пациентов. С травмами, госпитализированы 1,1% больных.

Рост ЛОР заболеваний обусловлен поздней обращаемостью пациентов за медицинской помощью, низкой доступностью высококвалифицированной оториноларингологической помощи. В период с 2016 по 2022 годы к сурдологу в Ошской области обратилось 11 965 пациентов с различными жалобами. Начиная с 2019 года, наблюдается тенденция к снижению числа обращений, с уменьшением на -24,6% в 2019 году и на -21,9% в 2020 году.

Особое внимание привлекает тот факт, что значительную долю среди обратившихся составили пациенты в возрасте 20-29 лет, 30-39 лет и 50-59 лет, то есть лица наиболее трудоспособного возраста. Во все годы подавляющее большинство пациентов были женщины, их доля колебалась от 58,9% до 64,0%. Наибольшее количество обращений к сурдологу было зарегистрировано среди пациентов Ошской области на протяжении всех рассматриваемых лет (таблица 3.2.1). В 2016 году к сурдологу обратилось  $188,4 \pm 3,6$  пациента, но в 2017 году их количество снизилось до  $139,1 \pm 2,0$ , что составило убыль на -26,2%. В 2018 году количество обращений увеличилось на +14,6% до  $159,4 \pm 3,4$ , а затем снова снизилось в 2019 году ( $118,8 \pm 2,9$ ) и 2020 году ( $89,5 \pm 2,5$ ), с уменьшением на -25,4% и -24,6%, соответственно.

Наиболее часто к сурдологу обращались пациенты из Кара-Суйского и Узгенского районов Ошской области. В Кара-Суйском районе, несмотря на высокую частоту обращений на протяжении всех лет, в 2016 году было зарегистрировано  $78,8 \pm 1,1$  пациента, но в 2017 году их количество снизилось на -22,7% до  $60,8 \pm 1,4$ , затем увеличилось в 2018 году на +19,1% до  $72,7 \pm 2,3$ , а в 2019 году ( $60,2 \pm 2,1$ ) и 2020 году ( $46,3 \pm 1,8$ ) снова уменьшилось на -17,1% и -23,0%, соответственно. В Узгенском районе число обращений снизилось с  $27,8 \pm 1,4$  в 2016 году до  $21,6 \pm 1,2$  в 2017 году, что составило убыль на -22,3%, затем в 2018 году наблюдался прирост на +20,8% до  $26,1 \pm 1,4$ , после чего в 2019 году

(19,4±1,1) и 2020 году (14,3±1,0) снова произошло снижение на -25,6% и -26,2%, соответственно.

Среди пациентов также встречались жители Джалал-Абадской области, где количество обращений снизилось с 14,0±1,0 случаев в 2016 году до 4,7±0,6 случаев в 2022 году, и Баткенской области, где число случаев уменьшилось с 11,3±0,9 до 2,7±0,4. Высокая частота обращений была выявлена среди пациентов из города Ош (36,8±1,3 и 13,4±0,9). Пациенты из других регионов составили незначительную долю.

Таблица 3.2.1 – Обращаемость к сурдологу Ошской межобластной клинической больницы в зависимости от места проживания на 100 пациентов

№ пп	Регион		Годы						
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
1.	Джалал-Абадская область	n	179	158	152	71	69	81	67
		P±m	14,0±1,0	12,1±0,9	11,4±0,9	5,2±0,6	5,0±0,6	5,8±0,6	4,7±0,6
2.	Баткенская область	n	144	72	130	116	83	112	39
		P±m	11,3±0,9	5,5±0,6	9,7±0,8	8,5±0,7	6,0±0,6	8,0±0,7	2,7±0,4
3.	г. Ош	n	469	320	326	256	212	291	193
		P±m	36,8±1,3	24,6±1,3	24,5±1,3	18,8±1,1	15,3±1,0	20,9±1,1	13,4±0,9
4.	Другие	n	-	6	7	5	7	16	8
		P±m	-	0,4±0,1	0,5±0,2	0,3±0,1	0,5±0,1	1,1±0,3	0,6±0,2
<b>Ошская область</b>									
1.	<b>Всего по районам</b>	n	<b>2404</b>	<b>1816</b>	<b>2118</b>	<b>1610</b>	<b>1235</b>	<b>1669</b>	<b>1146</b>
		P±m	<b>188,4±3,6</b>	<b>139,1±2,0</b>	<b>159,4±3,4</b>	<b>118,8±2,9</b>	<b>89,5±2,5</b>	<b>119,9±1,3</b>	<b>79,9±1,1</b>
2.	Алайский район	n	211	156	213	143	120	210	47
		P±m	16,5±1,1	12,0±0,9	16,0±1,0	10,5±0,8	8,7±0,7	15,1±1,0	3,3±0,5
3.	Чон-Алайский район	n	94	50	74	54	35	72	36
		P±m	7,4±0,7	3,8±0,5	5,5±0,6	4,0±0,5	2,5±0,4	5,2±0,6	2,5±0,4
4.	Араванский район	n	370	308	229	97	82	116	110
		P±m	29,0±1,3	23,6±1,3	17,2±1,1	7,1±0,7	5,9±0,6	8,3±0,7	7,7±0,7
5.	Кара-Суйский район	n	1006	794	966	816	640	793	583
		P±m	78,8±1,1	60,8±1,4	72,7±2,3	60,2±2,1	46,3±1,8	57,0±1,3	40,6±1,3
6.	Кара-Кульджинский район	n	150	73	119	101	79	125	91
		P±m	11,7±0,9	5,6±0,6	8,9±0,8	7,4±0,7	5,7±0,6	9,0±0,8	6,3±0,6
7.	Ноокатский район	n	218	153	170	136	81	114	75
		P±m	17,1±1,1	11,7±0,9	12,8±0,9	10,0±0,8	5,8±0,6	8,2±0,7	5,2±0,6
8.	Узгенский район	n	355	282	347	263	198	236	204
		P±m	27,8±1,4	21,6±1,2	26,1±1,4	19,4±1,1	14,3±1,0	17,0±1,0	14,2±0,9
9.	<b>Итого</b>	n	<b>3196</b>	<b>2372</b>	<b>2733</b>	<b>2058</b>	<b>1606</b>	<b>2169</b>	<b>1453</b>
		P±m	<b>250,5±5,4</b>	<b>181,6±3,4</b>	<b>205,8±3,9</b>	<b>151,8±2,4</b>	<b>116,3±2,9</b>	<b>155,8±2,5</b>	<b>101,3±0,3</b>

Примечание: n – число наблюдений (абсолютное число), P±m – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности.

В Узгенском районе число обращений снизилось с  $27,8 \pm 1,4$  в 2016 году до  $21,6 \pm 1,2$  в 2017 году, что составило убыль на  $-22,3\%$ , затем в 2018 году наблюдался прирост на  $+20,8\%$  до  $26,1 \pm 1,4$ , после чего в 2019 году ( $19,4 \pm 1,1$ ) и 2020 году ( $14,3 \pm 1,0$ ) снова произошло снижение на  $-25,6\%$  и  $-26,2\%$ , соответственно.

Среди пациентов также встречались жители Джалал-Абадской области, где количество обращений снизилось с  $14,0 \pm 1,0$  случаев в 2016 году до  $4,7 \pm 0,6$  случаев в 2022 году, и Баткенской области, где число случаев уменьшилось с  $11,3 \pm 0,9$  до  $2,7 \pm 0,4$ . Высокая частота обращений была выявлена среди пациентов из города Ош ( $36,8 \pm 1,3$  и  $13,4 \pm 0,9$ ). Пациенты из других регионов составили незначительную долю.

В структуре ЛОР-заболеваний хронические средние отиты занимают третье место, с частотой распространенности среди взрослого населения от  $20\%$  до  $25\%$  [15, 17].

За все годы наблюдений отмечалась высокая обращаемость пациентов с воспалительными заболеваниями уха, среди которых преобладали хронические отиты, проявляющие тенденцию к снижению частоты (таблица 3.2.2). В 2016 году зафиксировано  $64,4 \pm 2,2$  случаев обращения по поводу хронических отитов, в 2017 году количество случаев снизилось на  $37,5\%$  до  $40,2 \pm 1,7$ , затем в 2018 году наблюдался рост на  $30,5\%$  до  $52,5 \pm 1,9$ , и снова снижение на  $43,2\%$  в 2019 году до  $29,8 \pm 1,4$  и на  $28,2\%$  до  $21,4 \pm 1,2$  в 2020 году, с последующим ростом на  $15,0\%$  в 2021 году до  $24,6 \pm 1,2$  и снижением на  $26,0\%$  в 2022 году до  $18,2 \pm 1,0$ .

Адгезивный отит среднего уха, характеризующийся воспалением в барабанной полости и приводящий к ухудшению слуха, встречался с относительно высокой частотой, демонстрируя волнообразные изменения. Так, снижение числа обращений наблюдалось в 2017 году до  $14,9 \pm 1,0$  на  $64,6\%$  и в 2019 году до  $11,2 \pm 0,9$  на  $29,1\%$ , в то время как в 2018 году был рост на  $6,0\%$  до  $15,8 \pm 1,0$ , в 2020 году на  $52,6\%$  до  $17,1 \pm 1,0$ , в 2021 году на  $84,2\%$  до  $31,5 \pm 1,2$  и в 2022 году на  $7,0\%$  до  $33,7 \pm 1,2$ .

Таблица 3.2.2 – Обращаемость к сурдологу в Ошской области на 100 000 населения

№ пп	Нозология	Годы													
		2016 (n=3196)		2017 (n=2372)		2018 (n=2733)		2019 (n=2058)		2020 (n=1606)		2021 (n=2169)		2022 (n=1453)	
		n	P±m												
1	Хронический отит (мезотимпанит)	821	64,4±2,2	523	40,2±1,7	698	52,5±1,4	404	29,8±1,4	295	21,4±1,1	343	24,6±1,2	261	18,2±1,0
2	Адгезивный отит среднего уха	537	42,1±1,8	194	14,9±1,0	211	15,8±1,0	152	11,2±0,9	236	17,1±1,0	438	31,5±1,2	483	33,7±1,2
3	Острые отиты	97	7,6±0,7	68	5,2±0,6	119	8,9±0,8	92	6,7±0,7	120	8,6±0,7	223	16,0±1,0	157	10,9±0,8
4	Тубоотиты	467	36,6±1,6	445	34,2±1,6	606	45,6±1,4	422	31,1±1,3	228	16,5±1,0	131	9,4±0,8	187	13,0±0,9
5	Кохлеарный отит	115	9,0±0,8	86	6,6±0,7	66	4,9±0,6	89	6,5±0,6	140	10,1±0,8	123	8,8±0,8	163	11,4±0,8
6	Тугоухость	374	29,3±1,5	524	40,3±1,7	338	25,4±1,3	28	2,0±0,3	54	3,9±0,5	24	1,7±0,3	62	4,3±0,5
	- кондуктивная	218	17,1±1,1	352	27,1±1,2	186	14,0±1,0	11	0,8±0,2	19	1,4±0,3	8	0,6±0,2	12	0,8±0,2
	- нейросенсорная	24	1,9±0,4	20	1,5±0,3	110	8,5±0,8	9	0,6±0,2	12	0,9±0,2	9	0,6±0,2	39	2,7±0,4
	- смешанная	132	10,4±0,9	152	11,6±0,9	42	3,2±0,5	8	0,5±0,1	23	1,7±0,3	7	0,5±0,2	11	0,8±0,2
7	Пресбиакузия	88	6,9±0,7	68	5,2±0,6	65	4,9±0,5	47	3,5±0,5	27	1,9±0,3	88	6,3±0,7	64	4,5±0,5
8	Глухота	20	1,5±0,3	14	1,1±0,3	8	0,6±0,2	17	1,2±0,2	7	0,5±0,1	13	0,9±0,3	9	0,6±0,2
	- врожденная	14	1,1±0,2	11	0,8±0,2	8	0,6±0,2	17	1,2±0,2	7	0,5±0,1	3	0,2±0,1	4	0,3±0,1
9	Врожденная глухонемога	23	1,8±0,3	35	2,6±0,4	39	2,9±0,4	28	2,1±0,4	15	1,0±0,2	19	1,4±0,3	12	0,8±0,2
10	Болезнь Меньера	21	1,6±0,3	9	0,7±0,2	12	0,9±0,2	16	1,1±0,2	-	-	-	-	-	-
11	Вазомот. Ринит	81	6,3±0,7	73	5,6±0,6	23	1,7±0,3	51	3,7±0,5	6	0,4±0,1	1	0,1±0,1	-	-
12	Риносинусит	156	12,2±0,9	87	6,6±0,7	86	6,6±0,7	98	7,2±0,7	3	0,2±0,1	5	0,4±0,2	-	-
13	Отомикоз	148	11,6±0,9	122	9,3±0,8	103	7,9±0,7	97	7,2±0,7	118	8,5±0,7	170	12,2±0,9	269	18,7±1,0
14	Отосклероз	118	9,2±0,8	75	5,7±0,6	98	7,3±0,7	60	4,4±0,5	23	1,7±0,3	1	0,1±0,1	-	-
15	Синдром позвон. Артерии	255	20,0±1,2	48	3,7±0,5	33	2,4±0,4	19	1,4±0,3	-	-	1	0,1±0,1	-	-
16	Шум сосуд. Генеза	36	2,8±0,4	10	0,7±0,2	48	3,6±0,5	25	1,8±0,3	23	1,7±0,3	67	4,8±0,6	67	4,7±0,6
17	Другие	181	14,2±1,0	125	9,6±0,8	330	25,4±1,2	233	17,1±1,1	152	11,0±0,8	181	13,0±0,9	165	11,5±0,8
18	Лор органы без пат.	98	7,6±0,7	8	0,6±0,2	16	1,2±0,3	185	13,6±1,0	191	13,8±0,9	60	4,3±0,5	573	39,9±1,3

Примечание: P±m – обращаемость и ошибка репрезентативности

Аналогичная волнообразная динамика наблюдалась и при острых отитах, с падением на 31,5% в 2017 году до  $5,2\pm 0,6$ , на 24,7% в 2019 году до  $6,7\pm 0,7$ , и на 31,9% в 2022 году до  $10,9\pm 0,8$ , с периодами роста на 71,5% в 2018 году до  $8,9\pm 0,8$ , на 28,3% в 2020 году до  $8,6\pm 0,7$  и на 86,0% в 2021 году до  $16,0\pm 1,0$ .

Особое внимание привлекает высокая обращаемость населения Ошской области к сурдологу по поводу тубоотитов. В 2016 и 2017 годах фиксировались практически одинаковые показатели на уровне  $36,6\pm 1,6$  и  $34,2\pm 1,6$  соответственно, с небольшим снижением на 6,5%. В 2018 году обращаемость выросла до  $45,6\pm 1,4$ , что составило прирост на 33,3%, но в последующие годы наблюдались резкие снижения: на 31,8% в 2019 году до  $31,1\pm 1,3$ , на 46,9% в 2020 году до  $16,5\pm 1,0$  и на 43,0% в 2021 году до  $9,4\pm 0,8$ .

В динамике обращаемости с кохлеарным невритом среди населения Ошской области также наблюдается снижение: с  $9,0\pm 0,8$  в 2016 году до  $6,6\pm 0,7$  в 2017 году на 26,6%, и на 25,7% в 2018 году до  $4,9\pm 0,6$ .

Рост числа обращений с воспалением нерва, расположенного в области внутреннего уха, был зафиксирован в 2019 году ( $6,5\pm 0,6$ ), в 2020 году ( $10,1\pm 0,8$ ), и в 2022 году ( $11,4\pm 0,8$ ) с увеличением на +32,6%, +55,3% и +29,5% соответственно. В период с 2016 по 2018 годы наблюдался высокий уровень обращений по поводу тугоухости, за которым последовало резкое снижение в последующие годы. Так, в 2017 году ( $40,3\pm 1,7$ ) по сравнению с 2016 годом ( $29,3\pm 1,5$ ) отмечен прирост случаев тугоухости на +37,5%. В 2018 году ( $25,4\pm 1,3$ ) при высоком уровне обращаемости произошло снижение на -36,9%, а в 2019 году ( $2,0\pm 0,3$ ) зарегистрировано резкое уменьшение на -92,1%, с последующим значительным ростом на +95,0% в 2020 году ( $3,9\pm 0,5$ ). В 2016 году среди обратившихся с тугоухостью преобладали пациенты с кондуктивной ( $17,1\pm 1,1$ ) и смешанной тугоухостью ( $10,4\pm 0,9$ ), при этом нейросенсорная тугоухость была выявлена в  $1,9\pm 0,4$  случаев. Аналогичная картина наблюдалась и в 2017 году, где в  $27,1\pm 1,2$  случаев была кондуктивная, в  $11,6\pm 0,9$  случаев — смешанная, и в  $1,5\pm 0,3$  случаев — нейросенсорная тугоухость. В 2018 году большинство пациентов обращались с кондуктивной тугоухостью ( $14,0\pm 1,0$ ), нейросенсорной

тугоухостью ( $8,5\pm 0,8$ ), и в  $3,2\pm 0,5$  случаях — со смешанной тугоухостью. Подобная тенденция сохранялась и в 2019 году ( $0,8\pm 0,2$ ;  $0,6\pm 0,2$ ;  $0,5\pm 0,1$ ). В 2020 году пациенты чаще обращались со смешанной тугоухостью ( $1,7\pm 0,3$ ), чем с кондуктивной ( $1,4\pm 0,3$ ) и нейросенсорной тугоухостью ( $0,9\pm 0,2$ ).

В последние годы наблюдается снижение числа пациентов, обращающихся с пресбиакузией (старческая тугоухость). Например, в 2017 году количество случаев старческой тугоухости уменьшилось на 24,6% по сравнению с 2016 годом, снизившись с  $6,9\pm 0,7$  до  $5,2\pm 0,6$ . Эта тенденция продолжилась и в последующие годы: в 2018 году количество случаев уменьшилось до  $4,9\pm 0,5$  (на 5,8%), в 2019 году — до  $3,5\pm 0,5$  (на 28,6%), и в 2020 году — до  $1,9\pm 0,3$  (на 45,7%). Однако в 2021 году наблюдался значительный рост показателей до  $6,3\pm 0,7$ , что соответствует увеличению на 231,6%.

Количество случаев глухоты также снизилось в 2017 году до  $1,1\pm 0,3$  по сравнению с 2016 годом, когда этот показатель составлял  $1,5\pm 0,3$ , что представляет собой снижение на 26,7%. В 2018 году было отмечено еще большее снижение до  $0,6\pm 0,2$  (на 45,5%). Однако в 2019 году произошел прирост до  $1,2\pm 0,2$  (на 100,0%), после чего вновь наблюдалось снижение в 2020 году до  $0,5\pm 0,1$  (на 66,7%) и в 2022 году до  $0,6\pm 0,2$  (на 33,3%). Врожденная глухота среди пациентов в 2016 году составляла 70,0%, в 2017 году этот показатель увеличился до 78,5%, а в последующие годы все случаи глухоты были врожденными. Количество пациентов с врожденной глухонемой, обратившихся к сурдологу, увеличилось в 2017 году до  $2,6\pm 0,4$  по сравнению с 2016 годом, когда этот показатель был  $1,8\pm 0,3$  (рост на 44,4%). В 2018 году прирост составил 11,5% (до  $2,9\pm 0,4$ ), затем в 2019 году наблюдалось снижение на 31,0% (до  $2,1\pm 0,4$ ), а в 2020 году — на 52,4% (до  $1,0\pm 0,2$ ).

В 2016 году с болезнью Меньера к сурдологу обратилось  $1,6\pm 0,3$  пациента. В 2017 году их число снизилось на 56,2% до  $0,7\pm 0,2$ . В 2018 и 2019 годах количество обращений увеличилось на 28,7% и 22,2% соответственно, составив  $0,9\pm 0,2$  и  $1,1\pm 0,2$  случаев. Однако в период с 2020 по 2022 годы случаев заболевания не наблюдалось.

В 2016 году было зарегистрировано наибольшее количество обращений с вазомоторным ринитом ( $6,3 \pm 0,7$  случаев). В 2017 году их число снизилось на 11,1% до  $5,6 \pm 0,6$  случаев. В 2018 году уменьшение составило 69,6%, с показателем  $1,7 \pm 0,3$  случаев, однако в 2019 году количество пациентов возросло на 117,6%, достигнув  $3,7 \pm 0,5$  случаев, после чего в 2020 году вновь произошло снижение на 89,1% до  $0,4 \pm 0,1$  случаев.

Число пациентов с риносинуситом в 2016 году составило  $12,2 \pm 0,9$  случаев. В 2017 году этот показатель снизился на 45,9% до  $6,6 \pm 0,7$  случаев. В 2019 году был зарегистрирован незначительный прирост на 12,5% (до  $7,2 \pm 0,7$  случаев), а в 2020 году — резкое снижение на 97,2% до  $0,2 \pm 0,1$  случаев, после чего в 2021 году количество случаев удвоилось (до  $0,4 \pm 0,2$ ).

В 2016 году было зафиксировано  $11,6 \pm 0,9$  случаев отомикоза. В 2017 году этот показатель уменьшился на 19,8%, составив  $9,3 \pm 0,8$  случаев. Снижение продолжилось в 2018 году, когда количество случаев уменьшилось до  $7,9 \pm 0,7$  (на 15,1%), и в 2019 году — до  $7,2 \pm 0,7$  (на 8,9%). В 2020 году, напротив, наблюдался прирост числа пациентов до  $8,5 \pm 0,7$  (на 18,1%), который продолжился в 2021 году с увеличением до  $12,2 \pm 0,9$  случаев (на 43,5%).

Одной из причин тугоухости является отосклероз, который влияет на слуховую функцию. В 2016 году было зарегистрировано  $9,2 \pm 0,8$  случаев отосклероза. В 2017 году произошло снижение на 38,0% до  $5,7 \pm 0,6$  случаев. В 2018 году наблюдался прирост на 28,0% (до  $7,3 \pm 0,7$  случаев), однако в последующие годы количество случаев снизилось: в 2019 году — на 39,7% (до  $4,4 \pm 0,5$ ), в 2020 году — на 63,6% (до  $1,7 \pm 0,3$ ), и в 2021 году — на 35,3% (до  $0,1 \pm 0,1$  случаев).

В 2016 году было зарегистрировано наибольшее количество обращений по поводу синдрома позвоночной артерии —  $20,0 \pm 1,2$  случаев. В последующие годы наблюдалось снижение: в 2017 году — на 82,0% (до  $3,7 \pm 0,5$  случаев), в 2018 году — на 33,3% (до  $2,4 \pm 0,4$  случаев), и в 2019 году — на 41,6% (до  $1,4 \pm 0,3$  случаев).

Шум сосудистого генеза в 2016 году был зарегистрирован у  $2,8 \pm 0,4$  пациентов. В 2017 году число случаев уменьшилось на 75,0% (до  $0,7 \pm 0,2$ ), но в 2018 году был зафиксирован прирост на 414,2% (до  $3,6 \pm 0,5$  случаев). В последующие годы наблюдалось снижение: в 2019 году — на 50,0% (до  $1,8 \pm 0,3$  случаев), и в 2020 году — на 11,1% (до  $1,7 \pm 0,3$  случаев). В 2021 году количество случаев вновь увеличилось на 182,4% (до  $4,8 \pm 0,6$ ).

Число пациентов без патологии ЛОР-органов в 2016 году составило  $7,6 \pm 0,7$  случаев. В 2017 году этот показатель резко снизился на 92,1% (до  $0,6 \pm 0,2$  случаев). В 2018 году произошло увеличение на 100,0% (до  $1,2 \pm 0,3$  случаев), а в 2019 году количество случаев увеличилось на 1033,3% (до  $13,6 \pm 1,0$ ). В 2021 году было зафиксировано снижение на 68,8% (до  $4,3 \pm 0,5$  случаев), но в 2022 году вновь наблюдался значительный прирост на 827,9% (до  $39,9 \pm 1,3$  случаев).

В период с 2016 по 2018 годы наблюдалась высокая частота обращений к сурдологу по поводу хронических отитов, адгезивного отита среднего уха, тубоотитов и тугоухости, а в 2019-2022 годы — по поводу хронических отитов, адгезивного отита среднего уха и тубоотитов.

Снижение заболеваемости ушных болезней и болезней сосцевидного отростка в г. Ош может быть связано с недостатком отоларингологов и низким уровнем диагностики на первичном уровне здравоохранения. Также отсутствие оториноларингологов не только в регионах, но и в сельских районах усугубляет ситуацию.

Важно отметить, что для эффективного здравоохранения необходимо раннее выявление пациентов с ушными заболеваниями и заболеваниями сосцевидного отростка, так как при несвоевременной диагностике и позднем лечении возрастает вероятность осложнений [65].

Оценка эффективности существующих методов скрининга слуха, включая мобильные приложения, подтвердила актуальность их использования для первичной оценки слуха. Современные интернет-технологии, телемедицина и IT-разработки подчеркивают важность мобильных технологий в скрининге слуха. На данный момент использование мобильных приложений для скрининга

слуха является доступным, экономически оправданным и перспективным способом обеспечения качественной и доступной медицинской помощи, с возможностью направлять пациентов на реабилитацию [15, 16, 17].

Анализ показателей заболеваемости, связанных с обращениями к сурдологу, подчеркивает приоритетность ушных заболеваний и заболеваний сосцевидного отростка как значимого фактора, влияющего на инвалидизацию населения из-за ухудшения слуха, что значительно снижает качество жизни. Данные исследования демонстрируют, что к сурдологу обращаются с различными отоларингологическими патологиями. Эти данные следует учитывать при планировании своевременного выявления и обследования взрослых пациентов с нарушениями слуха, что позволит сохранить их трудоспособность и социальную активность.

Ниже представлен анализ показателей инвалидности вследствие заболеваний уха и сосцевидного отростка в Кыргызской Республике за период 2014-2022 годы.

В таблице 3.2.3 приведены данные о первичной инвалидности из-за заболеваний уха и сосцевидного отростка среди взрослого населения, распределенные по регионам Кыргызской Республики на 100 000 населения (P) в сравнении.

Анализ распределения регионов по средней частоте впервые признанных инвалидов по болезням уха и сосцевидного отростка показал, что Ошская область занимает пятое место, с показателем 0,24 на 100 000 человек. Этот показатель следует за Таласской (0,66%00), Джалал-Абадской (0,44%00), Баткенской (0,42%00) и Чуйской (0,39%00) областями. Нарынская область имеет аналогичное значение (0,24%00). Несмотря на это, в Ошской области показатель снизился на 50% в 2019 году (0,1%00) по сравнению с 2014 годом (0,2%00).

Таблица 3.2.3 – Распространенность первичной инвалидности по болезням уха и сосцевидного отростка среди взрослого населения, на 100 000 населения

№ пп	Регион (область/город)	Годы									М
		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
1	Кыргызская Республика	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	0,4	0,29
2	Баткенская область	1,3	0,8	0,4	0,3	0,4	0,2	0,2	0,2	0,0	0,42
3	Джалал-Абадская	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	1,0	0,8	0,7	0,44
4	Иссык-Кульская область	0,5	0,2	0,03	0,03	0,1	0,2	0,1	0,4	0,2	0,20
5	Нарынская область	0,4	0,3	0,3	0,2	0,1	0,3	0,3	0,0	0,3	0,24
6	Ошская область	0,2	0,3	0,5	0,4	0,3	0,1	0,1	0,1	0,2	0,24
7	Таласская область	0,5	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,5	1,8	2,2	0,66
8	Чуйская область	0,4	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,39
9	Бишкек	0,0	0,1	0,1	0,01	0,1	0,1	0,0	0,5	0,1	0,11
10	г. Ош	1,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,19

Примечание: М – средний показатель.

В таблице 3.2.4 представлены данные по первичной инвалидности среди детей до 18 лет по болезням уха и сосцевидного отростка в различных регионах Кыргызской Республики.

Ошская область заняла восьмое место в ранжировании, со средней частотой 2,8 на 100 000 детей. При этом в Ошской области наблюдается стабильность показателя в 2020 году по сравнению с 2014 годом.

Таблица 3.2.4 – Распространенность первичной инвалидности по болезням уха и сосцевидного отростка среди детей до 18 лет, на 100 000 детей

№ п/п	Регион (область/гор од)	Годы наблюдения									М
		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
1	Кыргызская Республика	3,3	4,1	3,5	5,1	4,0	7,9	5,9	3,5	3,5	4,5
2	Баткенская область	5,3	4,7	4,5	6,4	3,4	9,8	7,3	2,5	4,4	5,4
3	Джалал-Абадская	3,4	4,7	4,6	6,5	4,5	10,2	7,5	4,9	5,2	5,7
4	Иссык-Кульская область	4,7	5,2	5,1	8,4	7,2	13,7	10,3	1,0	6,8	6,9
5	Нарынская область	2,7	3,6	3,6	6,2	7,1	9,7	7,9	2,5	6,0	5,5
6	Ошская область	3,3	3,8	1,7	2,7	2,4	4,2	3,0	2,8	1,1	2,8
7	Таласская область	4,9	3,9	1,0	2,8	5,5	4,6	3,6	5,2	5,2	4,1
8	Чуйская область	1,4	4,0	6,2	7,6	4,6	11,5	8,6	2,6	1,8	5,4
9	Бишкек	3,2	3,1	2,0	3,2	3,1	4,9	3,6	8,3	4,0	3,9
10	г. Ош	2,2	2,2	1,1	2,0	2,8	2,6	1,6	0,0	0,0	1,6

*Примечание: М – средний показатель.*

В таблице 3.2.5 представлены сведения о лицах с ограниченными возможностями здоровья по ЛОР-заболеваниям, которые состоят на учете на 1000 населения (Р).

В среднем частота регистрации взрослого населения в медицинских учреждениях республики по болезням уха и сосцевидного отростка составляет 7,0 на 1000 человек. Для детей до 18 лет средний показатель частоты ограниченных возможностей здоровья по этим заболеваниям в республике составил 4,5 на 1000 детей, а в Ошской области — 3,6 на 1000 детей.

Таблица 3.2.5 – Динамика частоты лиц с ограниченными возможностями здоровья по ЛОР - болезням, состоящим на учете на 1000 населения

№ П П	Регион	Годы наблюдения								
		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<b>Взрослое население</b>										
1	Кыргызская Республика	7,6	7,5	7,5	7,4	7,2	7,0	6,8	5,8	5,9
	Прирост/убыль в %	-	-1,3	0	-1,3	-2,7	-2,8	-2,9	-14,7	+1,7
2	Ошская область	4,9	4,8	5,2	5,5	5,5	5,3	5,2	4,7	4,6
	Прирост/убыль в %	-	-2,0	+8,3	+5,7	0	-3,6	-1,9	-9,6	-2,1
<b>Дети до 18 лет, на 1000 детей</b>										
1	Кыргызская Республика	4,3	4,3	4,2	4,2	4,4	4,2	4,1	5,5	5,5
	Прирост (убыль) в %	-	0	-2,3	0	+4,7	-4,5	-2,3	+39,0	-1,8
2	Ошская область	3,4	3,4	3,3	3,2	3,6	3,4	3,3	4,6	4,5
	Прирост (убыль) в %	-	0	-2,9	-3,0	+12,5	-5,5	-2,9	+57,6	-1,9

Среди взрослого населения республики в 2015 (Р - 7,5‰) и 2017 годы (Р - 7,4‰) снижение показателя составило на -1,3%, в 2018 году (Р - 7,2‰) на -2,7%, в 2019 (Р - 7,0‰) на -2,8% , в 2020 (Р - 6,8‰) и 2021 годы (Р - 5,8‰) на -2,9% и на -14,7% соответственно, затем в 2022 году (Р - 5,9‰) был незначительный рост на +1,7%. В Ошской области средний показатель составил 5,1 на 1000 населения. Снижение наблюдалось в 2015 году (Р - 4,8‰) на -2,0%, в 2019 году (Р - 5,3‰) на -3,6%, в 2020 году (Р - 5,2‰) на -1,9%, в 2021 году (Р - 4,7‰) на -9,6%, а также в 2022 году (Р - 4,6‰) на -2,1%. Прирост наблюдался в 2016 (Р - 5,2‰) на +8,3% и 2017 годы (Р - 5,5‰) на +5,7%. В 2016 году (Р - 7,5‰) по республике и в 2018 году (Р - 5,5‰) по Ошской области выявлен нулевой прирост.

Таким образом, по республике на фоне тенденции стабильного снижения числа взрослых с ограниченными возможностями здоровья по болезням уха и сосцевидного отростка, состоящих на учете, среди детей до 18 лет наблюдался прирост в 2018 и 2021 годы. В Ошской области же среди взрослых показатель имел тенденцию прироста в 2016 и 2017 годы, а у детей до 18 лет в 2018 и 2021 годы.

В таблице 3.2.6 представлены сравнительные данные по динамике частоты лиц, первично признанных лицами с ограниченными возможностями здоровья по болезням уха и сосцевидного отростка на 100 000 населения.

Таблица 3.2.6 – Динамика частоты лиц, первично признанных лицами с ограниченными возможностями здоровья по болезням уха и сосцевидного отростка на 100 000 населения

№ п п	Регион	Годы наблюдения								
		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<b>Взрослое население</b>										
1	Кыргызская Республика	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	0,4
	Прирост (убыль) в %	-	-25,0	0	-33,3	0	0	0	+100,0	0
2	Ошская область	0,2	0,3	0,5	0,4	0,3	0,1	0,1	0,1	0,2
	Прирост (убыль) в %	-	+50,0	+66,7	-20,0	-25,0	-66,7	0	0	+100,0
<b>Дети до 18 лет, на 100 000 детей</b>										
1	Кыргызская Республика	3,3	4,1	3,5	5,1	4,0	7,9	5,9	3,5	3,5
	Прирост (убыль) в %	-	+24,2	-14,6	+45,7	-21,6	+97,5	-25,3	-40,7	0
2	Ошская область	3,3	3,8	1,7	2,7	2,4	4,2	3,0	2,8	1,1
	Прирост (убыль) в %	-	+15,2	-55,3	+58,8	-11,1	+75,0	-28,6	-6,7	-60,7

Среди взрослого населения республики по первично признанным лицам с ограниченными возможностями здоровья по болезням уха и сосцевидного отростка выявлено снижение в 2015 году ( $P = 0,3\text{‰}$ ) на  $-25,0\%$  и 2017 году ( $P = 0,2\text{‰}$ ) на  $-33,3\%$ , в 2021 году ( $P = 0,4\text{‰}$ ) прирост на  $+100,0\%$ , а в остальные годы наблюдался нулевой прирост. По Ошской области на фоне увеличения показателя до 2017 года, в частности в 2015 году ( $P = 0,3\text{‰}$ ) и 2016 году ( $P = 0,5\text{‰}$ ), соответственно на  $+50,0\%$  и  $+66,7\%$ , начиная с 2017 года наблюдалась тенденция стойкого снижения на  $-20,0\%$  в 2017 году ( $P = 0,4\text{‰}$ ), на  $-25,0\%$  в 2018 году ( $P = 0,3\text{‰}$ ) и на  $-66,7\%$  в 2019 году ( $P = 0,1\text{‰}$ ). В 2022 году ( $P = 0,2\text{‰}$ ) прирост составил  $+100,0\%$ .

Прирост частоты детей до 18 лет, первично признанных лицами с ограниченными возможностями здоровья по болезням уха и сосцевидного отростка по республике в 2015 году ( $P = 4,1\text{‰}$ ) на  $+24,2\%$ , в 2017 году ( $P = 5,1\text{‰}$ ) на  $+45,7\%$  и в 2019 году ( $P = 7,9\text{‰}$ ) на  $+97,5\%$  сменился снижением в 2020 году ( $P = 5,9\text{‰}$ ) на  $-25,3\%$  и в 2021 году ( $P = 3,5\text{‰}$ ) на  $-40,7\%$ . В Ошской области резкий скачок на  $+75,0\%$  наблюдался в 2019 году ( $P = 4,2\text{‰}$ ).

Таким образом, сравнительные данные демонстрируют прирост показателя в Ошской области среди взрослых в 2015, 2016 и 2022 годах, а среди детей до 18 лет в 2015, 2017 и 2019 годах.

В заключении данной главы диссертации следует отметить, что при изучении профиля взрослых, обратившихся за стационарной помощью в отоларингологическое отделение ОМОКБ выявлено, что за стационарной ЛОР-помощью в изучаемые годы достоверно больше обращались пациенты мужского ( $55,1 \pm 0,9$ ,  $n=1886$ ), чем женского ( $44,9 \pm 0,8$ ,  $n=1537$ ),  $p < 0,001$ . Средний возраст пациентов составил  $32 \pm 10,2$  года. Наиболее часто госпитализации подвергались молодые люди в возрасте 20-24 лет. Менее часто среди всех возрастных групп встречались пожилые люди в возрасте 60 лет и старше, что можно объяснить ограниченным доступом к стационарной помощи для данной возрастной категории. Большинство пациентов имели полис обязательного медицинского страхования. Нагрузка на ЛОР-отделение увеличивается в осенне-зимний

период. Чаще всего взрослые пациенты обращались с жалобами на заболевания верхних дыхательных путей (J01-J39) и болезни уха (H60-H95), что, вероятно, связано с осложнениями острых респираторных инфекций. Поэтому на первичном уровне необходимо уделить внимание повышению осведомленности населения о рисках осложнений при несвоевременном или неправильном лечении. С учетом действующей Конвенции о правах инвалидов, ратифицированной Кыргызской Республикой в 2019 году, представляется актуальной подготовка в последующем единого комплексного подхода к реабилитации с учетом причины инвалидности, при тесном межведомственном сотрудничестве, для повышения эффективности реабилитационных и абилитационных мероприятий.

## ГЛАВА 4

### МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛОР-СЛУЖБЫ (ПО МАТЕРИАЛАМ АНКЕТИРОВАНИЯ)

Как уже было отмечено ранее, одним из основных инструментов оценки качества деятельности службы здравоохранения является изучение ее медико-социальных аспектов. В качестве последних рассматриваются проведение экспертизы деятельности, а также изучение степени удовлетворенности населения качеством медицинского обслуживания путем анкетирования получателей медицинских услуг.

В рамках данного медико-социального исследования данный вопрос изучен на уровне предоставления услуг для пациентов с ЛОР - патологией, госпитализированных в отделения оториноларингологии Ошской межобластной клинической больницы и Ошской городской клинической больницы.

Для оценки удовлетворенности нами проведено анкетирование респондентов, обратившихся в данное медицинское учреждение в период 2019 - 2020 годы. Для проведения опроса были подготовлены анкета с включением всех необходимых вопросов: анкетные данные, информация о состоянии здоровья респондента и его отношении к предоставляемому лечебно-диагностическому процессу.

Обработано 459 единиц анкетных форм. Выборка случайная, репрезентативная. Критериями включения в исследование явились: добровольное информированное участие, возможность участия в анкетировании. Долевое распределение респондентов было следующим: женщины составили 58,4% (n=268), мужчины - 41,6% (n=191). На рисунке 4.1 отражено долевое распределение респондентов в зависимости от половой принадлежности и возраста.

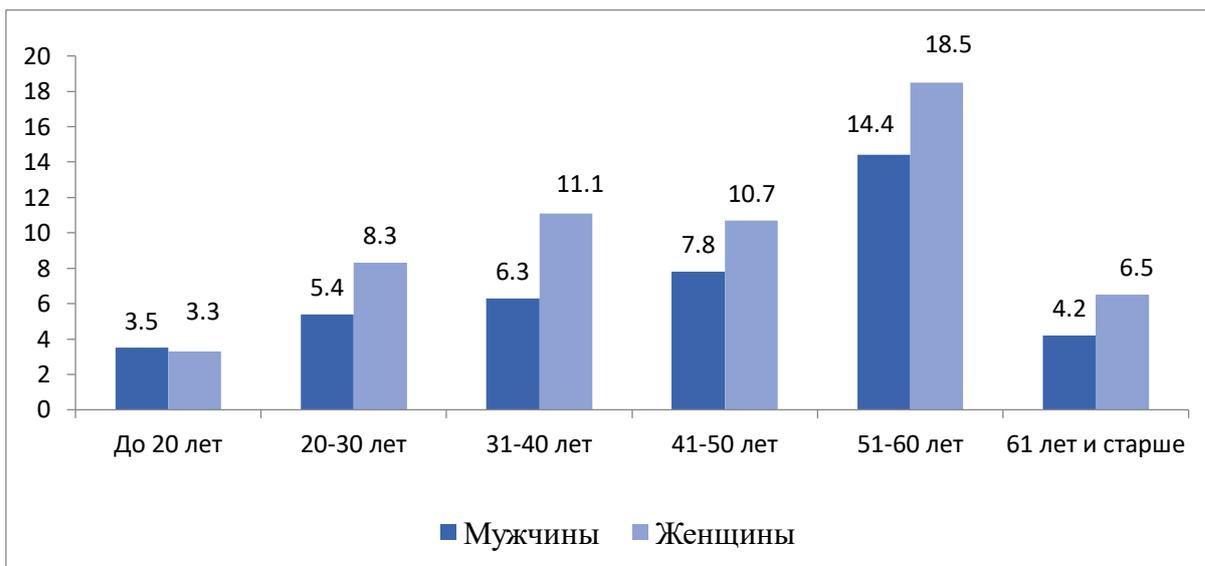


Рисунок 4.1 – Распределение респондентов по полу и возрасту (%).

По представленным на указанном рисунке данным видно, что долевое распределение пациентов в зависимости от возрастных групп было составлено следующим образом: от 20 до 30 лет – 7,0%; от 31 года до 40 лет – 13,0%, от 41 года до 50 лет – 43,0%, от 51 года до 60 лет – 32,9%.

Из указанных возрастных групп наибольший удельный вес был отнесен к группе в возрасте от 51 года до 60 лет, и составил 17,4% у женщин и 17,6% у мужчин.

Из указанных возрастных групп наибольший удельный вес отнесен к группе в возрасте от 51 года до 60 лет.

На рисунке 4.2 представлены показатели долевого распределения респондентов в зависимости от стажа работы.

Наибольшую долю составили респонденты со стажем работы 31 год и более (35,6%), из них больше было женщин (21,1%), чем мужчин (14,5%).

Респонденты со стажем до 10 лет составили 17,5%, среди них больше было мужчин (10,5%), чем женщин (7,0%). Со стажем 11-20 лет было 18,8%, преобладали женщины (9,6%) нежели мужчины (9,2%).

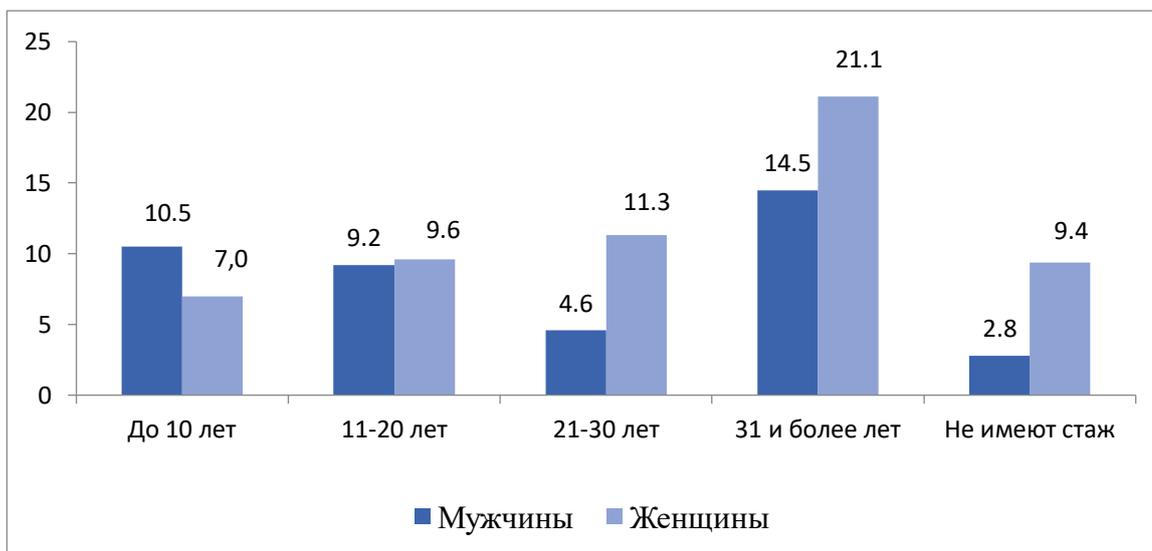


Рисунок 4.2 – Распределение респондентов в зависимости от стажа работы (%).

На долю респондентов со стажем работы 21-30 лет пришлось 15,9% (мужчины – 4,6%, женщины – 11,3%).

Не имеют стаж работы 12,2%, из них 9,4% составляют женщины и 2,8% мужчины. Все это говорит о превышении удельного веса длительно работающих пациентов (стаж работы от 21 года и выше), при этом данный показатель по пациентам женского пола имеет доминирующее значение по сравнению равнозначными показателями других возрастных групп.

Большая часть респондентов имели среднее (34,5%, n=158) и среднее специальное (31,1%, n=143) с преобладанием лиц женского пола (21,4%, n=98 и 16,3%, n=75), чем мужского пола (13,1%, n=60 и 14,8%, n=68). Высшее образование имели 24,2% (n=111), среди них преобладали женщины (14,6%, n=67) нежели мужчины (9,6%, n=44). Респонденты с незаконченным высшим образованием составили 7,6% (n=40), женщин было больше (4,3%, n=21) по сравнению с мужчинами (3,0%, n=14). Среди респондентов встречались те, кто имели начальное образование, и их доля составила 2,6% (мужчин – 1,1%, n=5, женщины – 1,5%, n=7).

На рисунке 4.3 представлено доленое распределение респондентов в зависимости от наличия образования.

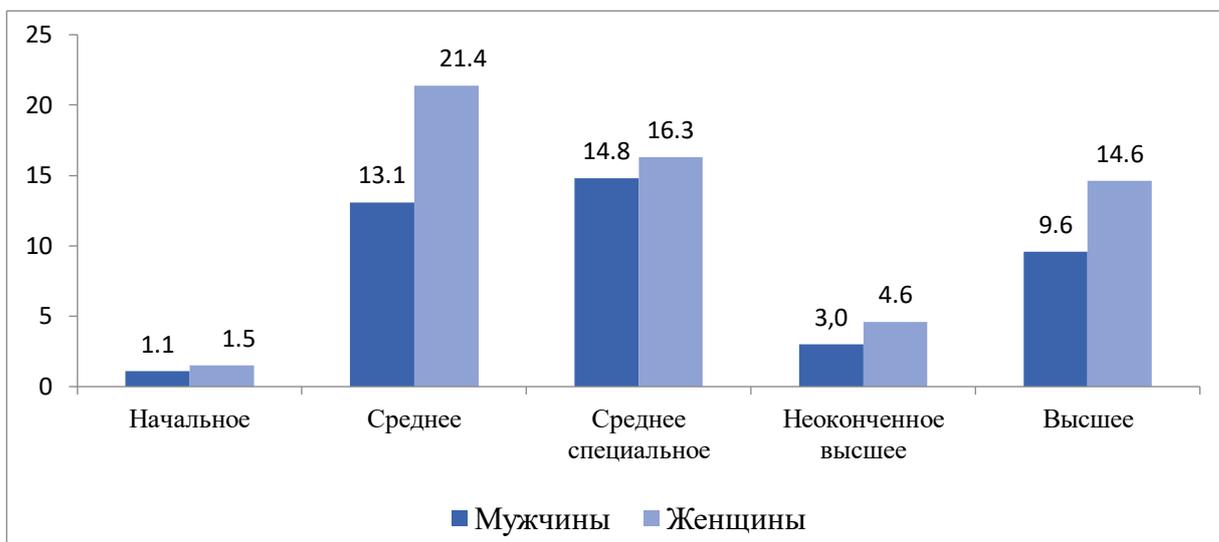


Рисунок 4.3 – Распределение респондентов в зависимости от наличия образования (%).

Как видно из представленного рисунка, отмечается разница между лицами со средним и средним специальным образованием над респондентами с завершённым высшим образованием и неоконченным высшим.

На рисунке 4.4 представлено долевое распределение респондентов в зависимости от характера и вида деятельности.

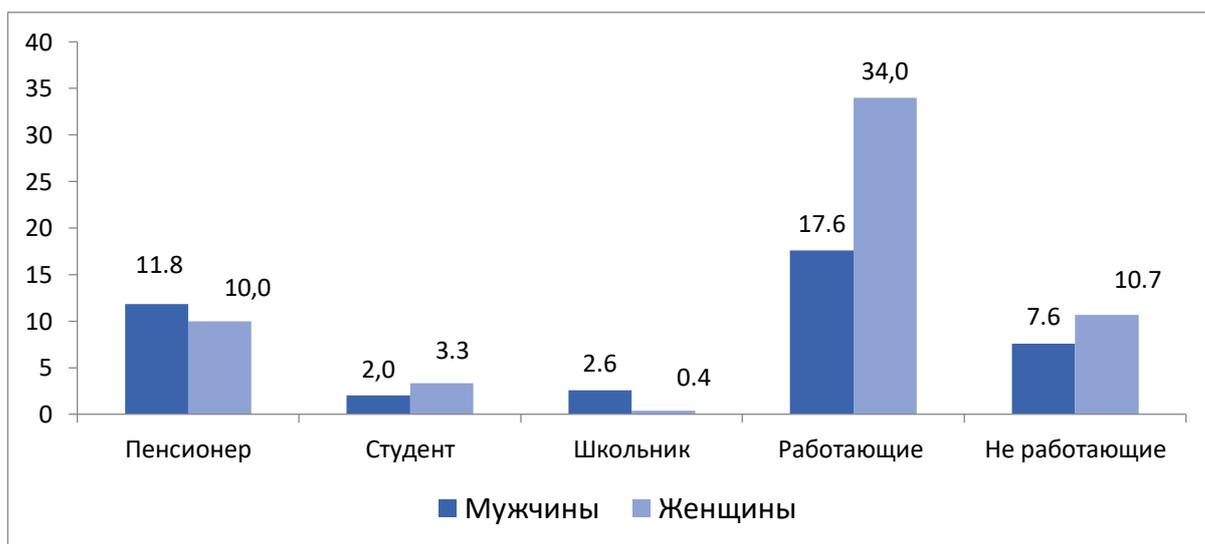


Рисунок 4.4 – Распределение респондентов в зависимости от характера и вида деятельности (%).

Выделены такие категории как пенсионеры, студенты, а также работающие и не работающие. Следует отметить, что категории работающих и не работающих респондентов имеют прямое отношение к числу трудоспособного взрослого населения. Большая часть респондентов работает – 51,6% (n=237), среди них преобладают женщины (34,0%, n=156), нежели мужчины (17,6%, n=81). На долю не работающих респондентов приходилось 18,3% (n=84), больше на женщин (10,7%, n=49), чем на мужчин (7,6%, n=35). Пенсионеры составили также значительную долю - 21,8% (женщины – 10,0%, n=46 и мужчины – 11,8%, n=54). На студентов пришлось 5,3% (n=24), женский пол – 3,3% (n=15) и мужской пол – 2,0% (n=9). Среди респондентов встречались и школьники (3,0%, n=14), женского пола – 0,4% (n=) и мужского пола – 2,6% (n=12). Полученные данные говорят о сравнительно более высоком удельном весе госпитализированных из числа работающих граждан (51,6%, мужчин – 17,6% и 34,0% женщин).

На рисунке 4.5 представлено долевое распределение респондентов в зависимости от оценки собственного здоровья.

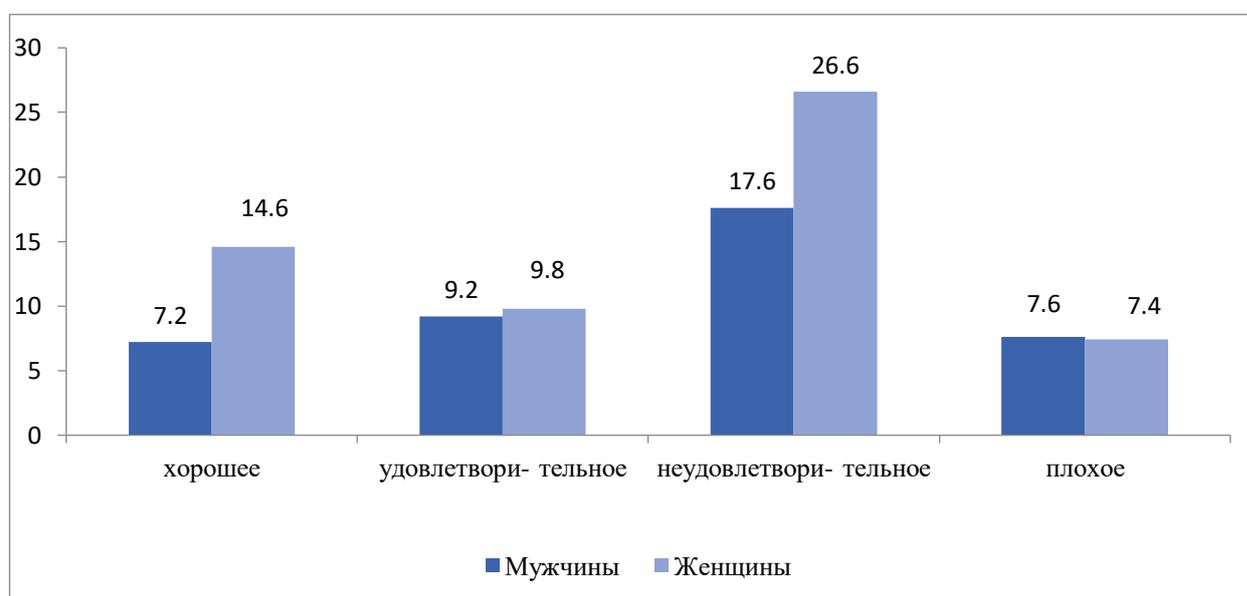


Рисунок 4.5 – Распределение респондентов в зависимости от оценки собственного здоровья.

Оценка собственного здоровья является одним из краеугольных элементов проведения социологического обследования и применяется в целом ряде методик, в том числе и в оценке качества жизни. Поэтому включение данного критерия в используемый опросник является вполне обоснованным. Градации распределения оценки собственного здоровья состояли из четырех основных пунктов и расценивались от плохого состояния респондента до хорошего. Как видно из представленных данных, наибольший удельный вес пришелся на неудовлетворительную оценку состояния здоровья (44,2%, n=203), женщины составили 26,6% (n=122), а мужчины - 17,6% (n=81), что и явилось основным критерием для обращения за медицинской помощью и последующей госпитализации. Хорошая оценка состоянию здоровья дана в целом 21,8% респондентам (n=100) и, 14,6% женщинами (n=67) и 7,2% мужчин (n=33), в то время удовлетворительно оценено здоровье 9,8% женщин (n=45) и 9,2% мужчин (n=42), в целом 19,0% (n=87) респондентов. Плохим считают свое здоровье 15,0% респондентов (n=69), 7,4% женщин (n=34) и 7,6% мужчин (n=35). Длительность течения заболевания, особенно с учетом риска перехода в хроническое состояние априори оказывает влияние на оценку собственного здоровья. На рисунке 4.6 представлено соотношение ответов по хроническим болезням в зависимости от пола (мужчин - 58,8%, женщин - 27,0%). Отметим, что не имеют хронические заболевания 14,2% респондентов (n=65), мужчин - 4,6% (n=21) и 9,5% женщин (n=44). Была выявлена прямая корреляция влияния на оценку собственного здоровья при наличии хронического заболевания у женщин + 0,80 (прямая, сильная связь), в то время как у мужчин корреляция составила + 0,6 (связь прямая, средней силы).

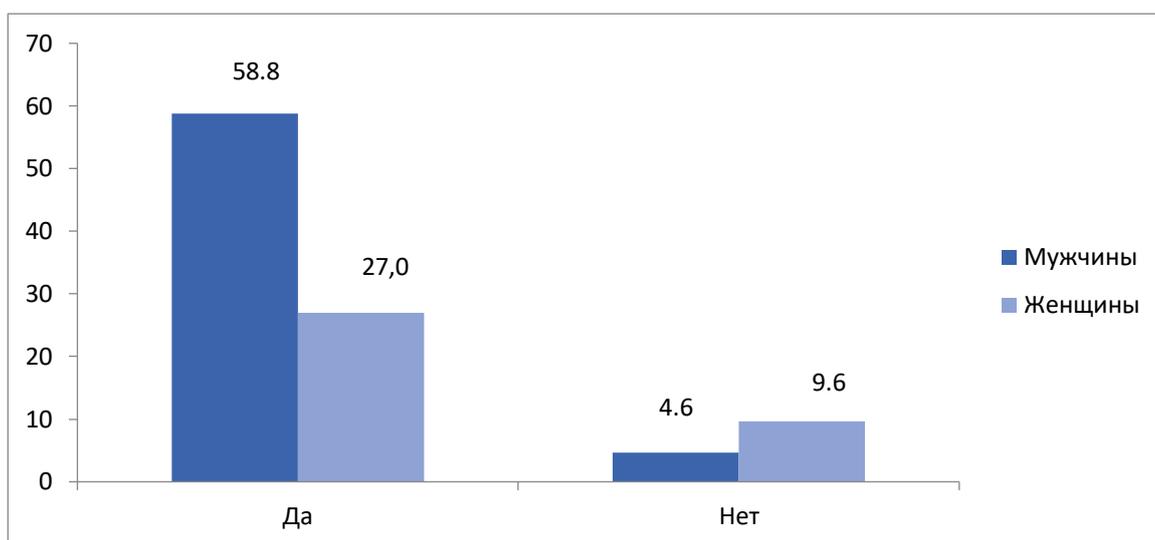


Рисунок 4.6 – Наличие хронических заболеваний в зависимости от пола респондентов (%).

Таким образом, в анкетировании респондентов (n=459), обратившихся в Ошскую межобластную объединенную больницу в период 2019 - 2020 годы участвовало 58,4% женщин и 41,6% мужчин. Из возрастных групп наибольший удельный вес составили респонденты в возрасте от 51 года до 60 лет (32,9%).

Наибольшую долю составили респонденты со стажем работы 31 год и более (35,6%), из них больше было женщин (21,1%), чем мужчин (14,5%). Большая часть респондентов имели среднее (34,5%) и среднее специальное (31,1%). Работает – 51,6%, среди них преобладают женщины (34,0%) нежели мужчины (17,6%). Наибольший удельный вес пришелся респондентов, давших неудовлетворительную оценку состоянию здоровья (44,2%), больше женщины (26,6%), чем мужчины (17,6%). Имеют хронические заболевания 85,8% респондентов, из них 58,8% мужчин и 27,0% женщин.

Наибольшая распространенность среди основных проблем, связанных с доступностью медицинской помощи, отводится отсутствию конкретных видов обследования и лечения в  $82,5 \pm 1,7$  случаев на 100 респондентов (таблица 4.1). Наиболее чаще это указали пациенты женского пола ( $48,5 \pm 2,3$ ), чем мужского ( $34,0 \pm 2,2$ ),  $p < 0,001$ . Многие респонденты, проживающие в отдаленных регионах, на второе место вынесли состояние дорожных путей ( $38,3 \pm 2,2$ ). Причем, считают

что состояние дорожных путей снижает доступность медицинской помощи больше респонденты женского пола ( $26,8 \pm 2,0$ ) нежели мужского пол ( $11,5 \pm 1,4$ ),  $p < 0,001$ . Данное обстоятельство связано, прежде всего, с материальным благосостоянием граждан, в большинстве своем отсутствием личного автотранспорта, сравнительно неудовлетворительным рейсовым, внутри региональным обслуживанием со стороны автопредприятий.

Таблица 4.1 – Распространенность основных проблем доступности медицинской помощи на 100 респондентов (n=459)

№ пп	Проблема доступности медицинской помощи	Мужчины		Женщины	
		абс. число	$P \pm m$	абс. число	$P \pm m$
1	Удаленность организации здравоохранения	65	$14,1 \pm 1,6$	67	$14,5 \pm 1,6^*$
2	Состояние дорожных путей	53	$11,5 \pm 1,4$	123	$26,8 \pm 2,0^{**}$
3	Виды обследования и лечения	156	$34,0 \pm 2,2$	223	$48,5 \pm 2,3^{**}$
4	Отсутствие проблемы	88	$19,1 \pm 1,8$	13	$2,8 \pm 0,7^{**}$

*Примечание:  $P \pm m$  – распространенность проблемы на 100 респондентов и ошибка репрезентативности, \* -  $p > 0,05$  – вероятность безошибочного прогноза менее 95,0%, \*\* -  $p < 0,001$  - вероятность безошибочного прогноза 99,9% и более.*

Среди основных проблем респонденты выделяют и удаленность ( $28,7 \pm 2,1$ ), причем не выявлено существенных различий между мужчинами ( $14,1 \pm 1,6$ ) и женщинами ( $14,5 \pm 1,6$ ),  $p > 0,05$ . Встречаются и респонденты, которые отмечают отсутствие проблем в доступности медицинской помощи ( $22,0 \pm 1,9$ ), большинство из них мужчины ( $19,1 \pm 1,8$ ), чем женщины ( $2,8 \pm 0,7$ ),  $p < 0,001$ . В целом, можно отметить, что основными проблемами в доступности медицинской помощи респонденты указали на отсутствие конкретных видов обследования и лечения ( $82,5 \pm 1,7$  на 100 респондентов), состояние дорожных путей ( $26,8 \pm 2,0$ ),  $p < 0,001$ , удаленность организации здравоохранения ( $38,3 \pm 2,2$ ),  $p < 0,001$ .

Следующий вопрос касался достаточности той информации, которую респонденты получили в больнице, в отношении соблюдения определенных правил поведения с учетом сформированного клинического диагноза, приверженности принципам комплаентности пациента (рисунок 4.7).

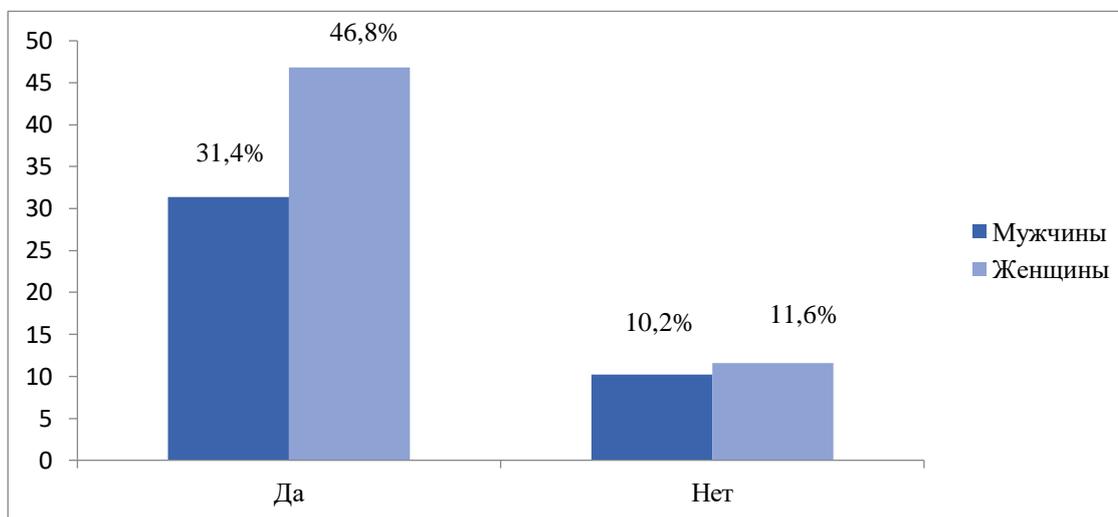


Рисунок 4.7 – Информированность респондентов в медицинском учреждении в зависимости от пола (%).

Большая часть мужчин (31,4%, n=144) и женщин (46,8%, n=215) считают, что полностью получают полную информацию. Для 10,2% респондентов (n=47) мужского пола и 11,6% женщин (n=53), получаемая информация недостаточна.

При проведении настоящего медико-социологического исследования особый акцент сделан на получение оценки и последующем анализе уровня удовлетворенности респондентов работой организации здравоохранения, в частности ЛОР-службой (таблица 4.2). Под работой организации здравоохранения понималось возможность предоставления медицинских услуг, своевременность оказания лечебных и диагностических мероприятий.

Полученные данные говорят в пользу достаточно хорошей оценки удовлетворенности респондентов оказываемой отоларингологической помощью Ошской межобластной объединенной больницы и Ошской городской клинической больницы.

Таблица 4.2 – Уровень удовлетворенности респондентов работой ЛОР-службы в зависимости от пола

№ п/п	Ответ	Пациенты мужского пола		Пациенты женского пола	
		абс. число	$P \pm m$	абс. число	$P \pm m$
1	Да	144	$31,4 \pm 2,1$	244	$53,2 \pm 2,3^{**}$
2	Нет	47	$10,2 \pm 1,4$	24	$5,2 \pm 1,0^*$
	Всего	191	$41,6 \pm 2,3$	268	$58,4 \pm 2,3^{**}$

*Примечание:  $P \pm m$  – показатель удовлетворенности на 100 респондентов и ошибка репрезентативности, \* -  $p < 0,01$  – вероятность безошибочного прогноза 99,0%, \*\* -  $p < 0,001$  – вероятность безошибочного прогноза 99,9%.*

Достоверно больше респонденты удовлетворены оказываемой отоларингологической помощью (в  $84,5 \pm 1,6$  случаях на 100 респондентов), чем не удовлетворены ( $5,5 \pm 1,6$ ),  $p < 0,001$ .

Относительно принадлежности по полу удовлетворенных оказываемой отоларингологической помощью достоверно больше среди пациентов женского пола ( $53,2 \pm 2,3$ ), чем мужского ( $31,4 \pm 2,1$ ),  $p < 0,001$ . Среди неудовлетворенных преобладают мужчины ( $10,2 \pm 1,4$ ) нежели женщины ( $5,2 \pm 1,0$ ),  $p < 0,01$ .

Следовательно, оказываемой отоларингологической помощью достоверно больше респонденты удовлетворены (в  $84,5 \pm 1,6$  случаях), чем не удовлетворены ( $5,5 \pm 1,6$ ),  $p < 0,001$ , в основном женском полом.

Одним из важных компонентов обеспечения прав пациентов является изучение уровня взаимоотношений пациентов с медицинским персоналом во время пребывания в стационаре.

В данном случае представлял интерес изучение случаев грубого отношения, а также возможного вымогательства со стороны медицинского персонала. Важно отметить, что большинство респондентов, как мужского ( $39,6 \pm 2,2$ ), так и женского пола ( $55,3 \pm 2,3$ ) не указывают на случаи грубого отношения со стороны медицинского персонала,  $p < 0,001$ . Лишь в  $2,0 \pm 0,6$  случаях

мужчины и в  $3,1 \pm 0,8$  случаях женщины отмечают грубость медицинского персонала,  $p > 0,05$ .

В таблице 4.3 представлены данные по частоте случаев грубого отношения и вымогательства со стороны медицинского персонала.

Таблица 4.3 – Частота случаев грубого отношения и вымогательства со стороны медицинского персонала

№ пп	Возможный ответ	Пациенты мужского пола		Пациенты женского пола	
		абс. число	$P \pm m$	абс. число	$P \pm m$
<b>Случаи грубого отношения со стороны медицинского персонала</b>					
1	Да	9	$2,0 \pm 0,6$	14	$3,1 \pm 0,8^*$
2	Нет	182	$39,6 \pm 2,2$	254	$55,3 \pm 2,3^{**}$
<b>Вымогательство со стороны медицинского персонала</b>					
1	Да	4	$0,9 \pm 0,4$	2	$0,4 \pm 0,2^*$
2	Нет	187	$40,7 \pm 2,2$	266	$58,0 \pm 2,3^{**}$

*Примечание:  $P \pm m$  – частота случаев на 100 респондентов и ошибка репрезентативности, \* -  $p > 0,05$  – вероятность безошибочного прогноза менее 95,0%, \*\* -  $p < 0,001$  - вероятность безошибочного прогноза 99,9%.*

Немаловажное значение имеет факт отсутствия случаев вымогательств со стороны медицинского персонала, на что указали достоверно больше пациенты женского пола ( $58,0 \pm 2,3$ ), нежели мужского пола ( $40,7 \pm 2,2$ ),  $p < 0,001$ . Единичные случаи отметили их наличие, при этом не выявлено существенных различий между ответами мужчин ( $0,9 \pm 0,4$ ) и женщин ( $0,4 \pm 0,2$ ),  $p > 0,05$ .

Таким образом, положительным моментом явилось отсутствие в большинстве случаев грубого отношения и вымогательства медицинского персонала по мнению респондентов.

Полученные результаты по изучению указанных параметров уровня взаимоотношений пациентов с медицинским персоналом во время пребывания в стационаре прямо коррелируют с уровнем информированности респондентов ( $r_{xy} = +0,9$ ; связь сильная прямая, положительная) и отмечается обратная

корреляция уровня информированности с уровнем коррупции - чем выше уровень информированности, тем меньше уровень коррупционных составляющих ( $r_{xy} = -0,9$ ; связь сильная обратная, отрицательная).

Для изучения степени удовлетворенности пациента оказанной медицинской помощью определены основные ее критерии. В качестве интегрального показателя выступал индекс удовлетворенности. При проведении исследования получены результаты по оценке степени удовлетворенности оказанной медицинской помощью. В таблице 4.4 отражены данные по оценке степени удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью по основным девяти критериям.

Первое ранговое значение отведено такому критерию как «Состояние палаты, питание», получившему наиболее высокую степень удовлетворенности пациентами и отмеченному в  $0,92 \pm 0,02$  единицы. Второе ранговое место занимает такой критерий как «Обеспечение прав пациентов», который также получил наиболее высокую оценку удовлетворенности в  $0,90 \pm 0,03$  единиц,  $p > 0,05$ . Третье ранговое место отведено критерию «Уровень качества медицинской помощи», при котором оценка удовлетворенности составила  $0,80 \pm 0,02$  единиц,  $p < 0,001$ . По критерию «Необходимый объем информации» отмечается сравнительно невысокая оценка удовлетворенности -  $0,77 \pm 0,02$  единиц, что соответствовало четвертому ранговому значению,  $p > 0,05$ . На пятом ранговом месте находится критерий «Отношение медицинских работников», при котором удовлетворенность пациентов также была на уровне  $0,77 \pm 0,02$  единиц,  $p > 0,05$ .

Таблица 4.4 – Оценка степени удовлетворенности в единицах (n=459)

№ пп	Критерий	Оценка (единица)	Ранговое значение
1	Доступность медицинских услуг	$0,74 \pm 0,01$	6
2	Время ожидания госпитализации	$0,68 \pm 0,01$	9

3	Организация медицинской помощи	0,74±0,01	8
4	Состояние палаты, питание	0,92±0,02	1
5	Необходимый объем информации	0,77±0,02	4
6	Отношение медицинских работников	0,77±0,02	5
7	Профессионализм специалистов	0,74±0,01	7
8	Обеспечение прав пациента	0,90±0,03	2
9	Качество медицинской помощи	0,80±0,02	3

В целом пациенты удовлетворены отношением медицинских работников к своим нуждам, с учетом основных этапов предоставления медицинской помощи. По такому критерию как «Доступность медицинских услуг» уровень удовлетворенности пациентов определен 0,74±0,01 единицами, что соответствовало 6 ранговому значению,  $p > 0,05$ . Критерий «Профессионализм специалистов» составил 0,74±0,01 единиц,  $p > 0,05$ . Аналогичную оценку - 0,74±0,01 единиц получил такой критерий как «Организация медицинской помощи»,  $p > 0,05$ . По критерию «Время ожидания госпитализации» степень удовлетворенности респондентов была определена в 0,68±0,01 единиц,  $p < 0,001$ .

Таким образом, проведенный анализ по критериям удовлетворенности позволил установить, что максимальный уровень удовлетворенности пациентов приходится на соблюдение элементарных санитарных условий пребывания пациентов и обеспечение их прав.

Средней степени удовлетворенность приходится на качество медицинской помощи и отношение медицинских работников. Минимальная степень удовлетворенности была отмечена по такому критерию «Время ожидания госпитализации». Сравнительно невысокая оценка по данному критерию объясняется наличием сохраняющейся очередности на госпитализацию, в условиях отсутствия развитой системы электронной информированности пациентов. Данным фактом объясняется невысокая оценка по критерию «Необходимый объем информации» - 0,77 баллов.

Сводный индекс удовлетворенности пациентов составил 0,78 баллов. Указанный показатель может быть рекомендован в качестве дополнительной исходной величины для выработки управленческих решений, направленных на улучшение деятельности конкретных структурных подразделений системы здравоохранения.

Как показывают данные, большая степень удовлетворенных пациентов полученной медицинской помощью оказалась среди респондентов, обратившихся спустя некоторое время от начала заболевания ( $56,4 \pm 2,3$ ), чем в дебюте болезни ( $43,6 \pm 2,3$ ),  $p < 0,001$ . Удовлетворены полностью оказываемой медицинской помощью в  $7,6 \pm 1,2$  случаях на 100 респондентов, большинство частично –  $21,5 \pm 1,9\%$ ,  $p < 0,001$ , не удовлетворены –  $18,1 \pm 1,7\%$ ,  $p > 0,05$ , и  $9,2 \pm 1,3\%$  не дали ответа,  $p < 0,001$ . Было отмечено, что  $43,6 \pm 2,3$  респондентов дали оценку необходимости своевременного обращения к медицинским работникам, именно в момент начала заболевания, как наиболее важную.

Данные результаты в большинстве своем зарегистрированы среди тех, кто более ответственно подходит к своему здоровью (это наблюдается в различных возрастных группах, а также для опрошенных с разной самооценкой здоровья). Наибольшую частоту составили те, кто частично удовлетворен имеющимися возможностями получения медицинской помощи, и обращаются в организации здравоохранения сразу при развитии заболевания ( $15,3 \pm 1,6$  на 100 респондентов).

Чем более ранний срок обращения, тем больше шанс получения положительного результата, в отличие от поздних сроков госпитализации. Тем не менее, обращает на себя внимание факт наличия не удовлетворенных медицинской помощью в дебюте болезни –  $7,4 \pm 1,2\%$ ,  $p < 0,001$ , полностью удовлетворены оказанной медицинской помощью –  $9,6 \pm 1,3\%$ ,  $p > 0,05$ , затруднились с выбором ответа –  $11,3 \pm 1,4\%$  респондентов,  $p > 0,05$ .

В таблице 4.5 представлены данные по оценке удовлетворенности в зависимости от причины обращения в организации здравоохранения ( $P \pm m$ ).

Таблица 4.5 – Степень удовлетворенности медицинской помощью в зависимости от причины обращения в организации здравоохранения

№ пп	Степень удовлет- воренности	Причины обращения в организацию здравоохранения				Из них с тяжелой формой болезни	
		в дебюте болезни		спустя некоторое время от начала патологии			
		абс. число	P±m	абс. число	P±m	абс. число	P±m
1	90,0-100,0	44	9,6±1,3	35	7,6±1,2	7	1,5±0,5
2	50,0-89,0	70	15,3±1,6	99	21,5±1,9	66	14,4±1,6
3	≤ 50,0	34	7,4±1,2	83	18,1±1,7	118	25,7±2,0
4	Нет ответа	52	11,3±1,4	42	9,2±1,3	39	8,5±1,3
	Всего	200	43,6±2,3	259	56,4±2,3	230	50,1±2,3

Примечание: P±m - показатель удовлетворенности и ошибка репрезентативности, \* -  $p > 0,05$  (вероятность безошибочного прогноза менее 95,0%), \*\* -  $p < 0,001$  (вероятность безошибочного прогноза 99,9%).

Наибольшая частота неудовлетворенных (25,7±2,0%) среди тех, кто приходит в медицинское учреждение в случае тяжелой болезни. Как правило, данному контингенту больных требуется оказание большего объема медицинской помощи. Частично удовлетворены - 14,4±1,6%,  $p < 0,001$ , полностью удовлетворены - 1,5±0,5%,  $p < 0,001$ , не дали ответа - 8,5±1,3% опрошенных,  $p < 0,001$ . Большая доля затруднившихся ответить на вопрос об удовлетворенности возможностями получения медицинской помощи приходится, прежде всего, на тех лиц, обратившихся в медицинское учреждение исключительно за получением бюллетеня, по тем или иным причинам (43,1±2,3%). Таким образом, среди опрошенных в большинстве случаев частично удовлетворены были именно те, кто обратился спустя некоторое время

от начала заболевания и в дебюте болезни, а среди, обратившихся в связи с тяжелой болезнью больше неудовлетворенных.

Нами изучены причины неудовлетворенности респондентов при обращении в организации здравоохранения (таблице 4.6). Ожиданием в очередях не удовлетворены в целом в  $31,1 \pm 2,1$  случаях на 100 респондентов, из них большинство достоверно составляют женщины ( $21,1 \pm 1,9\%$ ), чем мужчины ( $10,0 \pm 1,4\%$ ),  $p < 0,001$ . Для  $65,1 \pm 2,2\%$  респондентов госпитализация занимает длительное время, особенно это отмечают пациенты женского пола ( $40,3 \pm 2,2\%$ ), нежели мужского пола ( $24,8 \pm 2,0\%$ ),  $p < 0,001$ . Отсутствие необходимой аппаратуры отметили  $25,9 \pm 2,0\%$  респондентов, причем не выявлено существенных различия по полу ( $11,3 \pm 0,5\%$  мужчин и  $14,6 \pm 1,6\%$  женщин),  $p > 0,05$ . Уровень квалификации медицинского персонала считают низким  $49,6 \pm 2,3\%$  опрошенных, из них таковых больше среди женщин ( $29,6 \pm 2,1\%$ ), чем мужчин ( $20,0 \pm 1,8\%$ ),  $p < 0,001$ . Неудовлетворены наличием оплаты за госпитализацию  $44,2 \pm 2,3\%$  респондентов,  $27,7 \pm 2,0\%$  женщин и  $16,5 \pm 1,7\%$  мужчин,  $p < 0,001$ . Удаленное расположение больницы указали  $13,7 \pm 1,6\%$  опрошенных, из них было больше женского пола ( $10,7 \pm 1,4\%$ ), чем мужского ( $3,0 \pm 0,7\%$ ),  $p < 0,001$ .

Грубым отношение медицинского персонала посчитали  $50,3 \pm 2,3\%$  респондентов,  $31,8 \pm 0,8\%$  женского пола и  $18,5 \pm 1,8\%$  мужского пола,  $p < 0,001$ . Не имеют возможность оказания медицинских услуг в домашних условиях указали  $8,9 \pm 1,3\%$  опрошенных, большинство из них женского пола ( $6,1 \pm 1,1\%$ ), чем мужского пола ( $2,8 \pm 0,7$ ),  $p < 0,01$ .

Несмотря на то, что пациенты имеют право выбора организации здравоохранения для получения медицинской помощи, некоторые опрошенные отметили его отсутствие ( $24,6 \pm 2,0\%$ ), среди них больше женщин ( $22,0 \pm 1,9\%$ ), чем мужчин ( $2,6 \pm 0,7\%$ ),  $p < 0,001$ .

Таблица 4.6 – Причины неудовлетворенности респондентов при обращении в организации здравоохранения (на 100 респондентов)

№ пп	Причина неудовлетворенности	Респонденты по полу (n=459)				Всего	
		Мужчины		Женщины		абс. чис- ло	P±m
		абс. чис- ло	P±m	абс. чис- ло	P±m		
1	Ожидание в очередях	46	10,0±1,4	97	21,1±1,9***	143	31,1±2,1
2	Длительное время госпитализации	114	24,8±2,0	185	40,3±2,2***	299	65,1±2,2
3	Нет необходимой медицинской аппаратуры	52	11,3±0,5	67	14,6±1,6*	119	25,9±2,0
4	Низкий уровень квалификации медицинского персонала	92	20,0±1,8	136	29,6±2,1***	228	49,6±2,3
5	Наличие оплаты за госпитализацию	76	16,5±1,7	127	27,7±2,0***	203	44,2±2,3
6	Удаленное расположение орг-ции здравоох-я	14	3,0±0,7	49	10,7±1,4***	63	13,7±1,6
7	Грубое отношение медицинского персонала	85	18,5±1,8	146	31,8±0,8***	231	50,3±2,3
8	Нет возможности оказания услуг в домашних условиях	13	2,8±0,7	28	6,1±1,1**	41	8,9±1,3
9	Нет выбора организации здравоохранения и врача	12	2,6±0,7	101	22,0±1,9***	113	24,6±2,0

Примечание: P±m - показатель удовлетворенности и ошибка репрезентативности, \* - p>0,05 (вероятность безошибочного прогноза менее 95,0%), \*\* - p<0,01 (вероятность безошибочного прогноза 99,0%), \*\*\* - p<0,001 (вероятность безошибочного прогноза 99,9%).

Как видно из представленных данных, первое ранговое место среди основных причин неудовлетворенности респондентов при обращении в организации здравоохранения, занимает такой критерий как длительное время госпитализации ( $65,1 \pm 2,2\%$ ), второе ранговое место - грубое отношение медицинского персонала ( $50,3 \pm 2,3$ ),  $p < 0,001$ , третье ранговое место - низкий уровень квалификации медицинского персонала ( $49,6 \pm 2,3$ ),  $p > 0,05$ . По всем критериям неудовлетворенности преобладали респонденты женского пола.

Таким образом, по результатам проведенного исследования можно отметить, что множество респондентов обращаются в медицинские учреждения на поздних этапах развития болезни. Существует определенная зависимость между поведенческой моделью в сфере получения медицинских услуг и пониманием приоритетности своевременного обращения за медицинской помощью. Это рассматривать как результат низкой культуры здоровья сберегающего поведения людей и традиционно ориентированной на предоставление помощи в случае серьезных заболеваний.

По вопросу о доступности медицинских препаратов,  $39,6 \pm 2,2\%$  женщин ( $n=182$ ) и  $33,8 \pm 2,2\%$  мужчин ( $n=155$ ), ответили, что им доступна лишь определенная часть лекарственных препаратов из перечня необходимых,  $p > 0,05$ . Большинство лекарств являются доступными для  $58,8 \pm 2,2\%$  респондентов ( $n=270$ ), с хорошим по самооценке состоянием здоровья,  $16,5 \pm 1,7\%$  ( $n=76$ ) с хорошим или удовлетворительным,  $p < 0,001$ ,  $24,7 \pm 2,0\%$  ( $n=113$ ) с плохим состоянием здоровья,  $p < 0,001$ . Условия пребывания и лечения оценили, как хорошие  $74,0 \pm 2,0\%$  опрошенных ( $n=340$ ). Исследование показало, что качеством предоставленных услуг при госпитализации были удовлетворены  $82,6 \pm 1,7\%$  респондентов ( $n=379$ ),  $p < 0,001$ .

Далее проведено изучение маршрутов госпитализации. При изучении маршрутов госпитализации получены следующие данные: врачом ГСВ было направлено на госпитализацию  $50,0\%$  больных,  $30,0\%$  пациентов были направлены из поликлинических учреждений (которые продолжают свою работу),  $8,0\%$  обратились самостоятельно, а  $12,0\%$  поступили через скорую

медицинскую помощь. Значительная часть пациентов, направленных на госпитализацию из первичных медицинских организаций, свидетельствует о том, что система сооплаты эффективно функционирует, так как пациенты с направлением платят за госпитализацию значительно меньшую сумму.

На рисунке 4.8 представлена оценка со стороны респондентов деятельности организации здравоохранения (по пятибалльной шкале). Большая часть респондентов оценили деятельность организации здравоохранения на пять баллов (51,6%) и четыре балла (45,8%). Поставили три балла - 2,0%, два балла - 0,2% и один балл - 0,4%.

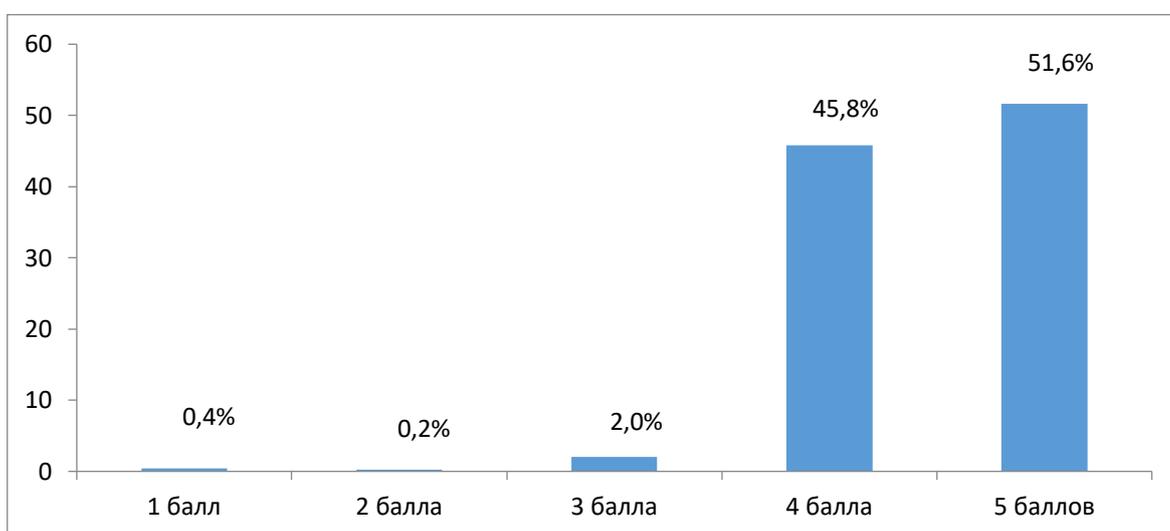


Рисунок 4.8 – Оценка деятельности организации здравоохранения (%).

Таким образом, медико-социальная эффективность напрямую связана с такими условиями как ведение активного образа жизни, соблюдение устоявшегося характера пищевых привычек, нивелирование проблем, связанных с пребыванием пациента в больнице, сокращение средней длительности пребывания пациента на койке для ранней реабилитации и возвращения к трудовой деятельности.

Большинство опрошенных отметило, что в случае возникновения повторной необходимости получения медицинской услуги, то они обратятся за помощью именно в данные отделения.

Анализ полученных результатов оценки состояния здоровья респондентов при нахождении в условиях стационара показал, что большинство ( $59,5 \pm 2,2$ ) отметили улучшение, заметное улучшение в  $32,7 \pm 2,1$  случаях на 100 пациентов,  $p < 0,001$ , не ощутили изменений в состоянии здоровья в  $2,0 \pm 0,6$  случаях,  $p < 0,001$  и не дали ответ в  $5,8 \pm 1,0$ ,  $p < 0,001$  (таблица 4.7).

Таблица 4.7 – Оценка состояния здоровья пациентов в стационаре на 100 пациентов

№ Пп	Вариант ответа	Абс. число (n)	Удельный вес (%)
1.	Заметное улучшение	150	$32,7 \pm 2,1$
2.	Улучшение	273	$59,5 \pm 2,2$
3.	Без изменений	9	$2,0 \pm 0,6$
4.	Без ответа	27	$5,8 \pm 1,0$

25,0% пациентов, принявших участие в анкетировании, отметили значительный прогресс в динамике собственного здоровья при проведении необходимого лечения, в то время как тенденция к улучшению состояния здоровья в процессе лечения была отмечена у 67,2% пациентов.

Представляют интерес результаты на следующий вопрос, связанный с необходимостью выбора госпитализации. 40,5% респондентов дали ответ, связанный с прямой зависимостью тяжести течения основного диагноза с общим состоянием больного человека. 21,6% респондентов последовали прямой рекомендации врача.

На представленном ниже рисунке 4.9 отражены данные оценки отношения респондентов к проводимой государственной политике реформы системы здравоохранения республики. Наибольшую долю составили те, кто положительно относится к проводимой реформе системы здравоохранения и

считают ее эффективной и таковых было 74,7% пациентов, из них 39,0% мужчин и 35,7%. Отрицательное отношение и неэффективность реформы указали 8,7%, при этом больше женщин (4,8%), чем мужчин (3,9%). Затруднились с ответом 16,6%, их них 9,4% женщин и 7,2% мужчин.

Таким образом, большая часть респондентов (74,7%) положительно относится к реформированию системы здравоохранения и считают ее эффективной.



Рисунок 4.9 – Отношение респондентов к проводимой реформе системы здравоохранения (%).

Большинство респондентов были удовлетворены качеством работы врачебного персонала (84,0% пациентов) в полном объеме. В анкету был включен вопрос о том, какие имеются предложения со стороны пациентов, направленных на улучшение деятельности, как самой организации здравоохранения, так и системы здравоохранения в целом. В таблице 4.8 представлены предложения респондентов по улучшению деятельности организации здравоохранения и системы здравоохранения.

Предложения со стороны пациентов необходимые, по их мнению, для улучшения качества медицинской помощи направлены в основном на реализацию управленческих и организационных мероприятий. Из общего числа

респондентов  $82,5 \pm 1,7\%$  считают весьма важной задачей обеспечения медицинских учреждений необходимой современной диагностической аппаратурой для своевременной и качественной постановки правильного диагноза. Среди перечня необходимой диагностической аппаратуры на первый план выносятся установка в организациях здравоохранения компьютерных томографов. Увеличить заработную плату медицинским работникам для улучшения качества предоставляемых медицинских услуг предложили  $70,3 \pm 2,1\%$  опрошенных,  $p < 0,001$ . Необходимость увеличения объемов финансирования системы здравоохранения, улучшения материально-технической базы, а также строительство и ввод в эксплуатацию новых стационаров отметили  $59,4 \pm 2,2\%$  опрошенных,  $p < 0,001$ .

Внесли предложения повышения уровня квалификации медицинского персонала  $53,3 \pm 2,3\%$  респондента,  $p > 0,05$ . От  $48,1 \pm 2,3\%$  респондентов ( $p > 0,05$ ) поступили предложения о необходимости активизации работы по улучшению внимательного отношения к больным. Предложили сокращение бумажной работы за счет внедрения электронного документооборота  $36,1 \pm 2,2\%$  респондента,  $p < 0,001$ . Увеличение времени, отведенного для приема больных, указали  $36,1 \pm 2,2$  опрошенных,  $p > 0,05$ . Исключить оплату за госпитализацию с малоимущих слоев населения предложили  $30,9 \pm 2,1\%$  респондентов,  $p > 0,05$ .

Таблица 4.8 – Предложения респондентов по улучшению деятельности организации здравоохранения и системы здравоохранения на 100 респондентов (n=459)

№ пп	Предложения	Абс. число ответов	$P \pm m$
1.	Расширение штата профильных специалистов	130	$28,3 \pm 2,1$
2.	Повышение ресурсной оснащенности за счет приобретения нового медицинского оборудования для расширения возможностей диагностики	379	$82,5 \pm 1,7$
3.	Увеличения объемов финансирования системы здравоохранения, улучшения материально-	272	$59,4 \pm 2,2$

	технической базы, строительство и ввод в эксплуатацию новых стационаров		
4.	Внедрение электронного документооборота	166	36,1±2,2
5.	Увеличение времени, отведенного для приема больных	166	36,1±2,2
6.	Повышение уровня квалификации медицинского персонала	245	53,3±2,3
7.	Увеличение заработной платы медицинским работникам	323	70,3±2,1
8.	Более внимательно отношение к пациентам	221	48,1±2,3
9.	Исключение оплаты за госпитализацию с малоимущих слоев населения	142	30,9±2,1
10.	Расположение диагностических кабинетов в одном корпусе и на одном этаже	74	16,1±1,7
11.	Обеспечение льготными лекарствами	82	17,8±1,7

*Примечание:  $P \pm t$  – интенсивный показатель, ошибка репрезентативности.*

Так, 28,3±2,1% респондентов полагают, что в поликлиниках необходимо увеличить штат профильных специалистов для ликвидации очередей к ним и внести изменения в режим работы медицинского персонала,  $p > 0,05$ .

Повышение обеспеченности льготными лекарствами указали 17,8±1,7% респондентов,  $p < 0,001$ .

Расположение диагностических кабинетов в одном корпусе и на одном этаже предложили 16,1±1,7%,  $p > 0,05$ .

Таким образом, для улучшения качества медицинской помощи в организации здравоохранения и системы здравоохранения в большинстве случаев респонденты предлагают обеспечение медицинских учреждений необходимой современной диагностической аппаратурой (82,5±1,7%), увеличение заработной платы медицинским работникам (70,3±2,1%),  $p < 0,001$ . повышение уровня квалификации медицинского персонала (53,3±2,3%),  $p < 0,001$ .

В завершении данной главы диссертации следует еще раз подчеркнуть, что социологические исследования направлены прежде всего в помощь

администрации организации здравоохранения, поскольку именно с учетом полученных результатов по степени удовлетворенности пациентов, контролю качества оказанных медицинских услуг, все это в целом направлено на принятие правильных управленческих решений по оптимизации медицинской помощи в ОЗ.

Современные условия функционирования организаций здравоохранения в системе рыночных отношений требуют необходимости использования указанного комплексного подхода для получения конечного результата предоставления медицинских услуг конкретному пациенту.

## ГЛАВА 5

### ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛОР-СЛУЖБЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИННОВАЦИОННОГО МЕХАНИЗМА

#### 5.1 Обоснованность применения инновационного метода в организациях здравоохранения

Актуальность применения компьютерной томографии в организациях здравоохранения обусловлена, прежде всего, существующей потребностью в ней и опосредована ростом числа населения. Численность постоянного населения КР составила на конец 2021 г. 6 млн. 478 тыс. человек. Более трети постоянного населения (34%) проживало в городских поселениях и около двух трети (66%) - в сельских. Прирост численности населения КР осуществляется за счет превышения числа родившихся над числом умерших при отрицательном балансе внешней миграции.

В 2020 г. темп прироста численности населения составил 1,1%. Наиболее высокий темп прироста численности населения в 2010г. отмечался в Баткенской (1,7%), Джалал-Абадской (1,3%), Ошской и Таласской (по 1,2%) областях (за счет высокого естественного прироста).

Численность населения г. Ош из-за миграции населения, после июньских событий, сократилась на 3,3 тыс. человек (1,3%). Всего по республике по данным 2020 года первичную медико-санитарную помощь населению республики оказывали 66 ЦСМ, 26 Центров общеврачебной практики, в которых функционирует 688 ГСВ, 17 ГСВ - самостоятельные юридические лица, 1003 ФАП, являющихся структурными подразделениями ГСВ.

Стационарную помощь населению республики оказывала 141 организация здравоохранения на 25943 коек.

В общей структуре заболеваемости в 2020 году ведущие ранговые значения занимали следующие классы болезней: первое место занимали болезни

органов дыхания – 22,3%, на втором и третьем местах - болезни мочеполовой системы – 10,6%, болезни органов пищеварения – 13,3%, соответственно, далее следуют травмы и отравления – 7,6%, болезни глаза и его придатков – 7,2%, прочие заболевания - 14,1%. Болезни уха и сосцевидного отростка разделяли восьмое ранговое место с болезнями нервной системы – 3,3%.

Приведенная структура заболеваемости говорит в пользу более широкого внедрения метода КТ-диагностики, поскольку именно данный метод является золотым стандартом верификации диагноза для указанных классов болезней. Именно компьютерная томография является одним из основных методов диагностики при травмах, позволяющих своевременно определить повреждения внутренних органов и костно-мышечного аппарата. Более ранняя диагностика позволяет проводить своевременное и правильное лечение, значительно снизить летальность, инвалидизацию при травмах, а также сократить время лечения.

Как было показано в обзоре литературы, компьютерная томография широко применима в рутинной диагностике заболеваний ЛОР-органов. Этот вид исследования обычно назначается для уточнения результатов рентгенографии. Таким образом, использование современных лучевых методов исследования принципиально изменяет диагностику в оториноларингологии, открыв новую страницу неинвазивной визуализации многих болезней уха, горла и носа. Завершающим этапом явилось проведение анализа финансовых показателей и их оценочной стоимости по проекту.

Расчеты финансовых поступлений были приведены по ожидаемому минимальному количеству продаж числа исследований в год по каждому ПРП. Прогнозируемые финансовые показатели рассчитаны по ожидаемым суммам в зависимости от количества проводимых исследований, с учетом средней стоимости за одну услугу и предполагаемому порогу затрат на их производство.

Настоящие расчеты были проведены с учетом базовых допущений о том, что:

- Количество проводимых исследований в год по каждому ПРП произведены из расчета минимального количества ожидаемых исследований.
- Стоимость услуги рассчитана по средней стоимости за одну услугу.
- Ожидаемый порог затрат на производство услуг в общей доле равен 80,0% от заработанной суммы дохода.
- Проектная компания получит коммерческий кредит, равный сумме стартовых инвестиций в проект.
- Ставка за обслуживание долга будет равна 10,0%.
- Ставка налогов на доходы с оборота равна – 12,0% НДС, с учетом 2,0% налога с продаж. Ставка налога на прибыль равна 10,0%.

Как правило, для оценки возможности перспективности любого проекта, используется целый ряд инструментов, в своей совокупности включающей в себя следующие параметры, такие как: состояние финансового и инвестиционного рынков, потенциальные возможности инвестора для практической реализации проекта, оценка рисков проекта. Указанные элементы рассмотрены в нижеследующих разделах.

## **5.2 Анализ состояния ресурсного оснащения подразделений компьютерно-томографической диагностики**

На современном этапе развития системы здравоохранения одним из наиболее важных вопросов, требующих своего решения, является подготовка научно обоснованных предложений по оптимизации предоставляемой медицинской помощи. Данное положение требует проведения соответствующих мероприятий, связанных прежде всего с интенсификацией лечебно-диагностического процесса на основе внедрения инновационных технологий.

Это в равной степени имеет отношение и к оториноларингологической патологии, которая остается одной из важных проблем медико-социального

характера. Как уже было отмечено ранее, в предыдущих разделах диссертации, в целях развития системы здравоохранения, с учетом усиления частного потенциала в условиях рыночной экономики, для сохранения и улучшения состояния здоровья населения, путем создания эффективной, доступной системы предоставления медицинских услуг, следует использовать потенциал механизмов государственно-частного партнерства.

Организационно-правовые формы предпринимательства в системе здравоохранения определяются общими положениями, касающимися всех сфер хозяйственной деятельности. Это предполагает существование различных форм собственности в системе здравоохранения, однако специфика отрасли ограничивает предпринимательскую деятельность в первую очередь системой лицензирования, а также сложностью получения государственного финансирования на оказание услуг.

В настоящее время во многих странах мира получило свое развитие новое направление для решения возникающих проблем в отрасли – это государственно-частное партнерство (ГЧП), которое является особо значимым и в секторе здравоохранения нашей страны.

ГЧП направлено прежде всего на достижение и реализацию следующих задач:

- Предоставление населению высокотехнологичных медицинских исследований, при повышении их финансовой и физической доступности.
- Обеспечение врачей современными методами диагностики в регионах республики.
- Государственное регулирование ценовой политики при предоставлении медицинских услуг.

Повышение качества диагностики заболеваний, и как следствие снижение инвалидизации и смертности населения.

- Повышение квалификации и уровня подготовки медицинского персонала.

Инфраструктура большинства организаций здравоохранения является крайне изношенной. Большинство зданий имеет возраст более 40 лет. Более половины имеющегося оборудования отработало свыше 20 лет, выработало свои ресурсы и подлежит списанию. Небольшая часть парка – это достаточно современная медицинская техника, закупленная на средства донорских организаций по международным проектам. Часть нового оборудования также не используется или используется не полностью из-за отсутствия запасных частей и расходных материалов.

На ремонт оборудования приходится производить траты от 24,0 тыс. до 240,0 тыс. сомов год. С учетом того факта, что парк оборудования в среднем составляет более 300 единиц на одну организацию здравоохранения, то это крайне недостаточно. В государственной системе здравоохранения были созданы техническая и финансовая структуры для решения вопроса обслуживания медицинского оборудования, но выделяемых средств по линии Фонда технического обслуживания крайне недостаточно (ежегодно в среднем – 7,0 млн. сомов, при потребности 350 млн. сомов). Указанный факт негативно влияет на качество оказания медицинской помощи. Так, вследствие поздней верификации диагноза, нередки случаи поступления больных в запущенном состоянии, что в свою очередь обуславливает рост уровня смертности от целого ряда заболеваний.

К сожалению, государство не в состоянии по экономическим причинам на средства бюджета приобрести современные дорогостоящие КТ-аппараты.

Помимо единичных государственных организаций здравоохранения, аппараты КТ стоят в целом ряде частных организациях здравоохранения, в основном расположенных в городе Бишкек. Среднесуточная проходимость составляет от 10 до 20 человек, т.е. около 5000 и выше исследований в год для каждого из вышеупомянутых центров. Общее количество составляет около 20000 обследований в год, из них в г. Бишкек проводится в среднем 15000. Показатель исследований КТ в государственных организациях здравоохранения составляет не больше 4500 в год.

Вышеописанная ситуация показывает, что в конечном результате страдает качество диагностики на догоспитальном и госпитальном уровнях, поскольку у врачей отсутствует доступ к современным и высокоинформативным методам исследований. В мировой практике метод компьютерной томографии зарекомендовал себя как основной так называемый «золотой стандарт» исследования. В странах Европейского союза для клиники, имеющей более 80 коек, оснащение КТ оборудованием является обязательным элементом и входит в число рутинных методов обследования. Норматив одной рабочей смены составляет 4520 исследований.

Опыт использования КТ в повседневной практике многопрофильных организаций здравоохранения, расположенных в странах Содружества независимых государств, изучение диагностических задач и анализ потенциальных потребностей в таких исследованиях, привели к следующему заключению: потребность населения в КТ-диагностике может быть удовлетворена спиральной установкой с базовым набором функций, оснащенной рабочими местами оператора и врача-лучевого диагноста, дополненной автоматическим инъектором.

Исходя из стандарта применения КТ – исследования была рассчитана пропускная способность одного аппарата (1 базовый КТ аппарат на 50-60 тыс. жителей), для обеспечения г. Бишкек с населением 1 млн. человек, необходимо установить не менее 15 комплектов оборудования, а для обеспечения республики с более чем 6 млн. населением требуется 80 аппаратов, в то время как на сегодняшний день в республике насчитывается только 28 аппаратов, из них 25 частных. О потребности (спросе) населения в дополнительных центрах по оказанию услуг КТ-исследований также свидетельствуют следующая статистика. В таблице ниже представлены основные категории пациентов, для которых необходимы исследования КТ с учетом уровня распространенности заболеваний (5.2.1).

Таблица 5.2.1 – Основные категории пациентов, для которых необходимы исследования КТ (распространенность заболеваний)

№ пп	Категория	Показатель	
		абс. число	на 100 000 населения
1	Заболевания нервной системы	59029	1338,5
2	Травмы	54073	1226,1
3	ЛОР – патология	27035	613,0
4	Болезни органов кровообращения	252110	5716,5
5	Болезни мочеполовой системы	124447	2821,8
6	Болезни кожно-мышечной системы	81174	1840,6

Как видно из данной таблицы, практически только в частных медицинских центрах, большинство из которых расположено в городе Бишкек, население может получить данную услугу. Многим жителям других регионов страны услуги по КТ является недоступной в силу географической, физической и экономической составляющих. Это говорит о необходимости продвижения КТ – диагностики на региональный уровень с охватом территории всей страны, в перспективе. Учитывая недостаток бюджетного финансирования, именно проект ГЧП может стать тем ресурсом, который позволит провести инвестиции в инфраструктуру и оснащение, и в то же время введет государственное регулирование стоимости данных услуг для населения.

При этом необходимо добавить, что спектр услуг, оказываемых частными поставщиками, ориентирован на оказание только широко применимых и быстро окупаемых видов исследований, т.е. частными клиниками аппаратура не используется по всем ее функциональным возможностям. Частный партнер в рамках данного проекта обязан будет оказывать не только быстро окупаемые услуги, но и все виды требуемых от него услуг. Таким образом, согласно международным рекомендациям, основанным на методах доказательной медицины, необходимо иметь один КТ-центр на 50000 населения; для КР

необходимо иметь 80 аппаратов КТ. Соответственно для большей части населения получение данной услуги ограничено; предполагаемое расположение аппаратов КТ в данном проекте обеспечит от 100000 до 300000 обслуживаемого населения, что позволит проводить каждому аппарату от 6 до 7 тысяч исследований в год.

Необходимо отметить, что количество проводимых КТ-исследований в КР составляет от 40 до 50 тысяч в год, что составляет не более 15-20,0% от потребности; при этом территориальное расположение не позволяет сегодня обеспечить необходимый доступ к данному виду исследований.

В современных условиях механизм ГЧП становится особенно привлекательным с учетом целевого воздействия на систему государство – инвестор – гражданское общество.

Используя указанную цепочку, государственный партнер как правило реализует свои интересы посредством получения целого ряда преференций:

- после окончания срока действия проекта, получает укомплектованное и оснащенное оборудованием отделение КТ, которым оно может воспользоваться в дальнейшем по своему усмотрению;
- создает дополнительные рабочие места с наличием квалифицированного персонала;
- имеет возможность сокращать сроки действия соглашения при нарушении его основных положений, с последующим решением вопроса о передаче проекта иному предпринимателю или для возврата в сферу деятельности государства;
- образуется дополнительный источник для финансирования инфраструктурных проектов;
- получает реальное продвижение политика направленная на достижение взаимовыгодного сотрудничества между государственным и частным партнерами с учетом требований системы здравоохранения;

- повышает бюджетную эффективность за счет, во-первых, сокращения государственного финансирования на строительство и эксплуатацию объектов здравоохранения, а во-вторых, увеличения налогооблагаемой базы;
- достигается увеличение эффективности использования совокупных общественных ресурсов, вовлеченных в воспроизводственный процесс в отрасли (при этом создаются условия и предпосылки для эффективного функционирования объектов системы здравоохранения, находящихся в государственной и муниципальной собственности, оптимального управления ими и рациональной эксплуатации);
- повышается качество медицинских услуг, благодаря росту стандартов качества, улучшению контроля и усилению ответственности в рамках контракта с частными компаниями.

Для инвестора должны представлять интерес следующие перспективные преференции:

- совместное использование активов, имеющих стратегический интерес, в планируемой экономической деятельности;
- вкладывая инвестиции в объекты государственной и муниципальной собственности, получает достаточные гарантии прибыльности, поскольку государство, в качестве его партнера, несет определенные риски по обеспечению минимального уровня рентабельности;
- кроме решения о переводе части бюджета для финансирования проекта в сфере здравоохранения, государственный партнер может принять решение о введении стимулирующих элементов, таких как бонусы или пулы, в качестве мотивации интереса частного партнера для улучшения качества медицинского обслуживания;
- пользуясь государственными гарантиями и обладая хозяйственной свободой, частная компания может за счет повышения производительности труда увеличить прибыльность бизнеса во все время

срока действия контракта с государством без изъятия сверхприбыли в бюджет.

Население в свою очередь:

- получает возможность доступа к качественному и широкому спектру диагностических услуг;
- получает экономию средств на транспортных расходах и проживание за счет вынужденных поездок в другое место для получения данной услуги, и увеличение денежного оборота внутри страны.

Таким образом, становится понятной целесообразность внедрения механизмов ГЧП как оптимального выхода из сложившейся ситуации. Путем привлечения инвесторов планируется установить КТ аппараты в организациях здравоохранения разного уровня. Исходя из необходимых экономических и территориальных критериев, рекомендуются создание ПРП в следующих организациях здравоохранения республики (таблица 5.2.2).

Таблица 5.2.2 – Примерное распределение ПРП в южном регионе

№ пп	Наименование организации здравоохранения	Уровень
1.	Ошская межобластная клиническая больница	Областной
2.	Джалал-Абадская областная объединенная больница	Областной
3.	Баткенская областная объединенная больница	Областной
4.	Алайский Центр общей врачебной практики	Районный
5.	Араванский Центр общей врачебной практики	Районный
6.	Карасуйский Центр общей врачебной практики	Районный
7.	Ноокатский Центр общей врачебной практики	Районный

Для организации здравоохранения данное расположение имеют преимущество в следующем: близкое расположение КТ к отделениям; снижение травматизма путем минимизации транспортных перевозок; получение

результатов в кратчайшие сроки; возможность динамического наблюдения процесса лечения.

Для областных объединенных больниц рекомендуется установление КТ аппаратов в главных корпусах. При этом следует рассмотреть возможность создания в областных объединенных больницах консультационных центров для организации здравоохранения районного уровня.

### **5.3 Организация управления проектом. Система менеджмента проекта**

Как известно, управление проектом является главной частью системы менеджмента частного партнера, а также в необходимой мере управление проектом осуществляют все заинтересованные лица в его успехе.

Управление проектом состоит из трех основных этапов: формирование плана проекта; контроль за реализацией плана и оперативная его коррекция; завершение проекта.

При управлении проектом со стороны частного партнера, следует иметь ввиду следующее. Основной структурной единицей частного партнера (ЧП) является ключевая управленческая команда проекта. ЧП должен создать конкретный «Офис управления проектом» – специально образованную структуру для организации, координации и руководства проектной деятельностью. За каждым ПРП должно быть закреплено ответственное руководящее лицо. Смена ключевых кадров должна производиться при обязательном согласовании с МЗ КР. ЧП должен представить четкие механизмы и формализованное описание процессов управления, представленных в виде регламентов и/или методологических руководств (внутренних СОП), включая, но не ограничиваясь следующими базовыми моментами:

- планирование,
- контроль,
- анализ и принятие решений,

- составление и сопровождение бюджета проекта,
- организацию осуществления, мониторинг и оценку,
- отчетность, экспертизу, проверку и приемку,
- бухгалтерский учет,
- организацию документооборота,
- администрирование и юридическую постановку.

В общем итоге, частный инвестор должен представить четкую, ясную, понятную систему, охватывающую:

- Система менеджмента ГЧП в себя включает управление: содержанием, объемами и временем работ, продолжительностью проекта; человеческими ресурсами и знаниям; информацией и коммуникациями; экономической эффективностью; рисками и качеством.

Контроль над реализацией проекта будет состоять из трех компонентов:

- Стратегический - инициаторами могут выступать: Министерство экономики, Министерство финансов;
- Операционный - инициаторами могут выступать: другие уполномоченные государственные органы, если затрагиваются специфические вопросы (антимонопольное регулирование, государственные закупки, и пр.);
- Внутренний - инициаторами могут выступать внутренние и / или внешние заинтересованные в бизнесе проектной компании лица.

Практическая реализация проекта предусматривает создание и формирование системы, основанной на соблюдении четырех основных принципов.

На рисунке 5.3.1 представлены основные элементы взаимодействия при менеджменте проектов ГЧП.

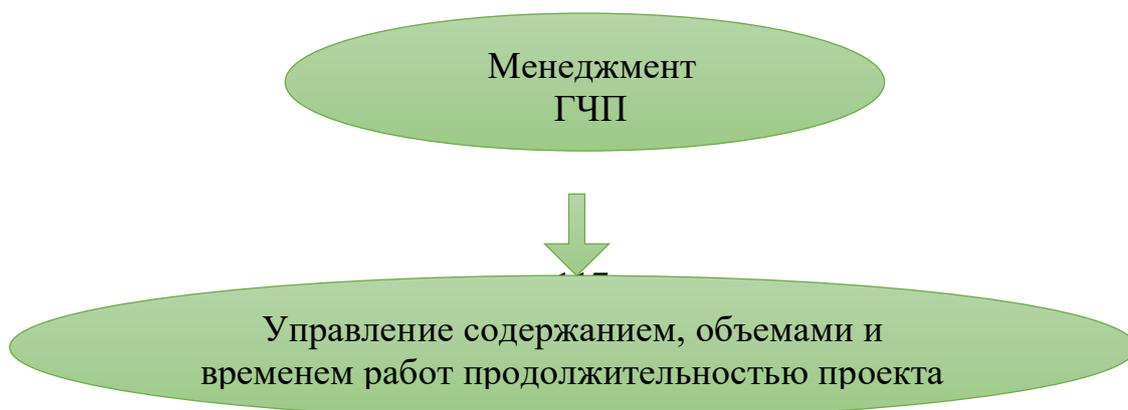




Рисунок 5.3.1 – Менеджмент проектов ГЧП.

Для поддержания ее функциональной составляющей требуется наличие целого ряда составных элементов:

- Наличие четкого плана проекта для обеспечения основы контроля (план должен быть содержательным, четко структурированным и зафиксированным);
- Наличие ясной системы отчетности;
- Наличие эффективной системы учета данных и анализа фактических показателей и тенденций;
- Наличие эффективной системы реагирования.

Заключительный элемент – это принятие правильных управленческих решений, необходимых для нивелирования ранее определенных дефектов и направленных для их устранения в дальнейшей перспективе реализации инвестиционного проекта. Ответственность за обеспечение беспрепятственного доступа к контролируемым вопросам и построение эффективной системы реагирования и мер для надлежащего исполнения проекта несет ЧП.

Проведение мероприятий в рамках утвержденного коммуникационного и маркетингового плана и акций, направленных на социальную поддержку проекта должно реализовываться совместными усилиями (при тесном содействии координирующего отдела и пресс-центра МЗ КР) и за счет ЧП, при предварительном согласовании программы мероприятий с координирующим управлением. ЧП должен организовать службу PR-отдела таким образом, чтобы она отвечала следующим целям - компонентам:

- I. Стратегической;
- II. Операционной;
- III. Организационной (внутренней).

Как правило, стратегический компонент связан с проведением исследования и анализа рынка, а также с консультациями по разработке маркетинговых концепций и стратегий. Рекламная деятельность компании должна нести в себе все характерные признаки социального вида коммуникации, выступая в качестве средства манипуляторного воздействия на аудиторию, должна быть социально ориентированной, т.е. направлена на распространение полезных с точки зрения общества социальных норм, ценностей, моделей поведения, знаний, содействующих совместному существованию в рамках этого общества.

Операционный компонент сопровождает такие элементы, как: разработка мероприятий в соответствии с принятой концепцией и стратегией продвижения услуг (рекомендации по выбору наиболее эффективных каналов продвижения и т.п.); оперативное маркетинговое планирование (медиа-планирование) и

бюджетирование; проведение анализа, и выработка практических рекомендаций по повышению эффективности.

Организационный (внутренний) компонент взаимосвязан с такими элементами как: разработка организационной модели маркетинга в структуре предприятия; разработка пакета организационной документации для службы маркетинга; внедрение системы маркетингового планирования и отчетности; подбор персонала для службы маркетинга; обучение, повышение квалификации персонала служб маркетинга; индивидуальное консультирование других служб проекта; обеспечение тесного взаимодействия с исполнительным органом управления.

Инициаторами рекламы может выступать и маркетинговая служба частного партнера, совместные усилия при этом должны привести к формированию позитивного информационного поля на республиканском, региональном и местном уровнях, и должно отражаться на состоянии общественного мнения в стране.

Ответственность за эффективную реализацию маркетинговой и коммуникационной стратегии несет инвестор.

В последующем нами определены основные технологические требования к оказываемым услугам.

В рамках проекта ГЧП планируется установка двух нижеследующих типов КТ, с учетом их функциональных возможностей.

В таблице 5.3.1 представлены типы КТ, с учетом их функциональных возможностей.

Таблица 5.3.1 – Типы КТ, с учетом их функциональных возможностей

№ пп	Тип КТ	Характеристика
1	Тип А	Спиральный КТ (не менее 64 срезов) - планируется установить на территории областных объединенных больниц

2	Тип Б	16 срезов - в остальных организациях здравоохранения вторичного уровня, участвующих в проекте ГЧП, в зависимости от географического расположения и плотности населения с учетом близлежащих районов
---	-------	---

Типы А и Б КТ отличаются по функциональным возможностям (виды исследований, скорость проведения процедуры, лучевая нагрузка на пациента, и др.).

Ниже изложены основные положения и специфические требования к проектированию отделения КТ, а также рекомендуемые составы, площади помещений и примерные габаритные схемы с набором необходимого технологического оборудования.

Важным элементом проекта является разработка технических требований к помещению для установки КТ. Площади помещений кабинета КТ изначально задаются фирмой-изготовителем в форме проектного предложения, которое учитывается при создании технологического проекта.

Технические требования к помещению для установки КТ распространяются на проектирование кабинета либо отдельного отделения КТ в новом или реконструируемом помещении имеющегося в ОЗ, участвующего в проекте ГЧП.

На рисунке 5.3.2 представлена рекомендуемая схема кабинета КТ с необходимым оборудованием и оснащением.

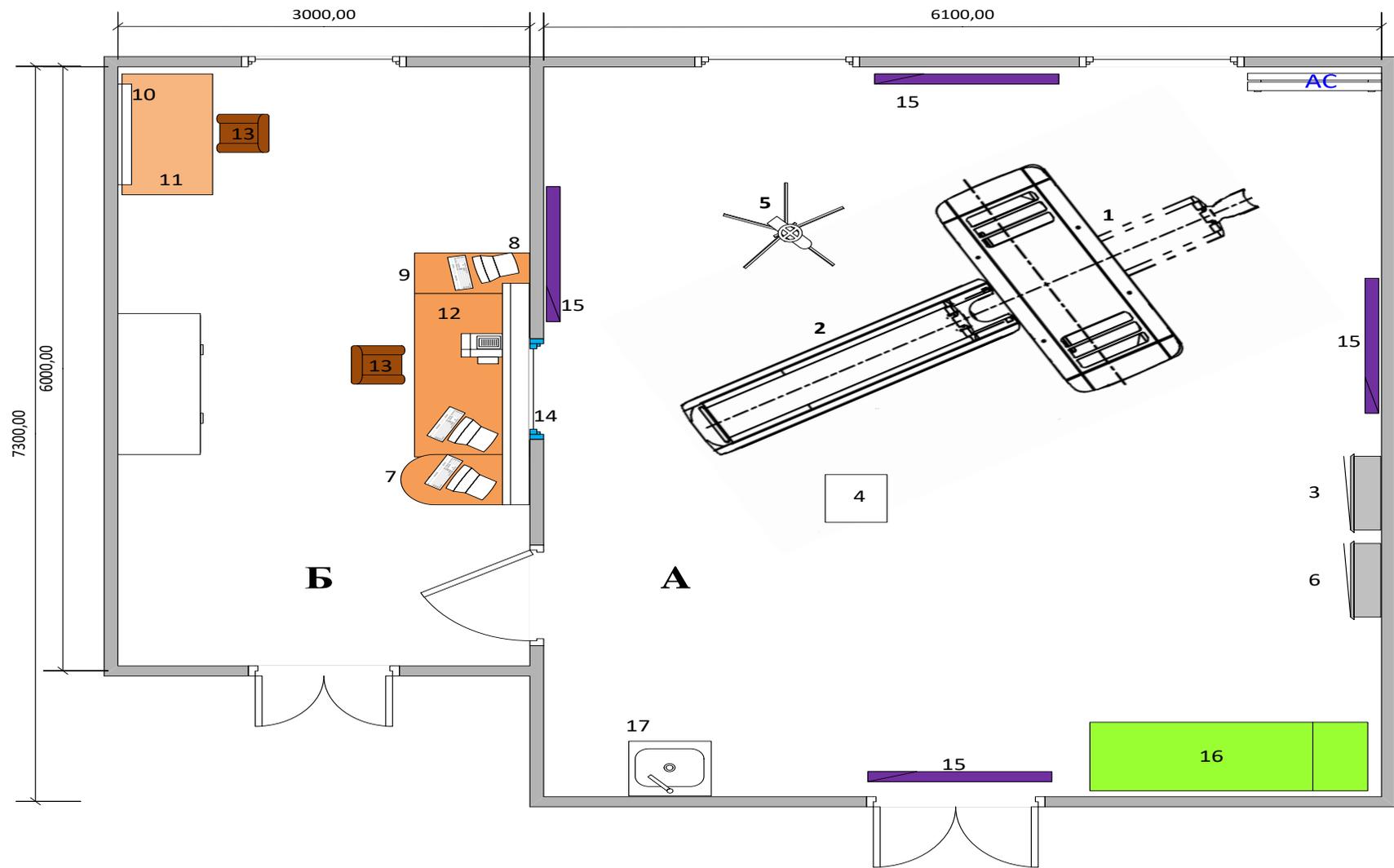


Рисунок 5.3.2 – Схема кабинета КТ с необходимым оборудованием и оснащением.

При проектировании помещения следует руководствоваться положениями «Гигиенических требований к размещению, устройству, оборудованию и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных стационаров» и других нормативных документов СанПиН-2.1.3.003-03.

Рекомендуемая минимальная площадь помещений для размещения КТ приведена в таблице 5.3.2.

Таблица 5.3.2 – Рекомендуемая минимальная площадь помещений для размещения КТ

№ пп	Наименование помещений	Площадь, м <sup>2</sup>
1	Процедурная	25,0
2	Комната управления	10,0
3	Генераторная/компьютерная	8,0
4	Кабинет врача / кабина для раздевания	10,0
5	Комната приготовления контрастных средств	6,0
6	Кладовая запасных частей	8,0
7	Зал ожидания	15,0
8	Комната персонала	10,0

#### **5.4. Требования к планировке помещения для компьютерных томографов**

Как известно, рентгенологические кабинеты относятся к IV категории потенциальной опасности, поэтому при планировании в имеющемся здании или проектировании и строительстве нового помещения в соответствии с гигиеническими требованиями к зданиям, сооружениям и помещениям лечебных учреждений, СанПиН-2.1.3.003-03, необходимо учесть следующие моменты.

В таблице 5.4.1 представлены требования к помещениям, отраженные в документах СанПиН.

Таблица 5.4.1 – Требования к помещениям, СанПиН-2.1.3.003-03

№ пп	Пункт	Требования
1	3.8.	Размещение рентгеновских кабинетов, помещений, связанных с работой с радиоактивными веществами, осуществляется в соответствии с гигиеническими требованиями устройства и эксплуатации рентгеновских кабинетов, аппаратов и проведения рентгенологических исследований.
2	3.9.	Процедурные рентгеновских кабинетов, кабинетов и помещений отделений лучевой терапии, в которых находятся источники ионизирующих излучений, помещения лабораторий радиоизотопной диагностики, где ведутся работы 1 и 2 классов, не допускается размещать смежно (по горизонтали и вертикали) с палатами беременных и детей.
3	3.9.1.	Входы в рентгеновское отделение для больных стационара и для посетителей поликлинического отделения должны быть отдельными. Рентгеновское отделение не должно быть проходным.
4	3.22.9.	В организациях здравоохранения, в том числе в дневных стационарах при наличии санитарно-эпидемиологического заключения допускается установка источников ионизирующего излучения. Площадь и набор помещений соответствующих рентгенодиагностических кабинетов, а также гигиенические требования к их устройству и эксплуатации следует принимать в соответствии с действующими нормативными документами.

Несмотря на то, что предполагаемый кабинет будет являться отдельным и независимым юридическим лицом, которое будет тесно интегрировано в общую инфраструктуру, следует руководствоваться следующими основными правилами.

В таблице 5.4.2 представлены основные параметры требований к стационарной защите КТ - кабинета.

Таблица 5.4.2 – Параметры требований к стационарной защите КТ-кабинета

№ пп	Параметр	Требуемое условие
1	Защита стен процедурной от ионизирующего излучения.	Эквивалент 2 мм Рв.
2	Защита пола процедурной (при расположении выше первого этажа).	Эквивалент 2,5 мм Рв.
3	Защита потолка процедурной (в случае расположения на первом этаже).	Эквивалент 1,5 мм Рв.
4	При размещении на первом или цокольном этажах, окна процедурной экранируются защитными ставнями.	На высоту не менее 2 м от уровня чистого пола, если до соседних зданий $\leq 30$ м.
5	Основание пола процедурной РКТ.	Выполняется из монолитного бетона.
6	Опорная поверхность основного оборудования.	Должна быть ровной и горизонтальной. Отклонение по горизонтали не более 1 мм на 1м.
7	Толщина бетонного основания.	не менее 250 мм.
8	Уровень опорной поверхности.	Должна быть выполнена на уровне чистого пола.
9	Конструкция кабельного канала в полу.	Обеспечение беспрепятственной замены кабелей.
10	Глубина кабельного канала.	Не менее 100 мм, если иного не указано на чертеже.
11	Двери процедурной и пультовой должны иметь рентгензащиту.	Эквивалент не менее 1 мм Рв с перекрытием стыков на 3 см.
12	Защите косяков дверей с внутренней стороны.	Должна быть на всю высоту.
13	Ширина полотен дверей.	Пультовой - 0,9 м, одинарная Процедурной - 1,2 м двупольная, высотой 2 м.
14	Наличие проема для стекла, установка рамы и рентгенозащитного стекла.	Размер 1000 мм x 800 мм.
15	Все поверхности, не закрытые отделочными материалами (стяжки на полу, бетонные основания, кабельные каналы).	Должны быть обеспылены, прокрашены или прогрунтованы.
16	Высота от чистого пола до потолка.	Должна быть не менее 2900 мм.

Средства радиационной защиты должны обеспечивать ослабление рентгеновского излучения до уровня, не превышающего основной предел дозы (ПД) в соответствии с СанПиНом 2.6.1.001-08 и 2.6.1.003-03.

Размещение в планировочной структуре должно предусматривать удобные связи с функциональными подразделениями.

В процедурном кабинете допускается только искусственное освещение.

В состав кабинета КТ для общих исследований входят процедурная, комната управления, зал ожидания вместе с регистратурой.

Расстояния от рабочего места персонала до стен помещения и от стола пациента или от стола снимков до стен помещения – должны быть не менее 1,0 м. Технологический проход для персонала между элементами стационарного оборудования - не менее 0,8 м, зона размещения каталки для пациента - не менее 1,5 x 2,5 м, а площадь при технологической необходимости ввоза каталки в процедурную - не менее 6 кв. м. Не допускается использование других мобильных рентгеновских аппаратов, а также проведение работ, не относящихся к процедурам КТ.

В данном проекте ГЧП предлагается организация пунктов реализации проекта, с учетом типа КТ оборудования (табл. 5.4.3).

Таблица 5.4.3 – Типы КТ оборудования в пилотных организации здравоохранения

№ пп	Наименование организации здравоохранения	Тип КТ оборудования
1	Ошская ОМОКБ	А
2	Жалал-Абадская ООБ	А
3	Баткенская ООБ	А
4	Алайский ЦОВП	Б
5	Араванский ЦОВП	Б
6	Карасуйский ЦОВП	Б
7	Ноокатский ЦОВП	Б

## **5.5. Модель функционирования проекта**

### **Организационная схема проекта**

Организационная схема проекта представлена тремя базовыми уровнями взаимодействия: государственные уполномоченные органы – частный партнер; ведомственные государственные учреждения, организации и структуры – проектная компания; другие коммерческие и некоммерческие организации – проектная компания.

После подписания соглашения о ГЧП, Проектная компания решает организационные вопросы в пунктах реализации проекта с местными органами управления и ОЗ. Осуществляется подготовка инфраструктуры, закупка и установка медицинского, немедицинского оборудования, обучение персонала и начало проведения согласованной пиар-кампании. По завершении подготовительного периода Проектная компания оказывает услуги населению по утвержденным ценам и на оговоренных условиях. Исполнительные органы государственной власти осуществляют плановый и внеплановый мониторинг деятельности проектной компании.

МЗ КР через пресс-центр, а также с использованием возможностей пиар-процессов, оказывает поддержку PR-кампании проекта. Между ОЗ и Проектной компанией осуществляется постоянная связь, выражающаяся в информировании врачей других государственных ОЗ о функциональных возможностях созданного отделения рентгенологической КТ, чем обеспечивается обоснование назначений для проведения медицинских процедур в данном ПРП.

Проектная компания должна ориентироваться на то, что пациенты будут направляться из ОЗ первичного и вторичного уровней. Поддержка PR-кампании при работе с населением будет выражаться в первую очередь в рекламе возможного исследования и качестве медицинских процедур и стабильной адекватной ценовой политики, которая контролируется государством.

Организация предпринимательской деятельности Проектной компании регулируется гражданским и коммерческим законодательством Кыргызской Республики. Работа с другими участниками производственного цикла,

поставщиками лекарств и изделий медицинского назначения, поставщиками прочих товаров и услуг Проектной компанией должна осуществляться на основе договорных взаимоотношений согласно действующему законодательству Кыргызской Республики.

На рисунке 5.5.1 отражены взаимосвязи для практической реализации инвестиционного проекта.

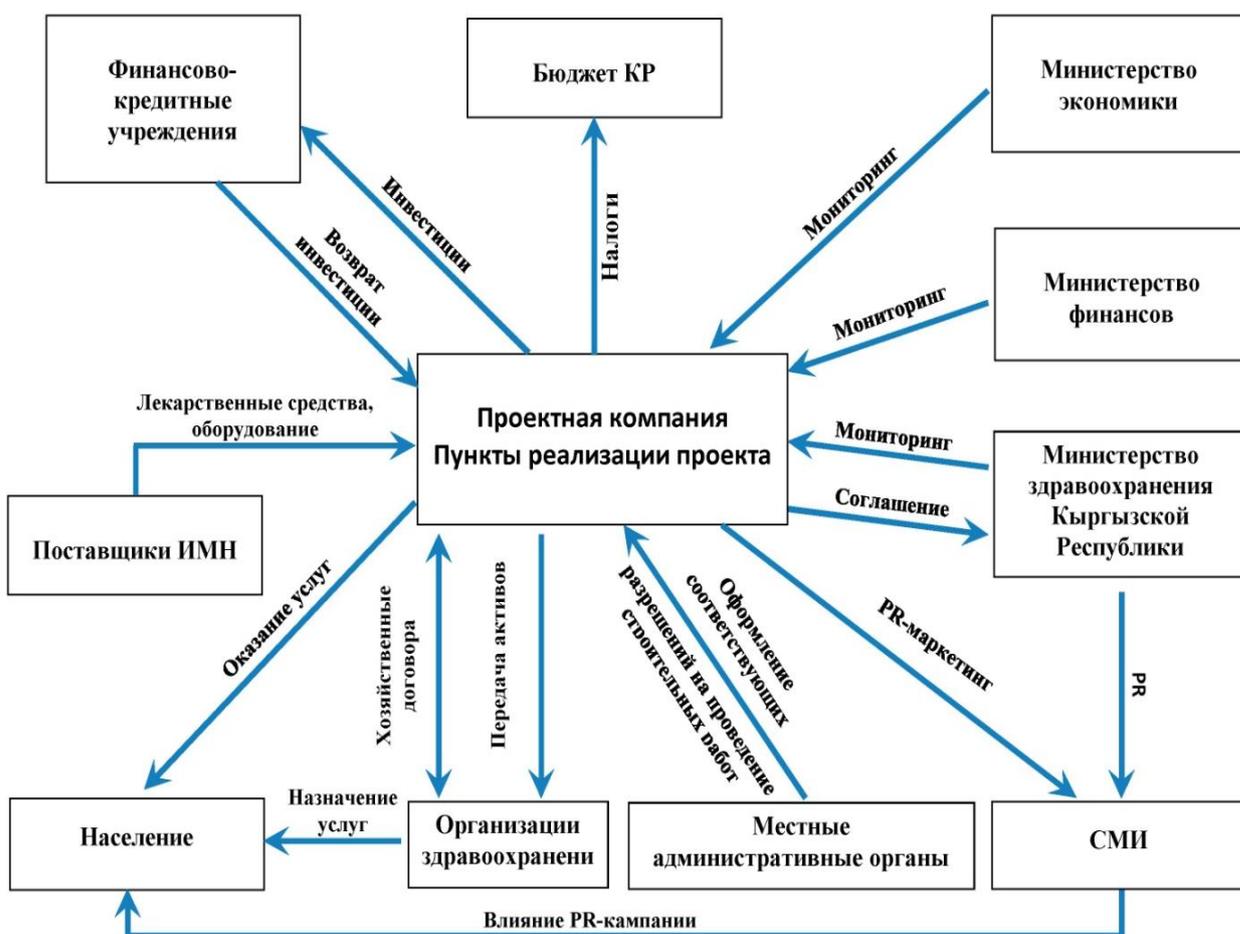


Рисунок 5.5.1 – Примерная схема взаимосвязей для реализации инвестиционного проекта.

### Анализ финансовых показателей и их оценочная стоимость по проекту

Как уже было отмечено во второй главе, оценка проекта ГЧП с учетом временной стоимости денег осуществлена с использованием следующего

расчета: NPV (not present value) - чистой приведенной стоимости и IRR (internal rate of return) – внутренней нормы доходности. Значение NPV равное нулю говорит в пользу того, должен ли инвестор принять положение о капиталовложениях в проект.

Получены следующие результаты: при получении как минимум 10% дохода от вложенных средств, первоначальные инвестиционные затраты на проект составят:

- 1 лот – 57 264 000 сомов;
- 2 лот – 109 785 600 сомов;
- 3 лот – 75 408 000 сомов.

Ежегодные ожидаемые валовые поступления от оказания КТ услуг составят:

- 1 лот - 36 000 000 сомов;
- 2 лот – 66 000 000 сомов;
- 3 лот – 45 000 000 сомов.

Ежегодные текущие затраты на реализацию проекта составят:

- 1 лот – 23 836 337 сомов;
- 2 лот – 44 257 191 сомов;
- 3 лот – 30 327 584 сомов.

В данном случае NPV (чистая приведенная стоимость) составит:

- 1 лот - 17 475 625 сомов;
- 2 лот - 23 813 091 сомов;
- 3 лот - 14 746 659 сомов.

Важное значение имеет определение IRR, которая оговаривает строго определенную ставку процента, на которую должен ориентироваться инвестор для прогнозирования дохода. Прогнозу подлежит и та часть ставки процента, применяемая с целью дисконтирования потоков поступлений денежных средств в результате капиталовложения. Указанная операция проводится для того, чтобы приравнять приведенную стоимость этих поступлений к приведенной стоимости первоначальных денежных расходов. Данная часть ставки процента представляет собой так называемую внутреннюю норму доходности.

Внутренняя норма доходности, со своей стороны, отражает ставку дисконтирования, при которой NPV проекта стремится к нулю.

Считается, что в случае, когда внутренняя норма доходности больше, чем процент доходности альтернативных источников капиталовложений, то инвестиция в данный проект является более прибыльной.

Для данного проекта были определены коэффициенты дисконтирования:

- 1 лот – 4,7078 ( $57\,264\,000 / 12\,163\,663 = 4,7078$ );
- 2 лот – 5,0493 ( $109\,786\,600 / 21\,742\,809 = 5,0493$ );
- 3 лот – 5,1394 ( $75\,408\,000 / 14\,672\,416 = 5,1394$ ).

По таблицам коэффициентов кумулятивной приведенной стоимости (аннуитетов), используемым в финансовом анализе, определено, что для 10 лет реализации проекта при заданной норме доходности:

- в 17,0% коэффициент составляет 4,6586;
- в 16,0% коэффициент составляет 4,8332;
- в 15,0% коэффициент составляет 5,0188;
- в 14,0% коэффициент составляет 5,2161.

Таким образом, внутренняя норма доходности для Лота 1 находится между 16 и 17,0%; для Лота 2 - между 14 и 15,0%; для Лота 3 - между 14 и 15,0%.

Исходя из вышеизложенного, экономически выгодным является тот Лот, который обеспечивает норму доходности в пределах 14,0%. Финансовая модель проекта и ожидаемые показатели рассчитаны исходя из уровня среднерыночных цен на КТ-услуги в республике. Данное положение позволило рассчитать основные финансовые показатели при среднерыночной цене и при ценах, обеспечивающих 10, 15, 20 и 30,0% рентабельности продаж. Так, например, становится понятным, что при рентабельности продаж в 15,0% цены являются не привлекательными для инвестора, т.к. при них NPV - отрицательная, т.е. инвестору будут более привлекательными другие альтернативные источники доходов, нежели вложения в данный проект.

На рисунке 5.5.2 представлена схема реализации проекта.



Рисунок 5.5.2 – Схема реализации проекта

*Примечание: ТЭО - технико-экономическое обоснование.*

Исходя из представленной схемы государство несет ответственность за подготовку проекта, его технико-экономическое обоснование и проведение тендера, а частный партнер – за строительство, оснащение и дальнейшее управление. Таким образом, жизненный цикл проекта, напрямую зависит от сроков его реализации и состоит из следующих периодов: подготовительный - реализация проекта - завершение проекта и передача активов.

Подготовительный период не должен превышать 9 месяцев и, для отдельных мест установки КТ он может быть различным.

## Система контроля, мониторинга и оценки

В таблице 5.5.1 представлена предлагаемая форма отчетной информации.

Таблица 5.5.1 – Предлагаемая форма отчетной информации

№ пп	Наименование	Срок исполнения	Форма предоставления
1	Количество проведенных исследований в разрезе видов	ежеквартально	по электронной почте
2	График планового технического обслуживания оборудования	в течение 30 дней после ввода в эксплуатацию	по электронной почте
3	Информация по выполнению графика технического обслуживания	ежеквартально	по электронной почте
4	Данные дипломов и сертификатов работающего персонала	ежеквартально	по электронной почте
5	Данные сертификатов качества используемых изделий медицинского назначения (в случае замены вида используемого материала и на новую партию)	ежеквартально	по электронной почте
6	Фактическое время работы оборудования	ежеквартально	по электронной почте
7	Показатель производительности оборудования	ежеквартально	по электронной почте
8	Коэффициенты платежеспособности за квартал	ежеквартально	по электронной почте
9	Коэффициент окупаемости инвестиций	Предоставляется 1 раз за год	по электронной почте

К количественным результатам деятельности относится: предоставление информации о видах и количестве проведенных исследований; проценте выявленных патологий, а также преискурант цен.

Данный подраздел раскрывает основные требования к организации учета и разъясняет принципы проведения мониторинга реализации данного проекта.

Отчеты должны содержать аналитическую информацию о проделанной работе, которая должна охватить как минимум следующее.

По качественным результатам проектная компания дает собственную оценку соответствия выполнения клинических процедур стандартам, согласованным на этапе подготовки контракта или улучшенным в процессе осуществления проекта, при несоответствии параметрам, объясняются причины такой невозможности.

По состоянию медицинского оборудования - дается краткая техническая характеристика общего состояния, информация о частоте использования оборудования в отчетный период, о влиянии условий внешней среды на состояние оборудования, о технических мероприятиях по обеспечению работоспособного состояния (фотоматериалы, характеризующие состояние оборудования, прилагаются к отчету). По трудовым ресурсам предоставляется информация по структуре штата, его текучести, уровню квалификации, по постдипломному образованию персонала.

По ремонту и капитальным вложениям в инфраструктуру больницы приводится описание произведенных работ, используемых материалов при производстве работ. Прочая информация включает в себя информацию, не вошедшую в предыдущие пункты, но раскрытие которой дает более полную картину реализации проекта. Ответственность за достоверность и своевременное предоставление данных несет инвестор.

## **5.6 Мониторинг реализации проекта**

Данный раздел диссертации представляет собой описательную часть стандарта, являющуюся неотъемлемой частью последующей процедуры по оценке и анализу практической реализации проектов – мониторинга реализации проекта.

Для понимания значения мониторинга приводится его определение и классификация его типов. Мониторинг реализации проекта представляет собой процесс систематического сбора и анализа ключевых показателей с целью наблюдения хода реализации проекта и контроля за исполнением сторонами условий соглашения. Основной целью мониторинга реализации проекта является выявление основных проблем и препятствий на пути реализации проекта и нахождение путей их решения.

Сущность проводимого мониторинга проявляется в выполняемых им функциях.

В рамках данного проекта мониторинг выполняет следующие функции:

- Отслеживание ситуации – регулярный сбор данных и измерение индикаторов / показателей с целью определения прогресса реализации.
- Предупреждение отклонений – своевременное выявление причин несоответствия фактических данных требуемым показателям и принятие соответствующих управленческих решений.

Инструментарий мониторинга – это совокупность технических приемов и методов, применяемых в ходе мониторинга. В рамках данного проекта могут применяться следующие инструменты: письменный и устный опросы, прямое наблюдение, получение сведений от частного партнера, проектной компании и третьих лиц.

Индикатор (показатели) мониторинга – это показатель, являющийся конкретной мерой измерения какого-либо процесса и отражающий устойчивые связи в какой-либо системе. Индикаторы в своей совокупности представляют объективную количественную и качественную основу для последующей оценки результатов процесса.

При выборе индикаторов нужно руководствоваться следующими принципами: измеримости – индикаторы должны быть количественно измеримы; понятности – индикатор должен быть ясным и доступным для понимания; адекватности – индикатор должен соответствовать поставленным целям; надежности - индикатор должен объективно раскрывать текущую

ситуацию; доступности – выгоды, извлекаемые от использования индикатора, должны превышать затраты на его расчет.

В основе классификации мониторинга в рамках данного проекта лежит типология его объектов и предметов. В зависимости от вида объекта, исследуемого в процессе мониторинга, выделяются следующие два типа мониторинга, преследующих разные цели и использующих специфические инструменты:

- Мониторинг клинической деятельности проектной компании;
- Мониторинг эффективности хозяйственной деятельности Проектной компании.

Мониторинг клинической деятельности проектной компании призван гарантировать, что услуги, оказываемые Проектной компанией, соответствуют установленным нормам и требованиям. При проведении данного мониторинга анализу подлежат следующие показатели: объем проведенных исследований; соответствие клинических процедур утвержденным стандартам; квалификация персонала; качество потребляемых изделий медицинского назначения; соответствие санитарным нормам, техническим требованиям к помещению для установки КТ; предоставление услуг населению на бесплатной основе при неотложных ситуациях, по соответствующей квоте; состояние и работоспособность медицинского оборудования.

По такому показателю, как квалификация персонала, проверяется на местах наличие требуемых документов по высшему и постдипломному образованию медицинских работников, участвующих в работе. Определяется соответствие работающего персонала и списка сотрудников, объявленного при лицензировании компании. При оценке соответствия санитарным нормам, техническим требованиям к помещению для установки КТ, осуществляется мониторинг соответствия требуемым санитарным нормам со стороны инфраструктуры (работоспособность систем воздухообмена, водоснабжения, канализации), наличие и состояние индивидуальных систем защиты и дозиметрии, соответствия требованиям поточности пациентов, соответствие

противопожарным нормам безопасности, оценивается соответствие санитарно-гигиеническим нормам. При анализе соответствия клинических процедур утвержденным стандартам контролируется выполнение разработанных и согласованных с МЗ на этапе подготовки контракта стандартов выполнения клинических процедур, сроков предоставления результатов, качество и полнота описания результатов исследований. Оценивается наличие и обоснованность жалоб пациентов, выраженных в письменной форме.

Показатель состояния и работоспособности медицинского оборудования требует проведения проверки выполнения графика профилактического технического обслуживания, наличия журнала технического обслуживания с указанием всех выходов оборудования из строя и описанием проведенных ремонтных работ. Мониторится своевременность замены расходных материалов и запасных частей. Оценивается профессиональная подготовка персонала, проводящего работы по техническому обслуживанию. Проверяется количество дней, когда отделение не проводило исследования из-за неисправности оборудования, работоспособность всех узлов и агрегатов имеющегося медицинского оборудования.

Мониторинг эффективности хозяйственной деятельности Проектной компании призван получить убеждение в том, что участие частного партнера в ГЧП проекте для него положительно результативно.

При проведении данного мониторинга анализу подлежат следующие показатели:

- Экономические показатели функционирования: использование основных средств (интенсивности и экстенсивности использования); показатель платежеспособности Проектной компании; окупаемость инвестиций (ROI);

- Положительное аудиторское заключение (как правило, данное заключение предоставляется независимой аудиторской компанией): использование основных средств.

Мониторинг использования основных средств позволяет определить, каким образом используются основные средства и выявить происходящие

изменения в их составе и структуре, техническом состоянии и содержании. В рамках мониторинга эффективность использования основных средств анализируется по показателям, отражающим уровень их использования по времени (экстенсивное использование) и уровень использования по мощности, производительности (интенсивное использование).

Институциональное обеспечение выполнения мониторинга реализации проекта будет осуществляться государственным партнером в лице МЗ, который обладает следующими полномочиями:

- Право на доступ ко всей документации проектной компании;
- Право на неограниченный доступ к территории размещения объекта;
- Право запрашивать информацию у третьих лиц, касающуюся деятельности проектной компании и инвестора;
- Право принимать меры, в случае отклонения от установленных требований.

С целью реализации функций мониторинга по предупреждению и выявлению отклонений от требований ГП организует мониторинг с выездом на объект. Для этого ГП формирует рабочую комиссию, которая состоит из специалистов МЗ КР. В качестве экспертов министерством могут быть привлечены сторонние лица и организации.

Важным элементом является идентификация рисков и мероприятия по его управлению. Поскольку настоящий проект ГЧП является альянсом государства и частного бизнеса и общественно значимым проектом, в котором государственный сектор преследует некоммерческие цели, обеспечивая доступ населения к высокотехнологичным методам исследования в диагностике и определенную финансовую защиту, а частный бизнес использует свой оборотный капитал и управленческие ресурсы с целью извлечения прибыли.

Цели участия в данном проекте, присущие каждой стороне, обуславливают интерес партнеров к рискам, возникающим при реализации проекта. Под риском подразумевается вероятность возникновения определенных событий, которые ставят под угрозу реализацию проекта или приводят к изменениям условий

проекта относительно принятых при прогнозировании. Риск – неотъемлемая часть любого проекта. ГЧП проект, как и любой инвестиционный проект, также несет в себе ряд рисков. Успешность реализации проекта ГЧП напрямую зависит от качества управления рисками.

Все риски, приведенные в главе, ранжированы по степени вероятности наступления риска, при этом использовано трехуровневое ранжирование, а именно: низкая вероятность; умеренная вероятность; высокая вероятность. Риски, возникающие на этапах жизненного цикла проекта, сгруппированы в четыре большие группы рисков: общие проектные риски; юридические риски; финансовые и технические риски.

Данный проект является социально значимым проектом, что обуславливает важность его реализации для системы здравоохранения КР и в соответствии с которым, инвестор будет осуществлять свою деятельность с извлечением выгоды и для решения социально – значимой проблемы с полным ее обоснованием и оценкой результатов. Проект охватывает южный регион страны, с наиболее высокой плотностью населения. В настоящее время более 50,0% населения республики не имеет доступа к такой важной диагностической процедуре, как КТ. В первую очередь это обусловлено отсутствием отделений КТ в ОЗ и более того отсутствием данного вида исследования в целых областях. Реализация данного проекта позволит обеспечить доступ населения целых областей к современному и крайне необходимому методу диагностики. Более того, доступ к данному виду исследованию получают тяжелые больные, транспортировка которых в столицу невозможна по клиническим показаниям. Наличие данного метода в организациях здравоохранения позволит проводить комплексную раннюю диагностику многих заболеваний, которая на сегодняшний день не осуществляется или осуществляется не своевременно. Обеспечение доступа к высокотехнологическим видам исследования посредством реализации данного проекта позволит снизить смертность и инвалидизацию в стране. Реализация данного проекта должна значительно отразиться на обеспечении финансовой защиты населения. В первую очередь это

обусловлено контролем со стороны государства на установленные цены на данные виды медицинских услуг, невозможностью самопроизвольно изменять стоимость услуг со стороны инвестора. Перспективный охват всей территории республики, позволит государственному курирующему органу регулировать стоимость данных услуг в каждой территории, что позволит учесть равные права граждан на получение медицинской помощи.

Во-вторых, проект ГЧП позволит более быстро и качественно перейти на льготную форму предоставления данных услуг для населения. В случае если у государства будет возможность осуществить поддержку данных видов исследования из специализированных фондов (фонд высоких технологий) или в случае включения КТ в государственные программы финансирования, то формирование из указанного источника, обусловит фиксированную стоимость КТ-исследования для населения на определенный период.

В-третьих, при реализации проекта ГЧП запланировано предоставление данных медицинских услуг без произведения оплаты по жизненным показаниям, что несомненно имеет огромное социальное значение для мест, в которых установлены ПРП, что позволит получить своевременный доступ к необходимому виду исследования и спасти жизни многих пациентов.

В-четвертых, значительно сокращаются транспортные расходы населения, которые зачастую могут превышать стоимость самих исследований. Поскольку при необходимости совершения поездок в другие регионы за данной услугой стоимость переезда и проживания пациентов других регионов до городов Бишкек и Ош будет фактически равна стоимости процедуры в частных центрах.

С учетом средней нагрузки на аппарат до 25 (двадцати пяти) человек в день, население на транспортных расходах будет экономить до 400,0 тыс. сомов в месяц на одно отделение КТ. Реализация данного проекта ГЧП позволит государственному курирующему органу контролировать качество предоставления услуг по КТ на систематической основе. Заложенные принципы мониторинга клинической деятельности Проектной компании, исполняющей проект ГЧП, позволит обеспечить качество клинических процедур и вопросов

управления по обеспечению качества оказываемых услуг, поскольку инвестор будет обязан вкладывать определенные средства в подготовку персонала, согласно условиям проекта. Данное условие позволит обеспечить предоставление качественных медицинских услуг даже в удаленных регионах республики, равное качеству, обеспечиваемому сегодня в северной и южной столицах страны. Все ПРП являются интегрированными структурами в действующие ОЗ, имеющими в своей структуре работающие подразделения радиологической диагностики. Соответственно, внедрение методики КТ не будет являться совершенно новым фактором влияния на экологическое состояние местности. Учитывая низкую лучевую нагрузку, характерную для современных аппаратов и установленные технические требования к подготовке помещений необходимо отметить, что за пределами комнат, в которых будут непосредственно проводиться процедуры, рентгеновское излучение не возникает, и негативное влияние на окружающую среду отсутствует. Функционирование отделений КТ не предполагает образование, наполнение, использование иных агрессивных для здоровья веществ. Использование рентгеновской пленки, равно как и соответствующих химических препаратов для ее проявления, не планируется. Применение лекарственных средств и изделий медицинского назначения (контрастные вещества, одноразовые перчатки, бахилы, простыни и др.) должны сопровождаться современными методиками утилизации отходов. В случае выполнения всех санитарно-эпидемиологических норм сторонами проекта, реализация данного проекта ГЧП не окажет существенного влияния на экологическое состояние окружающей среды.

Таким образом, в завершение данной главы диссертации следует отметить, что меры по оптимизации деятельности в рамках государственно-частного партнерства должны включать в себя и прежде всего, определение источника и форм финансирования проекта с учетом его прогнозируемых рисков реалдизации. Параллельно с этим, должны прорабатываться инновационные формы организации оказания специализированной медицинской помощи,

обладающих эффективным и гибким управлением и имеющих высокую клинико-экономическую целесообразность, что в свою очередь, требует активизации работы по внедрению стандартов качества медицинских услуг (разработка и соблюдение протоколов ведения по нозологическому принципу).

Исходя из вышеописанного, можно сделать заключение о том, что с учетом определенного потенциала для проведения модернизации ЛОР – службы в республике, необходимо дальнейшее проведение научно-исследовательских работ для последующего обоснования совершенствования комплексной системы ее оказания, с упором на развитие сети частных ЛОР - клиник, для повышения доступности качественной медицинской помощи населению.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

1. Изучение уровня и динамики заболеваемости болезнями уха и сосцевидного отростка по районам Опшской области показало их разнонаправленный характер. На фоне снижения частоты первично признанных лиц с ограниченными возможностями здоровья по болезням уха и сосцевидного отростка среди категории взрослого населения у детей до 18 лет наблюдался прирост в 2017 и 2018 годы. Полученные данные об отоларингологической заболеваемости по районам позволили определить их ранговые значения для последующего включения в пилотный проект (с учетом географической расположенности, общего количества населения, проживающего в районе).

2. Средний возраст пациентов составил  $32 \pm 10,2$  лет. Наиболее часто, были госпитализированы молодые люди в возрасте 20-24 года. Реже, среди всех возрастных групп, пожилые, в возрасте 60 лет и старше, что связано, со снижением доступности оториноларингологической помощи; чаще всего, взрослые пациенты обращались с жалобами на болезни верхних дыхательных путей (J01-J39), болезни уха (H60-H95), что обусловлено развитием осложнений острых респираторных заболеваний.

3. Основными проблемами в доступности медицинской помощи респонденты указали на отсутствие современных видов обследования и лечения ( $82,5 \pm 1,7\%$ ), состояние дорожных путей ( $26,8 \pm 2,0\%$ ),  $p < 0,001$ , удаленность организации здравоохранения ( $38,3 \pm 2,2\%$ ),  $p < 0,001$ . Анализ по критериям удовлетворенности позволил установить, максимальный уровень приходится на соблюдение элементарных санитарных условий пребывания пациентов и обеспечение их прав. При более ранних сроках обращения увеличиваются шансы получения положительного результата, в отличие от поздних сроков госпитализации. Тем не менее обращает на себя внимание факт наличия не удовлетворенных медицинской помощью в дебюте болезни -  $7,4 \pm 1,2\%$ ; частично удовлетворены оказанной медицинской помощью -  $15,3 \pm 1,6\%$ ,  $p < 0,001$ , затруднились с выбором ответа -  $11,3 \pm 1,4\%$  респондентов,  $p < 0,05$ .

4. Наиболее эффективной является финансовая модель проекта, при которой внутренняя норма доходности составляет 14,0%, с коэффициентом кумулятивной приведенной стоимости равной 5,2161. Предлагаемая инновационная модель создания центров государственно-частного партнерства направлена на реструктуризацию предоставления диагностических услуг, снижение финансовой нагрузки на бюджет государственных организаций здравоохранения, повышение качества и доступности оториноларингологической помощи.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:**

### **I. На уровне Министерства здравоохранения Кыргызской Республики**

Результаты изучения достоверного статистического материала по уровням распространенности и структуры заболеваний ЛОР-органов среди населения Ошской области могут являться основой для принятия научно обоснованных управленческих решений, направленных на оптимизацию деятельности ЛОР – службы и являются основанием для определения конкретных путей, в том числе, инновационных, повышения качества диагностических мероприятий при данной патологии.

Проведенное изучение деятельности ЛОР-службы на госпитальном уровне с использованием медико-социологического инструмента может использоваться в разработке региональных программ развития ЛОР-службы в других регионах республики. Внедрение современных подходов в организации медицинской помощи, а также новых диагностических и лечебных мероприятий, направлено на повышение качества лечебно-диагностической работы профильной службы.

Предложенную систему мониторинга качества медицинской помощи с применением технологий компьютерной томографии следует интегрировать в комплексную систему здравоохранения республики.

### **II. На уровне организаций здравоохранения**

Разработанные для практического применения схемы эффективного использования инновационных механизмов в условиях регионального здравоохранения, а также конкретизированные технические требования для практического использования в КТ-диагностике следует учитывать при проведении стандартизации деятельности организаций здравоохранения.

При подготовке предложений по совершенствованию оказания медицинской помощи необходимо учитывать целый ряд аспектов:

- обеспечение и внедрение стандартов качества медицинской помощи (разработка и утверждение в установленном порядке клинических протоколов) в ЛОР - службе,

- организацию и внедрение инновационных форм предоставления специализированной квалифицированной медицинской помощи с эффективным менеджментом,
- разработку оптимального вида и условий проектного финансирования, с учетом региональных особенностей, обладающего высокой клинико-экономической целесообразностью.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. **Абросимова, М. Ю.** Анализ предпосылок к организационному управлению качеством отоларингологической помощи в условиях стационара [Текст] / М. Ю. Абросимова, С. А. Лившиц // Клинический опыт Двадцатки. – 2014. – № 2. – С. 67-72.
2. **Авдеева, С. Н.** Распространенность заболеваний ЛОР - органов среди городского населения на современном этапе [Текст] / С. Н. Авдеева // Российская оториноларингология. – М., 2006. – № 3 (22). – С. 33-37.
3. **Авдеева, С. Н.** Совершенствование поликлинической оториноларингологической помощи в условиях современного мегаполиса (клинико-эпидемиологическое исследование) [Текст]: дис. ...канд. мед. наук: 14.00.04 / С. Н. Авдеева. – Москва, 2008. – 149 с.
4. **Агеев, С. А.** Опыт эндоскопической лазерной хирургии ЛОР - органов в клиническом дневном стационаре [Текст] / С. А. Агеев, В. С. Кутовой, В. И. Елисеенко // Вестник отоларингологии. – М., 2003. – № 11. – С. 85-87.
5. **Акутин, А. И.** Оптимизация внебольничной ЛОР - помощи в городе Москве [Текст] / А. И. Акутин // Вестник отоларингологии. – Москва, 2003. – Спец. выпуск. – С. 58-59.
6. **Александров, М. А.** Основные принципы формирования систем менеджмента качества [Текст] / М. А. Александров // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. – 2009. – № 11. – С. 8-14.
7. Анализ впервые выявленной заболеваемости населения болезнями ЛОР-органов и обеспеченности врачами-оториноларингологами в Российской Федерации [Текст] / [М. А. Иванова, Т. А. Соколовская, О. В. Армашевская и др.] // РМЖ. – 2015. – № 23. – С. 1416-1419.
8. **Аникеева, З. И.** Пути совершенствования отоларингологической службы в амбулаторно-поликлинических условиях в рамках обязательного медицинского страхования [Текст] / З. И. Аникеева, С. Н. Авдеева // Наука и

практика в отоларингологии: тез. докл. III Росс. научно-практ. конф. – М., 2004. – С. 19-21.

9. **Аникеева, З. И.** Модель организации работы окружного поликлинического сурдо-отоларингологического консультативного центра [Текст] / З. И. Аникеева, И. В. Плешков, С. Н. Авдеева // Российская оториноларингология. – 2005. – № 5 (18). – С. 26-29.

10. **Батыралиев, Т. А.** Реализация государственно-частного партнерства в системе здравоохранения. Проблемы и перспективы [Текст] / Т. А. Батыралиев, М.А. Исмаилов, Б.А. Абилов. - LAP Lambert Academic Publishing, 2017. – 50 с.

11. **Бицаева, А. В.** Оценка удовлетворенности медицинской помощью пациентов с заболеваниями полости носа и околоносовых пазух [Текст] / А. В. Бицаева, И. А. Корщунова, Д. К. Березова // Российская оториноларингология. – 2013. – № 1 (62). – С. 36-38.

12. **Варнавский, В. Г.** Государственно-частное партнерство в здравоохранении [Текст] / В. Г. Варнавский // Управление здравоохранением. – 2010. – № 1. – С. 7-11.

13. **Верховодова, О. В.** Пути совершенствования обучения специалистов, проводящих контроль качества медицинской помощи в системе ОМС [Текст] / О.В. Верховодова // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. – 2005. – № 2. – С. 22-24.

14. **Виноградов, И.В.** Современное состояние местного лечения острого среднего отита [Текст] / И. В. Виноградов // Проблема реабилитации в оториноларингологии: Актуальные вопросы логопедии: тр. Всерос. конф. с междунар. уч. – Самара, 2003. – С. 102-103.

15. **Владимирова, Т. Ю.** Новый подход к первичной оценке слуха [Текст] / Т.Ю. Владимирова, Л. В. Айзенштадт, М.М. Давыдкин-Гогель // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2020. – Т. 16, № 3. – С. 714-717.

16. **Владимирова, Т. Ю.** Мобильные решения в оценке слуха [Текст] / Т. Ю. Владимирова, Л. В. Айзенштадт // Вестник оториноларингологии. – 2021. – Т. 86, № 2. – С. 4-9.

17. **Владимирова, Т. Ю.** Обзор современных решений в области мобильного скрининга слуха (обзор литературы) [Текст] / Т. Ю. Владимирова, А. . Куренков, Л. В. Айзенштадт // Аспирантский вестник Поволжья. – 2019. – № 5-6. – С. 49-53.
18. **Волков, А. Г.** Распространенность воспалительных заболеваний придаточных пазух носа (на примере Ростовской ЛОР клиники) [Текст] / А. Г. Волков, Л. Цай // Журнал отоларингологии: матер. конф. – М., 2003. – С. 119-119.
19. **Волкова, С. А.** Анализ штатного состава амбулаторной ЛОР-службы Санкт-Петербурга и показателей обеспеченности детского населения города врачами-оториноларингологами [Текст] / С. А. Волкова // Folia Otorhinolaryngolog. et Pathologiae Respiratoriae. – 2016. – Т. 22, № 1. – С. 70-74.
20. **Воронов, А. А.** Новые идеи по улучшению качества медицинской помощи в России в 21 веке [Текст] / А. А. Воронов, Г. Валькович // Здоровье Российской Федерации. – 2001 – № 8. – С. 64-66.
21. **Вялков, А. И.** Система стандартизации здравоохранения [Текст] / А. И. Вялков // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2001. – № 1. – С. 84-84.
22. **Георгиади, А. Г.** Современная ЛОР-помощь в условиях городской поликлиники [Текст] / А. Г. Георгиади, А. С. Елеев // Наука и практика в оториноларингологии: тез. и докл. III Росс. конф. по оториноларингологии. – М., 2004. – С. 22-23.
23. **Гройсман, В. А.** Экономика, управление качеством и стандартизация медицинской учреждения [Текст] / В. Гройсман // Проблемы стандартизации здоровья. – 2000. – № 2. – С. 21-21.
24. **Грязина, Н. В.** Оптимизация организации экстренной оториноларингологической помощи взрослому населению в многопрофильном стационаре в условиях крупного промышленного города [Текст]: автореф. дис. ...канд. мед. наук: 14.00.04 и 14.00.33 / Н. В. Грязина. – Санкт-Петербург, 2007. – 24 с.

25. **Гуломов, З. С.** Анализ оториноларингологической заболеваемости населения Республики Таджикистан за период 2012–2016 гг. [Текст] / З. С. Гуломов, З. Д. Курбанова, Ф. Х. Адылова // Российская отоларингология. – 2018. – № 3. – С. 33-38.
26. **Джамалудинов, Ю. А.** Об оптимальном уровне специализации отоларингологической помощи населению на современном этапе [Текст] / Ю. А. Джамалудинов, Р. С. Шамсудинов, А. М. Амиров // Наука и практика в оториноларингологии: тез. III Рос. конф. оториноларингологии. - М., 2004. - С. 25-26.
27. **Джусупова, И. А.** Медико-социальные аспекты ЛОР - помощи городским жителям (на примере г. Алматы) [Текст] / И. А. Джусупова // Вестник АГИУВ. – 2018. – № 3. – С. 56-66.
28. **Дмитриев, С. А.** Опыт внедрения компьютерных технологий в работе медицинской клинике ЛОР [Текст] / С. А. Дмитриев // Журнал оториноларингологии. – М., 2003. – Спец. выпуск. – С. 62-64.
29. **Едемский, А. Г.** Проблемы управления спросом на рынке платных медицинских услуг, как социально значимого сектора экономики [Электронный ресурс] / А. Г. Едемский // Современные тенденции в экономике и управлении. – М., 2012. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/problemy-upravleniya-sprosom-meditsinskih-uslug/viewer> - Загл. с экрана.
30. **Забилов, Р. А.** Кафедра оториноларингологии Оренбургской государственной медицинской академии. К 70-летию Оренбургской ГМА [Текст] / Р. А. Забилов // Вестник оториноларингологии. –2014. – № 5. – С. 5-10.
31. **Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики в 2020 году [Текст]: стат. сб. / Министерство здравоохранения. – Бишкек, 2021. – 354 с.**
32. **Игнатюк, Н. А.** Государственно-частное партнерство в Российской Федерации [Текст]: науч.-практ. пособие / Н. А. Игнатюк. – М.: Эксмо, 2009. – 400 с.

33. **Илларионова, Е. В.** Совершенствование управления стационарной оториноларингологической помощью [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Е. В. Илларионова. – М., 2018. – 24 с.
34. **Искаков, М. Б.** Медико-социальные аспекты совершенствования системы качества в организациях здравоохранения третичного уровня Кыргызской Республики [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / М. Б. Искаков. – Бишкек, 2014. – 43 с.
35. **Исмагилов, Ш. М.** Результаты медико-статистического анализа заболеваемости ЛОР патологией в Республике Татарстан [Текст] / Ш.М. Исмагилов // Пробл. реаб. в оторин.: тр. конф. – Самара, 2003. – С. 522-23.
36. **Казаковцев, В. П.** Оценка влияния факторов на хроническую заболеваемость лор-органов в крупном городе [Текст] / В. П. Казаковцев, О. М. Куликова, В. А. Ляпин // Медицинские науки. – 2014. – № 1. – С. 135-136.
37. **Каплунов, О. А.** Сосуществование государственного и частного секторов здравоохранения в регионах [Текст] / О. А. Каплунов // Менеджер здравоохранения. – 2008. – № 6. – С. 14-18.
38. **Капустина, Т. А.** Модель организации оториноларингологической помощи сельским жителям Севера [Электронный ресурс] / Т. А. Капустина, О. А. Грушевская, Т. И. Кин // Сибирский медицинский журнал. – 2002. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/model-organizatsii>. – Загл. с экрана.
39. **Каратаев, М. М.** Оценка процессной модели развития триады подсистем здравоохранения: клиничко-стационарная помощь, амбулаторно-поликлиническая помощь, медико-социальная помощь [Текст] / М. М. Каратаев, Ж. И. Ашимов, Ш. Т. Абрахманов // Молодой ученый. – 2017. – № 14. – С. 232-241.
40. **Касиев, Н. К.** Распространенность оториноларингологической заболеваемости среди населения Ошской области [Текст] / Н. К. Касиев, М. А. Маманов // Бюллетень науки и практики. – 2020. – Т. 6, № 1. – С. 114-119.

41. **Качмазова, М. Е.** Медико-социальные и организационные аспекты совершенствования ЛОР-помощи детскому населению [Текст]: дис. ...канд. мед. наук: 14.00.33 / М. Е. Качмазова. – Рязань, 2006. – 133 с.
42. **Киселева, Л. С.** Факторы, формирующие здоровье населения: сущность и типология [Текст] / Л. С. Киселева // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – № 8 - 1. – С. 17-20.
43. Клинические и эпидемиологические особенности гнойно-воспалительных заболеваний пациентов оториноларингологического отделения многопрофильного стационара [Текст] / [С. Ю. Бабаев, Е. А. Козаренко, Н. Н. Митрофанова и др.] // Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. - 2016. – Т. 22, № 4. – С. 26-34.
44. Концепция развития оториноларингологической службы Москвы в условиях модернизации системы здравоохранения и одноканального финансирования [Текст] / [Г. Н. Голухов, А. И. Крюков, Н. Л. Кунельская и др.] // Вестник оториноларингологии. – 2014. – № 4. – С. 71-77.
45. **Коршунова, И. А.** Оценка удовлетворенности медицинской помощью пациентов с заболеваниями полости носа и околоносовых пазух [Текст] / И. А. Коршунова, Д. К. Березова // Российская оториноларингология. – 2013. - № 1 (62). - С. 36-38.
46. **Кочетов, Д. М.** Оказание высокотехнологичной медицинской помощи больным с заболеваниями ЛОР-органов [Текст] / Д. М. Кочетов, Н. А. Дайхес, С. В. Яблонский // Вестник новых медицинских технологий. - 2020. - Т. 17, № 4. - С. 50-54.
47. **Крюков, А. И.** Показатели заболеваемости и адекватность лечения при острой воспалительной ЛОР-патологии в амбулаторно-поликлинических учреждениях Москвы [Текст] / А. И. Крюков, Р. Б. Хамзалиева, А. Ф. Захарова // Надежность и достоверность научной информации в оториноларингологии: тез. докл. – М., 2005. – С. 24-25.

48. **Кубышкин, С. И.** Комплексная оценка эффективности хирургического лечения больных с хроническими заболеваниями полости носа [Текст]: автореф. дис. ...канд. мед. наук: 14.00.04 / С. И. Кубышкин. – СПб., 2002. – 21 с.
49. **Кулмат, М. М.** Организация неотложной ЛОР-помощи населению по данным ГКБ №5 г. Алматы [Текст] / М. М. Кулмат, Е. С. Утеулиев // Вестник КазНМУ. – 2017. – № 3. – С. 449-452.
50. **Кучеренко, В. З.** Методические подходы к оценке деятельности лечебно-диагностического учреждения: мониторинговые индикаторы, показатели, критерии, определения [Текст] / В. З. Кучеренко, Л. П. Разливинских, В. Ф. Мартыненко // Экономика здравоохранения. – 2006. – № 8. – С. 19-36.
51. **Линденбратен, А. Л.** Теоретические и практические аспекты организации управления качеством медицинской помощи [Текст] / А. Л. Линденбратен // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. – 2012. – № 3. – С. 23-26.
52. **Магомедов, М. М.** Стандарты диагностики и лечения в оториноларингологии [Текст] / М. М. Магомедов // Наука и практика в оториноларингологии: тезисы докладов. – М., 2004. – С. 11-13.
53. **Мадьянова, В. В.** Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения на примере города Москвы [Текст] / В. В. Мадьянова, Я. В. Попова // Экономика здравоохранения. – 2011. – № 3 - 4. – С. 40-44.
54. **Маманов, М.А.** Анализ инвалидности вследствие болезней уха и сосцевидного отростка в Кыргызстане [Текст] / М.А. Маманов, Н.К. Касиев // Бюллетень науки и практики. – 2021. – Т. 70, № 12. – С. 127-132.
55. **Маманов, М.А.** Профиль взрослых больных с отоларингологическими болезнями, госпитализированных в стационар вторичного уровня Ошской области [Текст] / М. А. Маманов, Н. К. Касиев // Здравоохранение Кыргызстана. – 2021. – № 4. – С. 69-73.
56. **Маманов, М. А.** Распространенность потерь слуха в различных возрастных группах населения Ошской области [Текст] / М. А. Маманов // Известия ВУЗов Кыргызстана. – 2020. – № 6. – С. 29-33.

57. **Мамедов, Л. В.** Полная оценка эффективности хирургического лечения больных с хроническим гнойным средним отитом [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.04 / Л. В. Мамедов. – СПб., 2004. – 18 с.
58. **Махачева, Х. Г.** Состояние и перспективы модернизации оториноларингологической помощи в Республике Дагестан [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Х. Г. Махачева. – Москва, 2015. – 45 с.
59. **Махачева, Х. Г.** Оценка обеспеченности, доступности, качества и эффективности оказания оториноларингологической медицинской помощи детям и подросткам в Республике Дагестан по данным социологического опроса [Текст] / Х. Г. Махачева, Н. А. Дайхес, Л. М. Асхабова // Российская оториноларингология. – 2013. – № 3 (64). – С. 109-115.
60. **Махмуди, А.** Методика множественного регрессионного анализа при изучении качества медицинской помощи (на примере помощи с заболеваниями ЛОР-органов) [Текст]: Матер. конф. / А. Махмуди // Современное общество: проблемы, идеи, инновации. – Ставрополь, 2014. – С. 29-31.
61. **Махмуди, А.** Совершенствование качества организации медицинской помощи, оказываемой ЛОР-врачами в амбулаторно-поликлинических учреждениях [Текст]: автореф. ... дис. канд. мед. наук: 14.02.03 / А. Махмуди. – Москва, 2015. – 26 с.
62. **Меркулов, О. А.** Пути оптимизации оториноларингологической помощи населению трудоспособного возраста [Текст] / О. А. Меркулов // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2007. – № 3-4. – С. 50-50.
63. **Меркулов, О. А.** Качество жизни больных с патологией ЛОР-органов [Текст] / О. А. Меркулов // Вестник оториноларингологии. – 2009. – № 4. – С. 54-56.
64. **Мороз, И. В.** Принципы диспансерного наблюдения больных с заболеваниями ЛОР-органов в поликлинике в рамках обязательного медицинского страхования [Текст] / И. В. Мороз, З. И. Аникеева, С. Н. Авдеева // Российская оториноларингология. – 2004. – №4 (11). – С. 126-134.

65. **Насыров, В. А.** Прогнозирование уровня заболеваемости болезней уха и сосцевидного отростка в Кыргызской Республике [Текст] / В. А. Насыров, Б. Э. Бейшенбаева // Бюллетень науки и практики. – 2021. – Т. 7, № 1. – С. 118-123.
66. **Насыров, М. В.** Роль КТ и МРТ в диагностике воспалительных заболеваний основной пазухи и некоторых риногенных внутричерепных осложнений [Текст] / М. В. Насыров, Э. К. Эсеналиева // Центрально-Азиатский медицинский журнал. – 2017. – Т. XXIII, №1-2. - С. 143 - 148.
67. **Нечаев, В. С.** К вопросу об экспертной оценке организационных аспектов ГЧП в здравоохранении [Текст] / В. С. Нечаев, И. Э. Чудинова, Б. А. Нисан // Социология медицины. – 2012. – № 1. – С. 21-23.
68. **Никонова, Ю. К.** Анализ инвалидности вследствие болезней уха у взрослого населения Москвы в динамике за 2007-2010 гг. [Текст] / Ю. К. Никонова // Вестник оториноларингологии. – 2014. – № 2. – С. 63-65.
69. **Нисан, Б. А.** Экспертная оценка рисков в проектах государственно-частного партнерства в здравоохранении [Текст]: Матер. Междунар. науч.-практ. конф. / Б. А. Нисан. – М., 2012. – С. 290-294.
70. **Овчинников, А. Ю.** Эффективность и безопасность - основные позиции адекватной терапии острого синусита [Текст] / А. Ю. Овчинников, И.Г. Колбанова // Consilium medicum. – 2012. – № 3. – С. 47-52.
71. **Овчинников, А. Ю.** Современный подход к лечению аденоидита [Текст] / А. Ю. Овчинников, Н. А. Мирошниченко // Медицинский Совет. – 2016. – № 18. – С. 34-37.
72. Особенности эпидемиологии хронического тонзиллита в современных условиях оказания специализированной ЛОР-помощи [Текст] / [А. И. Крюков, А. В. Аксенова, А. Ф. Захарова и др.] // Вестник оториноларингологии. – 2013. – № 3. – С. 4-7.
73. **Отвагин, И. В.** Частота хронических заболеваний верхних дыхательных путей и органа слуха в различных возрастных группах [Текст] / И. В. Отвагин // Наука и практика в оториноларингологии: тез. докл. III Росс. конф. оториноларингологии. – М., 2004. – С. 32-33.

74. Оценка данных конусно-лучевой компьютерной томографии для выбора оптимального доступа к верхнечелюстной пазухе [Текст] / [С. А. Карпищенко, А. А. Зубарева, С. В. Баранская, А. А. Карпов] // Практическая медицина. – 2017. – № 6. – С. 102-107.
75. Оценка качества специализированной оториноларингологической помощи [Текст] / [Ю. К. Янов, А. А. Кривопапов, Н. А. Тузиков и др.]. // Российская отоларингология. – 2019. – № 3 (100). – С. 103-115.
76. **Пальчун, В. Т.** Медицинские стандарты амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи в отоларингологии [Текст] / В. Т. Пальчун, А. И. Крюков, М. М. Магомедов // Вестник оториноларингологии. – 2005. – №2-3. – С. 49-50.
77. **Петрова, И. А.** Нормативное регулирование государственно-частного партнерства в здравоохранении [Текст] / И. А. Петрова, Б. А. Нисан // Правовые вопросы в здравоохранении. – 2012. – № 10. – С. 90-97.
78. **Петрова, О. С.** Оториноларингологическая помощь населению Новгородской области в рамках государственно-частного партнерства [Текст] / О. С. Петрова // Экономика и предпринимательство. – 2014. – Т. 1, № 5. – С. 188-193.
79. **Пискунов, Г. З.** О порядке оказания ЛОР-помощи [Текст] / Г. З. Пискунов // Вестник оториноларингологии. – 2012. – № 5. – С. 4-7.
80. **Подволоцкая, И. В.** Анализ структуры потока геронтологических больных по данным ЛОР-стационара [Текст] / И. В. Подволоцкая, М. А. Рымша // Надежность и достоверность научной информации в оториноларингологии: тез. докл. – М., 2005. – С. 66-67.
81. **Ползик, Е. В.** Государственно-частное партнерство как форма развития медицины труда в России [Текст] / Е. В. Ползик, В. Ю. Фурман, Л.Ю. Янкина // Менеджер здравоохранения. – 2008. – № 6. – С. 29-30.
82. **Преображенский, В. С.** Экономическая жизнеспособность технологий стандартизированного ухода [Текст] / В. С. Преображенский, Г. И. Здоровцов, Н. В. Данилова // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2001. – № 1. – С. 94-95.

83. Принципы организации медицинской помощи в частных ЛОР-клиниках [Текст] / [Г. И. Буренков, С. Вахрушев, В. В. Артемов и др.] // Проблема реабилитации в оториноларингологии: тр. междунар. конф. – Самара, 2003. – С. 221-223.
84. Пузин, С. Н. Инвалидность вследствие болезней уха в Российской Федерации [Текст] / С. Н. Пузин, Л. П. Гришина, В. И. Байраков. - М.: Издательский дом ТОНЧУ, 2007. – 224 с.
85. Рощин, Д. О. Проблемы актуализации порядков оказания медицинской помощи, применяемых при болезнях уха и сосцевидного отростка, горла и носа [Текст] / Д. О. Рощин // Вестник оториноларингологии. – 2021. – № 86 (2). – С. 99-103.
86. Сагдеева, Е. Т. Медицинские и социальные проблемы оптимизации качества при использовании медицинского диагностического ультразвука [Текст]: дис. ...канд. мед. наук: 14.00.33 / Е. Т. Сагдеева. – Казань, 2001. – 25 с.
87. Сватко, Л. Г. Исследование качества лечения больных с ЛОР патологией в амбулаторно-поликлинических условиях [Текст] / Л. Г. Сватко, А. Н. Галиуллин, А. В. Шулаев // Проблема реабилитации в оториноларингологии: тр. конф. – Самара, 2003. – С. 55-56.
88. Сватко, Л. Г. Оптимизация качества оказания отоларингологической помощи с учетом выявленных дефектов в работе ЛОР-врачей амбулаторно-поликлинических учреждений [Текст] / Л. Г. Сватко, А. В. Шулаев, Р. В. Латыпов // Надёжность и достоверность научной информации в оториноларингологии: тез. докл. – М., 2005. – С. 72-73.
89. Семенов, Ф. В. Современные информационные технологии в работе отоларинголога [Текст] / Ф. В. Семенов, И. В. Горбоносков // Российская ринология. – 2003. – № 1. – С. 62-62.
90. Серебрякова, В. А. Опыт работы с системой контроля качества с точки зрения диагностики центров [Текст] / В. А. Серебрякова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2000. – № 3. – С. 77-80.

91. **Серёгина, И. Ф.** Информационные методы и средства повышения доступности и качества медицинской помощи [Текст] / И. Ф. Серёгина // Проблемы управления здравоохранением. – 2007. – № 6. – С. 65-69.
92. **Сибурин, Т. А.** Повышение качества и эффективности медицинской помощи в свете современных подходов к управлению [Текст] / Т. А. Сибурин, Ф. И. Бадаев // Менеджер здравоохранения. – 2006. – № 1. – С. 19-24.
93. Совершенствование поликлинической помощи больным с патологией ЛОР-органов [Текст] / [С. З. Пискунов, И. В. Тарасов, Л. Л. Копылова и др.] // Наука и практика в оториноларингологии: тез. докл. – М., 2004. – С. 38-39.
94. Состояние неотложной оториноларингологической помощи в городе Казани [Текст] / [Х. А. Алиматов, Ш. М. Исмагилов, Р. С. Бакиров и др.] // Практическая медицина. – 2015. – № 4. – С. 10-11.
95. Состояние оториноларингологической службы Российской Федерации [Текст] / [Н. Дайхес, О. В. Карнеева, И. А. Ким и др.] // Российская оториноларингология. – 2019. – № 3 (100). – С. 9-16.
96. Социально-экономическая целесообразность создания системы стандартизации в здравоохранении [Текст] / [Р. А. Воробьев, И. Б. Горбунова, Д. В. Лукьянцева и др.] // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2001. – № 1. – С. 83-83.
97. **Стратиева, О.В.** Реабилитация заболеваний уха и слуха патологии в Республике Башкортостан [Текст]: Матер. конф. / О.В. Стратиева // Проблема реабилитации в оторинолар. – Самара, 2003. – С. 171-173.
98. Структура оториноларингологической заболеваемости и коморбидных состояний у пациентов старшей возрастной группы [Текст] / [Т. Ю. Владимирова, С. В. Булгакова, Н. О. Захарова и др.] // Российская оториноларингология. – 2017. – № 4 (89). – С. 25-31.
99. **Таварткиладзе, Г. А.** Принципы определения инвалидности при тугоухости и глухоте [Текст] / Г. А. Таварткиладзе, Н. С. Дмитриев, Ю. К. Бирюлина // Медико-соц. экспертиза и реабилитация. – 2011. – № 1. – С. 12-14.

100. **Талалаев, В. Н.** Частота совпадений диагнозов как показатель качества медицинской помощи в отоларингологии [Текст] / В. Н. Талалаев // Здравоохранение Российской Федерации. – 2004. – № 2. – С. 34-35.
101. **Трифенова, Н. Ю.** Медико-организационные аспекты оценки качества работы врачей - оториноларингологов [Текст] / Н. Ю. Трифенова, Е. И. Дубынина, М. Ю. Абросимова // Клинический опыт Двадцатки. – 2014. – № 2. – С. 63-67.
102. Трудности диагностики, лечебной тактики при оказании специализированной ЛОР-помощи больным в условиях медицинских учреждений Дальневосточной железной дороги [Текст] / Ж. И. Алферов, А. Е. Никишин, В. А. Саркин // Вестник оториноларингологии. – М., 2003. – С. 67-69.
103. **Фанта, И. В.** Эпидемиология ЛОР-заболеваемости в Санкт-Петербурге [Текст] / И. В. Фанта // Новости оториноларингологии и логопатологии. – 2000. – № 1 (21). – С. 76-78.
104. Цифровая объемная томография в оториноларингологии [Текст]: практическое руководство / [С. А. Карпищенко, А. А. Зубарева, М. А. Чибисова, М. А. Шавгулидзе]. – СПб.: Диалог, 2011. – 72 с.
105. **Шишева, А. К.** Социально-экономические аспекты оптимизации госпитальной помощи больным с патологией носа и околоносовых пазух в условиях крупного промышленного города [Текст] / А. К. Шишева, М. Ю. Коркмазов // Вестник ЮУрГУ. – 2011. – № 26. – С. 62-66.
106. Эпидемиология хронических риносинуситов [Электронный ресурс] / [П. А. Шамкина, А. А. Кривопапов, С. В. Рязанцев и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2019. – № 3. – Режим доступа: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=28891>. – Загл. с экрана.
107. **Ястремский, А. П.** Итоги сравнения экспертных систем для диагностики острых заболеваний глотки [Текст] / А. П. Ястремский, А. И. Извин, А. Г. Санников и др. // Врач и информационные технологии. – 2016. – № 5. – С. 15-25.

108. A critical review of audiological outcome measures for infants and children [Text] / [M. P. Bagatto, S. T. Moodie, R. C. Seewald et al.] // Trends in Amplification. – 2011. – №15 (1). – P. 23-33.
109. **Agalarova, L. S.** Public opinion about the organization and the quality of care provided by the local therapist and GPs [Text] / L. S. Agalarova // Health of the Russian Federation. – 2009. – № 1. – P. 26-28.
110. Analysis of the causes of cancer negligence and low survival in the patients with malignant neoplasms of ENT [Text] / [A. M. Sdvizhkov, L. G. Kozhanov, N. Kh. Shatskaia et al.] // Vestnik Oto-Rino-Laringologii. – 2014. – № 1. – P. 20-23.
111. **Anand, V. K.** Epidemiology and economic impact of rhinosinusitis [Text] / V. K. Anand // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. Suppl. – 2004. – № 193. – P. 3-5.
112. Application of the analytical hierarchy process to establish health care waste management systems that minimise infection risks in developing countries [Text] / [A. C. Brent, E. C. D. Rogers, S. M. T. Ramabitsa-Siimane et al.] // Eur. J. of Oper. Res. – 2007. – № 181. – P. 403-424.
113. **Atun, R.** Public-private partnerships in health: time for evidence-based policies [Text] / R. Atun // Heart. – 2008. – № 94. – P. 967-968.
114. **Bagatto, M. P.** Validation of the Parents' Evaluation of Aural/Oral Performance of Children (PEACH) Rating Scale [Text] / M.P. Bagatto, S.D. Scollie // Journal of the American Academy of Audiology. – 2013. – № 24 (2). – P. 121-125.
115. **Baldwin, R.** Understanding Regulation: Theory, Strategy, and Practice [Text] / R. Baldwin, M. Cave, M. Lodge. – London: Oxford Uni. Press, 2011. – 548 p.
116. **Bayar, N.** Minnesota multiphasic personality inventory profile of patients with chronic sinusitis [Text] / N. Bayar, O. Oguzturk, M. Kazkayasi // Rhinology. – 2001. – Vol. 39, № 3. – P. 133-135.
117. **Bes, M.** Spanish health district tests a new public-private mix [Text] / M. Bes // Bulletin of the World Health Organization. – 2009. - № 87. – P. 892-893.
118. **Birch, D. S.** Assessing the quality of life for patients with chronic rhinosinusitis using the rhinosinusitis disability index [Text] / D. S. Birch, H. A. Saleh, T. Wodehouse // Rhinology. – 2001. – Vol. 39, № 4. – P. 191-196.

119. **Bitsaeva, A. V.** Analysis of hospitalized morbidity and assessment of the activity of the ENT department of a multidisciplinary hospital [Text] / A. V. Bitsaeva, V. I. Popadyuk, A. B. Fomina // Herald of RUDN University. – M., 2012. – № 4. – P. 110-114.
120. **Blanken, A.** Public-private partnerships in health: static or dynamic? [Text] / A. Blanken & G. Dewulf // Austr. J. of Pub. Admin. – 2010. – Vol. 69. – P. 35-47.
121. **Chatterji, S.** Health, functioning, and disability in older adults-present status and future implications [Text] / S. Chatterji, J. Byles, D. Cutler // Lancet. – 2015. – Vol. 385. - P. 563-575.
122. **Ching, T. Y.** The Parents' Evaluation of Aural/Oral Performance of Children (PEACH) scale: Normative data [Text] / T. Y. Ching, M. Hill // J. of the Am. Academy of Audiology. – 2007. – № 18 (3). – P. 220-235.
123. **Chris, H.** Exporting public-private partnerships in healthcare: export strategy and policy transfer [Text] / H. Chris // Pol. Stud. – 2009. – Vol. 30, № 3. – P. 313- 32.
124. **Christi, D. J.** Control nonchaotic using neuronal noise of chaos control techniques [Text] / D. J. Christi, J. J. Collins // Physics. Rev. Allow. – 1995. – Vol. 75, № 14. – P. 2782-2785.
125. Disability and Development Report 2018. Realizing the Sustainable Development Goals by, for and with Persons with Disabilities [Text] // United Nations Department of Economic and Social Affairs. – 2019. – 323 p.
126. **Donabedian, A.** Quality assurance Models [Text] / A. Donabedian, S. Leonard. – University of North Carolina in Chapel Hill, 1993. – 80 p.
127. Evaluation of odontogenic maxillary sinusitis with cone beam computed tomography: a retrospective study with review of literature [Text] / [I. V. Ivanec, P. S. Ivanec et al.] // Vestnik Oto-Rino-Laringologii. – 2019. – № 84 (4). – P. 84-84.
128. **Eziyi, J. A.** Prevalence of Otolaryngological diseases in Nigerians [Text] / J. A. Eziyi, Y. B. Amusa, O. V. Akinpelu // E-C Afr. J. Surg. – 2010. – № 15. – P. 85-89.
129. **Fischer, K.** The emergence of PPP Task Forces and their influence on project delivery in Germany [Text] / K. Fischer, A. Jungbecker, W. H. Alfen // International Journal of Project Management. – 2006. – Vol. 24. – P. 539-547.

130. **Gorbunov, A. V.** Structure of urgent and planned ent-aid in Chelyabinsk [Text] / A. V. Gorbunov, I. D. Dubinets // Health and Education Millennium. – 2017. – Vol. 19, № 2. – P. 57-58.
131. **Goroff, M.** Partnerships to provide care and medicine for chronic diseases: a model for emerging markets [Text] / M. Goroff, M.R. Reich // Health Affairs (Millwood). – 2010. – Vol. 12. – P. 2206-2213.
132. **Gustavsen, K.** Progress in public-private partnerships to fight neglected diseases [Text] / K. Gustavsen, C. Hanson // Health Affairs (Millwood). – 2009. – Vol. 28, № 6. – P. 1745-1749.
133. Health, functioning, and disability in older adults-present status and future implications [Text] / [S. Chatterji, J. Byles, D. Cutler et al.]. – Lancet. – 2015. – Vol. 385 (9967). – P. 563-575.
134. International Collegium of Rehabilitative Audiology and TINnitus Research NETwork [Text] / [D.A. Hall, S.Z. Domingo, L.Z. Hamdache et al.] // International Journal of Audiology. – 2018. – № 57 (3). – P. 161-175.
135. **Jeffrey, S.** Regional analysis of sinonasal ciliary beat frequency [Text] / S. Jeffrey et al. // American Journal of Phinology. – 2006. – Vol. 20, № 2. – P. 150-154.
136. **Kang, H. Y.** Priority mix planning for semiconductor fabrication by fuzzy ranking [Text] / H. Y. Kang, A. H. I. Lee // Expert Systems with Applications. – 2007. – Vol. 32. – P. 460-470.
137. **Kennedi, D. W.** Diseases of the sinuses: a description of the management [Text] / D.W. Kennedi. – New York, 2001. – 350 p.
138. **Klossek, J. M.** Current approaches to community-acquired acute maxillary rhinosinusitis or sinusitis in France and literature review [Text] / J. M. Klossek, C. Chidiac // Rhinology. – 2001. – Supp. 17. – P. 3-38.
139. **La Forgia, G. M.** Public-private partnerships and public hospital performance in Sao Paulo, Brazil [Text] / G. M. La Forgia, A. Harding // Health Affairs. – 2009. – Vol. 28, № 4. – P. 1114-1126.

140. **Lindbaek, M.** CT findings and general practice patients with suspected acute sinusitis [Text] / M. Lindbaek, U .L. Johnsen, E. Kaastad // Acta radiol. – 1996. - Vol. 37, № 5. – P. 708-713.
141. **Lung, V. J.** Health related quality of life in sinonasal disease [Text] / V. J. Lung // Rhinology. – 2001. – Vol. 39, № 4. – P. 82-87.
142. **Muller, S.** Open-access PPP to enable drug discovery - new approaches [Text] / S. Muller, J. Weigelt // Drugs. – 2010. – Vol. 13 (3). – P. 175-180.
143. Multiplanar Sinus CT: a systematic approach to imaging before functional endoscopic sinus surgery [Text] / [K. H. Jenny, D. E. James, L. T. Christopher et al.]. - AJR, 2010. – Vol. 194, № 6. – P. 527-536.
144. Non-contact optical coherence tomography - an effective method for visualizing the exudate of the middle ear [Text] / [ A. A. Novozhilov, P. A. Shilyagin, T. E. Abubakirov et al.] // Vestn. Otolaryn. – 2020. – № 85. – P. 16-23.
145. Optical coherence tomographic measurements of the sound-induced motion of the ossicular chain in chinchillas [Text] / [J. J. Rosowski, A. Ramier, J. T. Cheng et al.] // Hear Res. – 2020. – № 10. – P. 396-396.
146. **Osei-Kyei, R.** Review of studies on the critical success factors for public-private partnership (PPP) projects from 1990 to 2013 [Text] / R. Osei-Kyei, A. P. C. Chan // Int. J. Project Manage. – 2015. – № 33 (6). – P. 1335-1346.
147. Otorinolaryngology emergency unit care: The experience of a large university hospital in Italy [Text] / [A. Gallo, R. Moi, A. Minni et al.] // Ear Nose Throat J. – 2000. – Vol. 79, № 3. – P. 155-158.
148. **Pollock, A.** Is the private sector better value for money than the NHS? A Scottish case study [Text] / A. Pollock, G. Kirkwood // Brit. Med. J. – 2009. – Vol. 338. – P. 1108-1111.
149. PPP and the 2030 Agenda for Sustainable Development [Text] / [K.S. Jomo, A. Chowdhury, K. Sharma et al.] // Dep. of Econ & Soc. Aff. – 2016. – № 148. – P. 2-28.
150. **Quaranta, A.** Epidemiology of hearing problems among adults in Italy [Text] / A. Quaranta, G. Assenato // Sc. Aud. Suppl. – 1996. – Vol. 42. – P. 9-13.

151. **Rajan, T. A.** PPPs and project over-runs: Evidence from road projects in India [Электронный ресурс] / T. A. Rajan, G. Gopinath, M. Behera // J. Constr. Eng. Manage. – 2014. – № 140 (5): 04013070. – Режим доступа: [www.https://doi.org/10.1061/\(ASCE\)CO.1943-7862.0000797](http://www.https://doi.org/10.1061/(ASCE)CO.1943-7862.0000797). – Загл. с экрана.
152. **Ramirez, J. M.** Measuring Preferences: from Conjoint Analysis to Integrated Conjoint Experiments [Text] / J. M. Ramirez // J. of Quantit. Methods for Economics and Business Admin. – 2009. – № 9. – P. 28-43.
153. **Regan, M.** Public-private partnerships: Capital market conditions and alternative finance mechanisms for Australian infrastructure projects [Text] / M. Regan, P.E.D. Love, J. Smith // Infrastruct. Syst. – 2013. – № 19 (3). – P. 335-342.
154. **Rosowsk, J. J.** Mechanical and acoustic analysis of middle ear reconstruction [Text] / J. J. Rosowski, S. N. Merchant // Am-J-Otol. – 1995. – № 4. – P. 486-497.
155. **Sebelius, K.** Building a stronger foundation for a new century of treatments and cures [Text] / K. Sebelius // Health Affairs. – 2011. – № 1. – P. 81-83.
156. **Sekhri, N.** Public-private partnerships demonstrate the potential to improve health care access, quality, and efficiency [Text] / N. Sekhri, R. Feachem // Health Affairs. – 2011. – Vol. 30, № 8. – P. 1498-1507.
157. **Sindwani, R.** Perioperative management of the sinus patient: A Canadian perspective [Text] / R. Sindwani, E.D. Wright, V.D. Janzen // J. Otolaryngol. – 2003. – Vol. 32, № 3. – P. 155-155.
158. State Guarantees in PPPs. A Guide to Better Evaluation: Design, Implementation and Management [Text] / European PPP Exp. Centre. – 2011. – 36 p.
159. The University of Western Ontario Pediatric Audiological Monitoring Protocol (UWO PedAMP) [Text] / [M. P. Bagatto, S. T. Moodie, A. C. Malandrino et al.] // Trends in Amplification. – 2011. – №15 (1). – P. 57-76.
160. **Tvarnø, C. D.** Public private partnership in the European Union [Text] / C. D. Tvarnø // The New EU Public Procurement Directives. – Copenhagen: Djøf, 2005. – P. 183-194.

161. **Vaid, S.** An imaging checklist for pre-FESS CT: framing a surgically relevant report [Text] / S. Vaid, N. Vaid, S. Rawat // Clin Radiol. – 2011. – № 66 (5). – P. 459-470.
162. Validation of the LittleEARS® Auditory Questionnaire in children with normal hearing [Text] / [F. Coninx, V. Weichbold, L. Tsiakpini et al.] // International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. – 2009. – № 73 (12). – P. 1761-1768.
163. **Whittemore, K.** Acoustic mechanisms: canal wall-up versus canal wall-down mastoidectomy [Text] / K. Whittemore, S. Merchant, J. Rosowski // Otolaryngol-Head-Neck-Surg. – 1998. – № 118. – P. 751-761.
164. World Health Organization. Deafness and hearing loss [Electronic Resource]. – 2019. – Access mode: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>. - Title from the screen.
165. World report on hearing [Text] / World Health Organization. – Geneva, 2021. – 272 p.
166. **Zelikovich, E. I.** The application of the modern radiodiagnostic methods in otorhinolaryngology [Text] / E. I. Zelikovich // Vestnik Oto-Rino-Laringologii. – 2015. – № 80 (5). – P. 4-7.
167. **Zhang, X.** Critical Success Factors for Public-Private Partnerships in Infrastructure Development [Text] / X. Zhang // Journal of Construction Engineering and Management. – 2005. – № 131 (1). – P. 3-14.

# ПРИЛОЖЕНИЯ

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1

### АНКЕТА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

Мы проводим изучение мнения пациентов о качестве медицинского обслуживания.

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы.

Вы также можете добавить свои краткие дополнения в раздел ОТВЕТЫ.

<b>№ пп</b>	<b>ВОПРОСЫ</b>	<b>ОТВЕТЫ</b> (нужное подчеркнуть)
1	ПОЛ	М Ж
2	ВОЗРАСТ	до 20 лет 20-30 лет 31-40 лет 41-50 лет 51-60 лет 61 и старше
3	СТАЖ РАБОТЫ	до 10 лет 11-20 лет 21-30 лет 31 и выше Стажа нет
4	ОБРАЗОВАНИЕ	начальное; среднее; среднее специальное; неоконченное высшее; высшее
5	ХАРАКТЕР И ВИД ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (сфера обслуживания, образования и культуры, с/х – механизатор, полевод, животновод; другое)	
6	КАК ВЫ ОЦЕНИВАЕТЕ СОБСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ	хорошее, удовлетворительное, неудовлетворительное, плохое
7	КАКИЕ ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ВАС ЕСТЬ	
8	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ТЕЧЕНИЯ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ	Месяцы Годы
9	КАК ЧАСТО ВЫ ОБРАЩАЕТЕСЬ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ	1 – 2 раза в неделю 1 – 2 раза в месяц 1 – 2 раза в квартал 1 – 2 раза в год
10	ИСПОЛЬЗУЕТЕ ЛИ ВЫ СПЕЦИАЛЬНЫЕ ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА (коляска, ходунки, костыли, трости, слуховой аппарат)?	ДА НЕТ
11	УКАЖИТЕ ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С ДОСТУПНОСТЬЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	удаленность, состояние дорожных путей нет конкретных видов обследования и лечения
12	ВРЕМЯ ОЖИДАНИЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ	

13	ЗНАКОМЫ ЛИ ВЫ СО СВОИМИ ПРАВАМИ КАК ПАЦИЕНТ?	ДА НЕТ
14	ДОСТАТОЧНО ЛИ БЫЛО ТОЙ ИНФОРМАЦИИ, КОТОРУЮ ВЫ ПОЛУЧИЛИ В БОЛЬНИЦЕ?	ДА НЕТ
15	УДОВЛЕТВОРЯЕТ ЛИ ВАС РАБОТА БОЛЬНИЦЫ (акушер-гинекологическая, терапевтическая, хирургическая, ЛОР-служба)?	ДА НЕТ
16	УДОВЛЕТВОРЕННЫ ЛИ ВЫ ПРОФЕССИОАЛИЗМОМ СПЕЦИАЛИСТОВ (лечащий врач, специалисты узкого профиля)?	ДА НЕТ
17	ДОВОЛЬНЫ ЛИ ВЫ ПРОВОДИМЫМ ЛЕЧЕНИЕМ?	ДА НЕТ
18	КАК ЧАСТО ПРОВОДИТСЯ ОБХОД ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА?	Ежедневно 1 раз в 2-3 дня 1 раз в неделю
19	КАК ЧАСТО ПРОВОДИТСЯ ОБХОД ЗАВЕДУЮЩЕГО ОТДЕЛЕНИЕМ?	1 раз в 2-3 дня 1 раз в неделю
20	ПРОВОДИЛ ЛИ ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ С ВАМИ БЕСЕДУ О НЕОБХОДИМОСТИ: – НАЗНАЧЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ – ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ (пункции, катетеризация, интубация, рентгенография, КТ-графия и др.) – ОПЕРАЦИИ – АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ (наркоз)?	ДА НЕТ ДА НЕТ ДА НЕТ ДА НЕТ
21	УДОВЛЕТВОРЯЕТ ЛИ ВАС ПИТАНИЕ В БОЛЬНИЦЕ?	ДА НЕТ
22	УДОВЛЕТВОРЯЮТ ЛИ ВАС ПОСТЕЛЬНЫЕ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ?	ДА НЕТ
23	УДОВЛЕТВОРЯЕТ ЛИ ВАС ПАЛАТА, В КОТОРОЙ ВЫ НАХОДИТЕСЬ?	ДА НЕТ
24	УДОВЛЕТВОРЯЕТ ЛИ ВАС РАБОТА ДУШЕВЫХ, ТУАЛЕТОВ?	ДА НЕТ
25	БЫЛИ ЛИ СЛУЧАИ ГРУБОГО ОБРАЩЕНИЯ СО СТОРОНЫ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА?	ДА НЕТ
26	БЫЛИ ЛИ СЛУЧАИ ВЫМОГАТЕЛЬСТВА СО СТОРОНЫ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА?	ДА НЕТ
27	Дайте оценку деятельности больницы	1, 2, 3, 4, 5
28	Ваше отношение к государственной политике реформирования системы здравоохранения	а) положительное, считаю ее эффективной; б) отрицательное, считаю ее неэффективной; в) затрудняюсь ответить
29	Ваши рекомендации и пожелания для улучшения деятельности больницы	

### СПАСИБО ЗА УЧАСТИЕ!

**Примечание:** Ваши анкетные данные являются строго конфиденциальными и не будут опубликованы в средствах массовой информации.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2

### Виды исследований при КТ органов головы – шеи и их описание

№	Вид исследования	Описание	Тип А	Тип Б
1.	КТ головного мозга	Поиск вероятной патологии. Неопухолевые патологические изменения. Опухоли и кисты гипофиза. Диагностики патологии лицевого и мозгового черепа. Аномалии и варианты развития, оценка состояния челюсти перед имплантацией зубов, челюсто-лицевая хирургия. Черепно-мозговые травмы. Острый период инсульта. Оценка атрофии мозгового вещества, оценка гидроцефалии. Органические поражения мозга (эхинококкоз мозга, арахноидиты и т.д.)	✓	✓
2.	Компьютерная томография головного мозга с внутривенным контрастированием	При подозрении на опухоль головного мозга, сосудистые мальформации и/или аневризмы. При повреждении гематоэнцефалического барьера и/или наличия патологической сосудистой сети за счет увеличения рентгеновской плотности патологического очага для обнаружения наличия и локализации патологического процесса		
3.	КТ-ангиография головного мозга	Для получения изображений сосудов в полости черепа с быстрым («болусным», т. е. одной порцией) введением рентгеноконтрастного вещества с помощью ангиографического шприца. Обнаружение патологии сосудов с получением трехмерной (3D) реконструкции изображений сосудов	✓	✓

4.	КТ височной кости	Диагностика патологии височной кости при снижении слуха, головокружениях, патологии органа равновесия	✓	✓
----	-------------------	---	---	---

Продолжение приложения 2

№	Вид исследования	Описание	Тип А	Тип Б
5.	КТ-цистернография внутреннего слухового прохода	Исследование внутренних слуховых проходов на фоне газа (закись азота, углекислый газ), вводимого под мозговые оболочки. Уточняющий метод диагностики, позволяет получить уникальную информацию о состоянии цистерн моста, существенно превосходит традиционную цистернографию	✓	✓
6.	КТ носа и околоносовых пазух	Исследование полости носа и его пазух	✓	✓
7.	КТ-гайморография	Дифференциальная диагностика содержимого пазух – требует введения в околоносовые полости рентгеноконтрастного вещества в небольшой концентрации	✓	✓
8.	КТ орбит	Дифференциальная диагностики травм и заболеваний гортани, в том числе для оценки распространённости онко-поражения	✓	✓
9.	КТ гортани	Дифференциальная диагностики травм и заболеваний гортани, в том числе и для оценки распространённости онко-поражения	✓	✓
10.	КТ мягких тканей шеи	Диагностика и дифференциальная диагностика новообразований этой области, определения степени инвазии опухолью крупных сосудов (основной метод лучевой диагностики), для оценки состояния лимфатических узлов шеи (по информативности равен эхоскопии)	✓	✓
11.	В педиатрии		✓	✓

Примечание:

Тип А	Спиральный КТ - не менее 64 срезов – в областных ОЗ;
Тип Б	Спиральный КТ - в ОЗ вторичного уровня, в зависимости от географического расположения и плотности населения

### **ПРИЛОЖЕНИЕ 3**

#### **Основные требования к КТ – аппаратуре**

Два типа поставляемых в рамках проекта КТ-аппараты должны удовлетворять основным следующим требованиям:

- Поставляемые аппараты должны быть новые, ранее не использованные. Срок между производством и инсталляцией не должен превышать трех лет.

- Управление компьютерным томографом должно осуществляться из комнаты управления. Стационарная защита процедурного помещения РКТ должна обеспечивать радиационную безопасность персонала как в комнате управления, так и населения в смежных помещениях (*например, больных, находящихся в палате этажом выше*).
- В процедурном кабинете КТ вблизи стола пациента или гентри должны быть предусмотрены легковидимые и доступные средства аварийного выключения генерации рентгеновского излучения с одновременной остановкой перемещения движущихся частей. При проведении компьютерной томографии, особенно детей, должны быть приняты меры к исключению возможности травмирования пациента движущимися частями томографа.
- В компьютерном томографе должны быть обеспечены средства для автоматического отключения генерации излучения в случае поломки таймера за время, не превышающее время одного поворота рентгеновского излучателя.
- При включении высокого напряжения должна быть обеспечена визуальная информация об этом на пульте оператора и около сканера. Индикаторы на сканере или около него должны быть видны с любой точки процедурного помещения вне расположения пациента, где возможно воздействие первичного пучка излучения.
- КТ – аппарат должен быть оснащен замковым устройством, исключающим возможность приведения его в движение и генерации рентгеновского излучения без использования специального ключа.

#### **ПРИЛОЖЕНИЕ 4**



«УТВЕРЖДАЮ»

Проректор по научной работе ОшГУ

К.Ф.М.Н. Доцент

Арапбаев Р. Н.

« 02 июля » 2024г.

**Акт внедрения результатов научно-исследовательских,  
научно-технических работ, (или) результатов научной и (или) научно-технической  
деятельности**

1. Автор (соавторы) внедрения: Маманов Марлен Асанбекович, Касиев Накен Касиевич
2. **Наименование результатов научно-исследовательских, научно-технических работ, (или) результатов научной и (или) научно-технической деятельности:** внедрение и использование в условиях организации здравоохранения практических рекомендаций, направленных на совершенствование организации оториноларингологической помощи.
3. **Краткая аннотация:** Удельный вес болезней уха, горла и носа является значительным в числе заболеваний с временной утратой трудоспособности, а также они могут приводить к различным осложнениям в виде острых и хронических заболеваний различных органов и систем человеческого организма. Поэтому вопросы повышения эффективности и качества медицинской помощи больным оториноларингологического профиля на всех уровнях системы здравоохранения являются актуальными и требуют пристального научно-практического изучения. Помимо государственных организаций здравоохранения в республике активно развивается частный медицинский сектор, который может стать хорошим подспорьем существующей службы. В связи с вышеуказанным, разработка мероприятий по повышению качества и доступности отоларингологической помощи населению в республике являются актуальными.
4. **Эффект от внедрения:** подготовка клинических ординаторов к работе по совершенствованию организации отоларингологической помощи населению для улучшения качества, доступности и оптимизации ЛОР-службы.
5. **Место и время внедрения:** Кафедра общественного здравоохранения медицинского факультета ОшГУ, 2019-2024 гг.
6. **Форма внедрения:** практические рекомендации, направленные на совершенствование организации оториноларингологической медицинской помощи; рекомендации по применению механизма ГЧП для создания инновационного центра в отоларингологии, способствующего процессу оптимизации ЛОР — службы в целом.

**Представитель организации, в которую внедрена разработка:**

Доцент кафедры общественного здравоохранения  
медицинского факультета Ошского  
Государственного университета, к.м.н.



Ф. Ф. Муйдинов

**Представитель организации, из которой исходит внедрение:**

Старший преподаватель кафедры общественного здравоохранения  
медицинского факультета Ошского  
Государственного университета





**«УТВЕРЖДАЮ»**

Директор Ошской городской клинической больницы, к.м.н., доцент

Абдурахманов Ш.Т.

2024г.

**Акт внедрения результатов научно-исследовательских, научно-технических работ, (или) результатов научной и (или) научно-технической деятельности**

1. **Автор (соавторы) внедрения:** Маманов Марлен Асанбекович, Касиев Накен Касиевич
2. **Наименование результатов научно-исследовательских, научно-технических работ, (или) результатов научной и (или) научно-технической деятельности:** внедрение и использование в условиях организации здравоохранения практических рекомендаций, направленных на совершенствование организации ЛОР - помощи.
3. **Краткая аннотация:** ЛОР-болезни, при неправильной тактике диагностики и лечения, могут выступать в качестве предикторов в развитии острой или хронической патологии жизненно-важных органов и систем человека. Поэтому вопросы повышения эффективности и качества медицинской помощи больным оториноларингологического профиля на всех уровнях системы здравоохранения являются актуальными и требуют пристального научно-практического изучения. Помимо государственных организаций здравоохранения в республике активно развивается частный медицинский сектор, который может стать хорошим подспорьем существующей службы. В связи с вышеуказанным, разработка конкретных мероприятий по повышению качества и доступности отоларингологической помощи населению в республике являются актуальными.
4. **Эффект от внедрения:** оптимизация оториноларингологической помощи населению в организациях здравоохранения в современных социально-экономических условиях.
5. **Место и время внедрения:** Ошская городская клиническая больница, в 2019-2022 годы.
6. **Форма внедрения:** - мероприятия по улучшению качества, доступности отоларингологической помощи населению
  - рекомендации по применению механизма государственно-частного партнерства для создания инновационного центра в отоларингологии, способствующего процессу оптимизации ЛОР – службы в целом.
  - технические требования для практического использования в компьютерно-томографической диагностике.

**Представитель организации, в которую внедрена разработка:**

Заместитель директора по лечебной работе  
Ошской городской клинической больницы

**К. М. Мамашарипов**

**Представитель организации, из которой исходит внедрение:**

Проректор по научной работе Ошского государственного университета, к.ф.-м.н., доцент



**Р. Н. Арапбаев**

