

**ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
МЕЖДУНАРОДНАЯ ВЫСШАЯ ШКОЛА МЕДИЦИНЫ**

Диссертационный совет Д 14.24.696

На правах рукописи

УДК: 617-001.031/14-082+616.367-007-089.168:611:612

Абдурахманов Шаятбек Туланбаевич

**МНОГОУРОВНЕВОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ КАЧЕСТВА
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

14.01.17 - хирургия

14.02.03 - общественное здоровье и здравоохранение

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Ош – 2025

Работа выполнена на кафедре хирургических болезней медицинского факультета Ошского государственного университета.

Научные консультанты:

Тилеков Эрнис Абдышевич

доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К. Ахунбаева

Каратаев Мадамин Мусаевич

доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К. Ахунбаева

Официальные оппоненты:

Ведущая организация:

Защита диссертации состоится ____ 2025 года в ____:00 часов на заседании диссертационного совета Д 14.24.696 по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора (кандидата) медицинских наук при Ошском государственном университете, соучредитель Международная высшая школы медицины, по адресу: 723500, Кыргызская Республика, г. Ош, ул. Водозаборная 215, 4 этаж в конференц-зале. Ссылка доступа к видеоконференции защиты диссертации: https://vc.vak.kg/b/d_1-u21-bjh-pqs

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеках Ошского государственного университета (723500, г. Ош, ул. Ленина 333), Международной высшей школы медицины (720054, г. Бишкек, ул. Интергельпо, 1ф) и на сайте: <https://vak.kg>.

Автореферат разослан « »

2025 года.

**Ученый секретарь диссертационного совета,
кандидат медицинских наук**

О. И. Курбанбаев

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертации. На современном этапе развития науки, активизации интегративных и синергетических процессов, становления синтетического мышления, любой сложный объект исследования следует рассматривать как систему и оценивать его на основе соответствующих принципов и подходов [Т.П. Васильева, 2002; С.А. Балохина, 2005; Р.Г. Баранцев, 2008]. В частности, триадного подхода, который, как известно, даёт более четкие ориентиры, представляя собой универсальный принцип схематизации и симметризации соответствующих компонентов системы [В.А. Гройсман, 2000; Р.Г. Баранцев, 2008; И.А. Ашимов, 2012].

Очевидно, здравоохранение нужно рассматривать как систему с множеством компонентов, моделируя которых можно сформировать определенные закономерности в отношениях между собой. С одной стороны, так можно объяснить существенные свойства компонентов, а с другой стороны, так можно исследовать объект в его целостности с интегральными законами его поведения. В этом аспекте, системный метод является достаточно сильной исследовательской технологией [12,47,85].

Важно понять, что общая характеристика компонентов в виде процессных моделей развития позволяет более достоверно оценить не только эффективность действующей здравоохранительной концепции, но и обосновать варианты формирования новой стратегии здравоохранения. Так или иначе, модели развития компонентов системы, определяют степень влияния и вклад в достижение конечных результатов, характеризуя тем самым адаптивные возможности системы к новым условиям и вызовам [86,125,154].

Важно отметить, что смыслом процессного подхода принято считать то, что достижение желаемого результата будет эффективнее, когда деятельностью и соответствующими ресурсами управляют, как процессами [74,101,116,138]. С исследовательской точки зрения можно условно выделить такие уровневые системы, как здравоохранение, Л-ПУ, ПДО, ЭХ. Можно выделить и следующие компоненты указанных систем. 1) Здравоохранения - «К-СК», «А-ПК», «М-СК»; 2) ЛПУ – «О-УК», «Т-РК», «П-КК»; 3) ПДО – «О-ОК», «У-МК», «К-ЛК»; ЭХ – «К-ПК», «О-МК», «Т-ТК».

В одном случае, вышеперечисленные компоненты представляют функциональный тип взаимодействия, когда выходные потоки одних являются входными потоками других, а в другом случае – структурный тип взаимодействия нескольких компонентов через общие элементы систем. В целом, такие системы можно представить, как компоненты, объединенные

общим функционированием на основе единства цели и управления [163,185,192].

Многие авторы считают, что в первую очередь реформа медицинской отрасли требует совершенствования организации и управления КМП населению [5,28,48]. При этом кардинальным вопросом современного системного комплекса здравоохранения является определение оптимального соотношения триады компонентов: 1) «К-СК»; 2) «А-ПК»; 3) «М-СК». Как подчеркивалось выше, триадный подход к оценке процессных моделей указанных компонентов позволяет не только провести симметризацию, но и моделировать роль указанных компонентов триад.

Нужно отметить, что триадные процессы в системах здравоохранения, Л-ПУ, ПДО и ЭХ представляют собой не механическое соединение структурных элементов этих систем в более сложную композицию, а качественную трансформацию вновь структурированного образования в единое целое. При этом нарастание системной сложности увеличивает силу коммуникации, так как в процесс системного взаимодействия включается все большее количество системных триад [63,75,91].

Мотивом для выделения триады компонентов системы ЭХ - «К-ПК», «О-МК», «Т-ТК», является то, что именно умение находить выход из ЭС является наиболее сложным и важным требованием к ХБ, вынужденной принимать жизнеопасные решения при остром дефиците времени и необходимой информации [106,112,189]. Имеющиеся научно-методологические, учебно-методические материалы, рассматривающие именно такой фактор, как автономное и коллегиальное разрешение ЭС у пострадавшего непосредственно на операционном столе, не позволяют сформулировать теоретические принципы, которые можно было бы применить при ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ с одинаковым успехом.

Очевидно, ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ имеют специфические особенности, которых ХБ следует различать, перед тем, как его корректировать [17,106,189]. Между тем, для установления определенной минимальной границы в отношении планирования безопасности операции, наркоза и реанимации, которую не следует переступать при ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ, необходимо разработать некий свод рекомендаций на основе модели развития «К-ПК», «О-МК» и «Т-ТК». Такими документами для организаторов здравоохранения и ХБ может быть «нормы-рекомендации», как скоррегированные формы существующих «норм-требований».

Связь темы диссертации с приоритетными научными направлениями, крупными научными программами (проектами), основными научно-исследовательскими работами, проводимыми образовательными и научными учреждениями. Тема выполнена в

рамках: 1) НИР КГМИППК «Совершенствование системы здравоохранения и последипломного образования»; 2) Национальных программ «Здравоохранение Кыргызстана в XXI веке», «Манас», «Манас-Таалими»; 3) «Концепции непрерывного профессионального образования медицинских работников в Кыргызской Республике на период 2007-2015 гг.»; «Концепции совершенствования хирургической службы Кыргызстана» (2001).

Цель исследования. Разработка и научное обоснование многоуровневых моделей повышения КМП, включая КИОП при ЭС, а также КПДО на базе применения системного и триадного подходов в оценке компонентов системы здравоохранения, Л-ПУ, ПДО и ЭХ.

Задачи исследования:

1. Осветить проблемные аспекты повышения КИОП при ЭС, а также проанализировать методологические аспекты разрешения интраоперационных ЭС, а также провести оценку процессной модели развития триады компонентов («К-ПК», «О-МК», «Т-ТК») системы ЭХ с разработкой и внедрением «норм-рекомендаций» по повышению КИОП пострадавшим, находящихся в ЭС;

2. Выполнить оценку процессной модели развития триады компонентов («К-СК», «А-ПК», «М-СК») системы здравоохранения КР по обеспечению КМП;

3. Провести оценку процессной модели развития триады компонентов («О-УК», «Т-РК», «П-КК») системы Л-ПУ по обеспечению КМП;

4. Выполнить оценку процессной модели развития триады компонентов («О-ОК», «У-МК», «К-ЛК») системы ПДО в КР по обеспечению КПДО.

Научная новизна полученных результатов:

Впервые освещены проблемные аспекты повышения КИОП при ЭС, а также проанализировать методологические аспекты разрешения интраоперационных ЭС;

Впервые дана оценка процессной модели развития триады компонентов («К-ПК», «О-МК», «Т-ТК») системы ЭХ по обеспечения КИОП. Разработаны «нормы-рекомендации» на основе сопоставления с существующими «нормами-требованиями» на практике ЭХ ранений и политравм с обобщением опыта достижения КИОП пострадавшим, находящихся в ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ.

Впервые выполнена оценка процессной модели развития триады компонентов («К-СК», «А-ПК», «М-СК») системы здравоохранения КР по обеспечению КМП.

Впервые проведена оценка процессной модели развития триады

компонентов («О-УК», «Т-РК», «П-КК») системы Л-ПУ по обеспечению КМП.

Впервые осуществлена оценка процессной модели развития триады компонентов («О-ОК», «У-МК», «К-ЛК») системы ПДО в КР по обеспечению КПО.

Практическая значимость полученных результатов:

Положения диссертации пополняют научный потенциал современной системы здравоохранения, Л-ПУ, ПДО и ЭХ. Новая информация, полученная при проведении комплексного анализа деятельности участников организационно-управленческого, научно-образовательного, медико-хирургического процессов, позволяет оптимизировать КМП, КДПО, КИОП.

В работе доказано, что ЭС имеют специфические особенности, особые свойства, которых ХБ следует различать, перед тем, как его корректировать. Обобщенный подход к ведению таких ЭС с использованием моделей развития «К-ПК», «О-МК» и «Т-ТК», а также навыков и приемов, общих для большого количества случаев, должен стать важным направлением профессиональной подготовки ХБ.

Установление определенной минимальной границы в отношении планирования безопасности анестезии и реанимации, которую не следует переступать при ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ, отражено в «Нормах-рекомендациях», выработанных на базе триадной модели развития «К-ПК», «О-МК» и «Т-ТК». В них акцент сделан на более активную хирургическую и анестезиолого-реанимационную тактику. Основываясь на положениях этого документа, со стороны ХБ решения принимаются в исключительно краткие сроки в пользу операции, как элемент интраоперационной реанимации.

При ЭСВЭ, как, впрочем, и при ЭСКН, в «нормы-рекомендации» внесены соответствующие коррективы, направленные на активизацию, соответственно, хирургической и анестезиолого-реанимационной тактики ведения интраоперационного этапа оказания помощи. Причем, в нем определено немедленное, практически безоговорочное, применение операции в качестве реанимационной методики.

На основании анализа реализации основных направлений политики здравоохранения КР с применением триадного принципа, выявлены преимущества и просчеты проведенных реформ, направленных на повышение уровня КМП. На основе многоуровневого моделирования выполнена оценка системы обеспечения КМП в современных условиях трансформации здравоохранения КР, подчеркнуты его возможности и перспективы.

Применение теории и практики систематизированных моделей оптимизации деятельности Л-ПУ, кадрового менеджмента в системе здравоохранения, личностного подхода и обоснование необходимости формирования качества врачебного состава, способствуют рациональному и эффективному управлению КМП и КПО.

Стандартизация и оптимизация технологии организации, управления, ресурсного и кадрового обеспечения Л-ПУ, внедрения КК, КП, принципов ДМ и ПО врачей обеспечивают качество и преемственность в оказании медицинской помощи на всех этапах, обеспечивают унификацию и последовательность реализации эффективных лечебно-диагностических и реабилитационных технологий, существенно влияющих на уровень повышения КМП.

Проведения экспертизы КМП в системе Единого плательщика и ее практическая реализация в республике способствовал эффективному выполнению приоритетных задач и достижения высоких конечных результатов. Профессиональное развитие на базе эффективного ПО врачей является мощным мотивационным фактором, определяющим его профессиональную компетентность. Включение вопросов формирования качества профессионального и личностного потенциала врачей в программы ПО способствует повышению КМП.

Результаты исследования внедрены в клиническую практику в Ошской межобластной объединенной клинической больнице и Ошской городской клинической больнице, г.Ош. а также внедрены в учебный процесс на кафедрах хирургии КГМА им И.К. Ахунбаева и КГМИПуПК им. С.Б. Даниярова.

Экономическая значимость полученных результатов. Улучшение качества оперативно-реанимационного ведения пострадавших, находящихся в ЭС, ведет к сохранению их жизни. В результате внедрения «норм-рекомендаций» для организаторов здравоохранения и членов ХБ ведет к унификации и оптимизации организационной, оперативно-реанимационной, диагностической тактики ведения пострадавших с ЭС, повышается эффективность Л-ПУ, так как наступает результативное перераспределение сил, средств и времени. При этом значительно уменьшается удельный вес неблагоприятных исходов, осложнений, что положительно отразится на экономии бюджетных средств.

Улучшение качества лечения и его контроля повышает эффективность оказания КМП населению, сокращает сроки лечения больных, снижает затраты на медикаменты, питание, уход за больными. В результате реструктуризации системы здравоохранения, внедрения стационарзамещающих технологий, результативных методов диагностики и

лечения больных, повышается эффективность Л-ПУ на всех уровнях, так как наступает оптимальное перераспределение сил, средств и времени Л-ПУ. При этом значительно уменьшится удельный вес необоснованных госпитализаций в стационар, повысится качество амбулаторно-поликлинического обслуживания, что даст экономию бюджету в пределах 60-65%.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

При ЭС необходимо тесное интраоперационное содружество хирургов и анестезиологов-реаниматологов, воспринимаемых в единстве, как ХБ с единой целью – сохранить жизнь пострадавшего и действующих на основе системы совместной оценки и принятия коллегиально-компетентных решений по ликвидации ЭС. ХБ следует рассматривать, как «универсального решателя задач» в стесненных условиях, путем осмысленного варьирования своих действий под углом зрения совместных задач.

«Нормы-рекомендации» при ЭС, составленные на основе сопоставления с существующими «нормами-требованиями» следует воспринимать в качестве определенного уравнилителя предпринимаемых шагов ХБ у пострадавших с ЭС. Для ХБ в ЭСКН и ЭСВЭ возникает необходимость более активного пользования «стратегией отчаяния», так как вреда пострадавшему, причиняемый операцией, выполняемой по жизненным показаниям, избежать нельзя, но этот вред является меньшим, чем последствие невыполнения ее в качестве эффективного компонента реанимации.

ЭСКН и ЭСВЭ следует воспринимать, как «интраоперационную чрезвычайную ситуацию» (ИОЧС) с соответствующей психологией восприятия этого феномена. Они определяются как факторы, формирующие рабочие действия членов ХБ, которые обязаны выполнять свой долг тщательно, ответственно, коллегиально, квалифицировано, без спешки и давления друг на друга. Их совместный план коррекции ЭС должен быть компромиссом между всеми опасностями и преимуществами предпринимаемых мер.

При определении адекватной интраоперационной оценки и разрешении ЭС необходимо ориентироваться на такой интегральный показатель, как КА, КУ, КН, КП. Кроме того, необходимо использовать тактику, направленную на ликвидацию наиболее опасных последствий кризиса, ориентируясь на такие интегральные показатели, как показатель динамики интраоперационного когнитивного статуса пострадавшего. Относительный риск и ранговая значимость организационно-методических и тактико-технических факторов нарастает - ЭСР→ЭСКН→ЭСВЭ.

Система здравоохранения КР в период 2006-2012 гг. характеризовалась увеличением числа неотложных состояний (на 3,2%), снижением обеспеченности койками (с 10,3 до 9,3 на 10 тыс. населения), высоким удельным весом организационных и лечебно-диагностических дефектов в стационарном (68,9%) и амбулаторном (38,8%) секторах. Главным достижением модели развития триады компонентов: «К-СК», «А-ПК», «М-СК» является упразднение значительного количества ТБ и ЦОВП с параллельным внедрением СМ (ЦСМ/ГСВ, ДС, АДО), а также внедрение системы ОМС. Очевидная положительная динамика системы здравоохранения КР обусловлена тем, что «А-ПК» взяла значительную часть нагрузки «К-СК» на себя;

КПДО следует рассматривать в качестве важнейшего компонента системы повышения КМП населению, а потому с учетом современной научно-познавательной стратегии необходимо стремиться к сбалансированному развитию не только триады компонентов: «наука», «образование», «клиника», но и фундаментально-методологических, общемировоззренческих уровней ПДО. КГМИППК, как головное учреждение по ПДО врачей в КР, должен усилить интеграционный процесс, превращения соответствующие кафедры и курсы в центры научно-инновационного развития медицинских служб в КР.

Личный вклад соискателя. Автором самостоятельно проведен системный анализ ЭС (75%); осуществлен логический анализ понятий и терминов ЭС (ЭСР, ЭСКН, ЭСВЭ), представленных в литературе и используемых практиками (75%); определены требования к методам сбора информации о состоянии пострадавших с ЭС, осуществлен их логический анализ (75%); предложен стиль изложения «норм-требований» и «норм-рекомендаций» (75%); осуществлены табличные и оценочные расчеты, как степени тяжести пострадавшего, так и критериальной оценки уровня работы ХБ и Л-ПУ в целом (50%).

Автором сформулированы цели и задачи исследования, самостоятельно проведен анализ отечественной и зарубежной литературы по изучаемой проблеме (100%). Составлена программа исследования, разработаны анкеты и карты для сбора материала, проведены социологические опросы (75%). Автор самостоятельно собрал первичные сведения. Математико-статистическая обработка полученных результатов проводилась автором (100%). Анализ, интерпретация, изложение данных, формулирование выводов и практических рекомендаций выполнены автором лично (100%).

Автором самостоятельно проведен системный анализ ситуации с проблемой улучшения КМП (75%); осуществлен логический анализ

понятий и терминов КМП, КПДО, представленных в литературе и используемых практиками, а также проведено понятийное моделирование определения триадного подхода, модели развития, ПДО и других соподчиненных понятий (75%); определены требования к методам сбора информации о состоянии КМП и КПДО, осуществлен их логический анализ (75%); предложена модель развития триады компонентов системы Л-ПУ, триады компонентов ПДО, триады компонентов ЭХ (75%); предложена методика оценки эффективности деятельности подразделений ЛПУ (75%); предложена методика оценки эффективности систем управления КМП и КИОП при ЭС (50%).

При непосредственном участии автора осуществлялось формирование баз данных экспертных протоколов по оценке КМП на уровне ТБ, ЦСМ/ГСВ, ЦОВП с использованием технологии экспертизы КМП, в части исследований (25%) автор выступал экспертом и организатором экспертизы, во всех 100% случаях - аналитиком. 50% работ по систематизации триад проведены автором лично. Доля личного участия автора в накоплении эмпирических данных, использованных для демонстрации и обоснования выдвинутых теоретических положений – 75%; в теоретической части работы, обобщении и анализе материалов - 100%.

Апробация результатов диссертации. Основные положения диссертации апробированы на: научно-практической конференции НХЦ (Бишкек, 2017, 2023); на VIII конференции молодых ученых КГМИППК (Бишкек, 2023, 2024); на заседании кафедры хирургических болезней медицинского факультета Ошского государственного университета (Ош, 2025).

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях. По теме диссертации опубликовано 20 статей, из них 1 - опубликована в периодическом научном издании, индексируемых системой «Scopus». 6 статьи – в изданиях за пределами Кыргызской Республики.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, 6 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованных источников и приложений. Диссертация изложена на 346 страницах компьютерного текста, иллюстрирована 46 таблицами и 21 рисунками. Библиографический указатель содержит 265 авторов, в том числе 200 - из ближнего и 65 – дальнего зарубежья.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

В первой главе «Современные проблемы качества медицинской помощи» изложены результаты обзора литературы по современным

проблемам качества медицинской помощи при экстремальных ситуациях, а также качества последипломного образования врачей и основные направления их решения.

Во второй главе освещены методология и методы исследования.
Объект исследования: система обеспечения качества медицинской помощи в Кыргызской Республике у пострадавших с тяжёлыми ранениями и политравмой, находящихся в экстренных состояниях различной категории (ЭСР, ЭСКН, ЭСВЭ); хирургическую бригаду, рассматриваемую как профессиональное интраоперационное содружество хирургов и анестезиологов-реаниматологов и организационные структуры и процессы, обеспечивающие качество оказания интраоперационной помощи при экстремальных ситуациях. **Предмет исследования:** многоуровневые процессные модели развития и совершенствования триадных компонентов системы качества медицинской помощи, экстренных ситуаций и повышения эффективности интраоперационной помощи при тяжёлых ранениях и политравмах, и административно-методические механизмы оценки степени разрешения экстренных ситуаций и управления хирургической службой.

2.1. Материалы и методы исследования по оценке качества интраоперационной помощи при экстремальных ситуациях. Особенностью нашей работы состоит в том, что предметом исследований нами определены важные аспекты проблем разрешения интраоперационных ЭС: методологические; клинико-психологические; организационно-методические; тактико-технические. За период 2009-2017 гг. совокупный материал по тяжелыми ранениями и политравмой, находившиеся в ЭС составил 184 пострадавших. Анализу подвергнуты данные 100 из них. У 16% пострадавших имело место тяжелое ранение, тогда как у 84% - политравма. В обеих группах преобладали мужчины (соответственно, 13% и 60%), а также лица молодого (82%) возраста, тогда как лица среднего и пожилого возраста составили, соответственно, 14% и 4%. Как видно из таблицы 2.1.3., в более половине случаев (60%) у пострадавших имело место ЭСР, в 24% случаев – ЭСКН и в 16% - ЭСВЭ. Если в группе пострадавших с ЭСР соотношение мужчин и женщин равнялось 1:1,7, то в группе ЭСКН и ЭСВЭ – 1:7.

Таблица 2.1.3 - Распределение пострадавших по типу ЭС, полу и возрасту

ЭС	n	Пол		Возраст		
		Муж.	Жен.	<45	46-59	>60
ЭСР	60	38	22	58	2	-
ЭСКН	24	20	4	18	6	-
ЭСВЭ	16	15	1	6	6	4
Итого:	100	73	27	82	14	4

В целом почти половина (49%) пострадавших в операционную поступили в течение 1 ч. с момента получения травмы или ранения. Почти ½ часть пострадавших (24%) поступили в сроки 1-2 ч., тогда как в сроки 2-4 ч. и более – 27% пострадавших. Во всех группах пострадавших преобладали две причины – ДТП и уличные травмы. В целом, они составили, соответственно 59% и 23%. Бытовые травмы составили 7%, производственные – 5%, падение с высоты и прочие травмы по 3%. В группе пострадавших с ЭСКН уличные травмы и ДТП составили 83%, а в группе с ЭСР и ЭСВЭ – 81%.

Нами использован ряд оценочных исследований пострадавших (табл. 2.1.6).

Таблица 2.1.6 - Характер и объем оценочных исследований

Объем и характер исследований	n	В т.ч. у пострадавших с ЭС		
		ЭСР	ЭСКН	ЭСВЭ
Балльная оценка тяжести состояния пострадавшего	100	60	24	16
Хронометражный дневник операции	48	22	16	10
Шкалированная оценка качества организационных, тактико-технических решений	82	52	18	12
Количественная оценка уровня работы	66	34	20	12
Расчетный метод индивидуализации ИТТ	74	39	21	14

Для унификации процесса оценки, объективизации тяжести состояния пострадавших, прогнозирования исхода, индивидуализации ИИТ применены ряд расчетных методов. Для оценки тяжести травмы и тяжести состояния пострадавших с ЭС нами использована модифицированная таблица балльной оценки (100%). Применен хронометражный дневник наркоза+операции+реанимации (48%). Выполнена шкалированная оценка качества организации, тактики и техники (82%).

Технология анестезиологического и реанимационного пособия. Премедикация перед операцией у всех пострадавших проводилась однотипно с применением препаратов бензодиазепинового ряда. Общая анестезия включала индукцию пропофолом в дозе 1,5–2,5 мг/кг–1 с поддержанием ингаляцией смеси галотана с кислородом (2:1). Анальгезия осуществлялась фракционным введением фентанила, миоплегия для интубации трахеи обеспечивалась сукцинилхолином (2 мг/кг–1), продленный нейромышечный блок – ардуаном в стандартных дозировках. ИВЛ проводилась в режиме нормовентиляции (PaCO₂ 35–37 мм рт. ст.).

2.2. Методология качества интраоперационной помощи при экстремальных ситуациях. Предметом исследования явились, во-первых,

тенденции и эффективность совершенствования ПМСП, ФАП, ГСВ/ЦСМ, ТБ, ЦОВП в рамках достижения КМП, а, во-вторых, тенденции и результативность профессионального и непрофессионального ДО врачей в рамках достижения КДО. Объектов исследования явились ПМСП, ФАП, ГСВ/ЦСМ, ТБ, ЦОВП, ФОМС, КГМИППК, научно-познавательные технологии, научно-образовательные проекты, учебно-методические программы и планы.

Признаки изучения в аспекте повышения КМП: структурные преобразования в системе медицинских услуг, эффективность управления, состояние здоровья населения, воспроизводство населения. Аспекты управленческой деятельности рассматривались с позиций трансформации системы здравоохранения КР: сокращение числа Л-ПУ, коечного фонда, врачей и средних медицинских работников. Оценка управления КМП основывалась на анализе показателей Л-ПУ и их подразделений.

Признаки изучения в аспекте повышения КПДО: структурно-функциональная модернизация системы ПДО врачей. Оценка КПДО основывалась на моделях развития компонентов ПДО. В работе использован комплекс современных методов анализа: социологический, исторический, метод организационного эксперимента, статистический системный анализ, структурно-логический анализ. Результаты структурных преобразований в системе медицинских услуг оценивались по таким параметрам, как объем и качество медицинских услуг, сокращение числа Л-ПО и коечного фонда.

Источниками информации послужили: данные официальных статистических отчетов; официальные нормативные документы и источники литературы; карты экспертных оценок; анкета по изучению удовлетворенности пациента КМП в «К-СК»; анкета по изучению удовлетворенности пациента КМП на первичном и вторичном уровнях системы здравоохранения КР.

2.3. Материалы, методология и методы исследования по оценке качества медицинской помощи населению. Сведения о заболеваемости и смертности основаны: на статистических материалах РМ-ИЦ МЗ КР за период 2006-2013 гг.; на информации по контролю КМП на уровне ТУ ФОМС за период 2006-2012 гг.; на информации статических отчетов ФОМС при ПКР за период 2006-2012 гг. При этом использованы следующие выкопировки: данных из отчетных статистических форм; данных из аналитических форм РМ-ИЦ; данных из отчетных статистических форм ФОМС и ТУ ФОМС.

Объемы собственного исследования за период 2006-2012 гг. составили: карта больного, выбывшего из стационара; экспериментальный

талон учета медицинских услуг; статистический талон; модели стандартов амбулаторно-поликлинической медицинской помощи для населения; модели структуры системы клинического управления; модели обеспечения и управления КМП; клинические модели; журнал регистрации в МСЭК КР (формы 88.ф., 88.д.).

Заболеваемость изучалась по данным обращаемости за медицинской помощью, а также комплексного медицинского осмотра в ЦСМ/ГСВ ЦОВП, ТБ. Изучены следующие Акты медицинской экспертизы: пролеченного случаев (форма №2 ОМС); летального случая (форма №4 ОМС); карты амбулаторного больного (форма №1 ОМС); случая смерти на дому (форма №3 ОМС). Анализ динамики изменений заболеваемости за период 2006-2012 гг. проводился по показателям: абсолютного прироста; темпа роста; темпа прироста и % прироста. При этом заболевания фиксировались в соответствии с МКБ-10 (1999).

Индивидуальная оценка состояния здоровья оценивалась по критериям Дюкаревой А.М. (1998). Выравнивание динамического ряда осуществлялось путем вычисления скользящей средней. О воспроизводстве населения судили по демографическим показателям (смертность, рождаемость, естественный прирост населения, рост и прирост населения). Данные о численности населения заимствованы из публикаций, отражающих перепись населения на 1989-1999 гг.

Проведен ретроспективный статистический анализ первичных учетно-отчетных материалов по состоянию медицинской помощи в ЦСМ/ГСВ, ТБ, ЦОВП, ФАП, СМП с комплексной экспертной оценкой на основе «Положения об управлении КМП в системе ОМС» (МЗ КР, 2002, №297). Проведен анализ архивных материалов ФОМС, касающихся этапного состояния республиканской системы здравоохранения.

Экспертной оценке было подвергнуто 505 карт вызова СМП, в том числе по поводу заболеваний: ОИМ - 40, ИБС - 84, АГ - 151, ОХ - 50, бронхиальная астма - 99, острое нарушение мозгового кровообращения - 29, язвенная болезнь - 13, травмы, отравления - 39 карт. Результаты определения затрат времени при обслуживании вызовов бригадами СМП заносили в специально разработанную хронометражную карту.

Проводилось изучение мнения населения об удовлетворенности организацией и качеством оказания СМП. Статистической обработке было подвергнуто 637 «Анкет изучения мнения населения по вопросам организации и качества оказания скорой медицинской помощи». Проведен опрос 206 медицинских работников станции СМП. Определены причины несвоевременного, неполного обследования и лечения; изучены факторы, влияющие на качество СМП; степень удовлетворенности населения и

медицинских работников организацией и качеством СМП.

Уровень ХЗ наиболее полно отражает эффективность оказания КМП. В практическом плане важно знать не только уровень ХЗ, но и количественный состав больных ХЗ, степень обращения пациента за медпомощью и их потребность в медпомощи. Численность лиц с ХЗ устанавливали на основе коэффициента хронизации, который определялся по формуле: $K_{хр} = X/Y$, где $K_{хр}$ -коэффициент хронизации; X - уровень обращаемости по ранее известному заболеванию; Y - уровень первичной заболеваемости по этой же нозологии.

Лицензирование и аккредитация проводилась соответствующей комиссией МЗ КР. Лицензирование медицинской деятельности ЛПУ было проведено с помощью стандартов, которые определяли минимальные уровни ресурсов и условий в них, абсолютно необходимые для осуществления ими профессиональной деятельности. Аккредитационное обследование деятельности Л-ПУ осуществлялось на основе системного подхода с использованием национальной методики экспертных оценок.

Для экспертной оценки деятельности Л-ПУ использовались разработанные интегрированные коэффициенты: качества медицинский службы; коэффициент соответствия стандартам организации управления; коэффициент соответствия стандартам материально-технической базы; коэффициент соответствия стандартам профессионального уровня медицинских кадров.

Применявшиеся для оценки деятельности Л-ПУ коэффициенты соответствия стандартам представляют собой оценку = 1,0, к чему должно стремиться медицинское учреждение. Коэффициент 1,0 предусматривает соответствие стандартам аккредитации = 100%; 0,5 = 50%. Коэффициент не должен быть >1,0. Коэффициент соответствия стандартам структуры службы (КС) вычисляется по формуле: $КС = \Phi/C$, где Φ - фактическое значение критерия (стандарта).

Таким образом, оценка деятельности всего Л-ПУ в целом и его отдельных служб выполнена в цифровом выражении, что дает наглядное представление о Л-ПУ или его отдельных подразделений. Состояние организации Л-ПУ включают в себя совокупную оценку следующих уровней: управления Л-ПУ и структурными подразделениями; профессиональной подготовленности кадров; состояния материально-технической базы, сервисных услуг.

В процессе проведения аккредитационной экспертизы проводился сбор и анализ необходимого первичного материала и выкопировка данных в экспертные карты критериев оценок деятельности управления учреждений с последующим анализом деятельности руководителя Л-ПУ, его

заместителей, а также заведующих подразделениями. Наличие всех перечисленных критериев в отдельности и совокупности условно принято за коэффициент = 1,0. Алгоритм ведения экспертной карты заключается в том, что при заполнении карты в графе «фактически» проставляется наличие или отсутствие данного критерия соответствующими знаками(+) или (-) , или проставляется соответствующее значение критерия 0-1,0. В том случае, если проставлен знак (+) то коэффициент соответствия (КС) = 1,0. Если выставлен знак (-) то, соответственно, коэффициент = 0.

КС стандартам по каждому критерию рассчитывается по вышеприведенной формуле. Затем вычисляется коэффициент результативности (КР) для каждого руководителя по формуле: $КС_1 + КС_2 + КС_3 + \dots + КС_n$, где n - количество критериев; $КС_1, КС_2, КС_3$ и т.д. – КС по каждому критерию. После этого заполняется оценочная таблица и вычисляется оценка уровня управления ЛПУ в части врачебные службы: $КР_1 + КР_2 + КР_3 + \dots + КР_n$, где n - количество должностей; $КР_1, КР_2, КР_3$ и т.д. – КР по каждой должности.

КМП оценивается путем экспертизы первичной медицинской документации: медицинских карт амбулаторного и стационарного больных. Рассматривались случаи заболеваемости, смертности и первичного выхода на инвалидность, уровень процесса выявления, диспансеризации и госпитализации по индикаторным заболеваниям органов.

Экспертами ФОМС выполнена экспертиза на уровне стационаров за 2012 г. в объеме 12360 медицинских карт, что составляет 2,7% количества пролеченного случая в 32 проверенных Л-ПУ. Данные по каждой амбулаторной карте или истории болезни заносятся в стандартные карты: «Экспертная оценка качества медицинской помощи больным в стационарных учреждениях»; «Экспертная карта оценки качества медицинской помощи больному в ЦСМ/ГСВ».

Коэффициент соответствия технологии оказания медицинской помощи высчитывается по формуле: $(N-1)-0,1 \times d$, где n - число экспертиз первичной медицинской документации; 1 - число отклонений от стандартов качества; d - количество грубых дефектов. Показателем экономической эффективности оказываемой медицинской помощи является величина затрат, связанных с медицинским обслуживанием больных на этапе ПМСП и при госпитализации. Нами были произведены расчеты по «стандартным» значениям вышеуказанных экономических затрат.

При этом в качестве базовой информации были использованы: 1) данные нозологических форм по первичной медико-статистической документации, в результате обработки которых и с помощью деления всего объема конкретного мероприятия на число больных рассчитана кратность

медицинских мероприятий по выделенным заболеваниям; 2) для определения затрат на каждое медицинское мероприятие его стоимость умножали на его кратность и полученные величины суммировали.

Стоимость медицинских услуг и другие экономические показатели были получены из утвержденных источников ФОМС, местных органов управления и территориального управления ФОМС, а также преискурантов аптек. Завершением всех указанных анализов было применение методов моделирования, которые были инструментами для развития системы управления КМП населению КР.

2.4. Материалы, методология и методы исследования по оценке качества последиplomного образования врачей. В целом, нами созданы процессные модели по системам: «Здравоохранение», «Л-ПУ», «ПДО», «ЭХ». Они связывают все элементы деятельности между собой и ориентирует каждый из них на достижение общей цели. На наш взгляд, в системе здравоохранения важно оценить взаимосвязь триады компонентов: 1) «К-СК»; 2) «А-ПК»; 3) «М-СК», а в системе «Л-ПУ» триады компонентов: 1) «О-УК»; 2) «Т-РК»; 3) «П-КК», тогда как в системе ПДО - триады компонентов: 1) «О-ОК»; 2) «У-МК»; 3) «К-ЛК». На наш взгляд, триадный подход к оценке процессных моделей указанных компонентов позволяет не только провести симметризацию, но и моделировать роль указанных компонентов триад.

В системе улучшения КМП важное место занимает управление КМП. КК – это мера процесса, дающая возможность: оценить степень достижения приоритетных задач; степень выполнения стандартов; эффективность медицинской помощи. КК врачебной помощи, ориентированные на достижение приоритетных задач, должны быть: взаимосвязаны между собой; научно обоснованными; реально достижимыми; иметь количественные или качественные выражения.

Об эффективности реабилитационных мероприятий судили по показателю «У/З» - отношению умерших (У) к заболевшим (З). Чем выше числовое выражение данного показателя, тем ниже эффективность проводимых реабилитационных и профилактических мероприятий. Этот показатель рассматривался нами в динамике, что позволило оценить КМП.

2.5. Статистическая обработка данных. Статистическая обработка материалов проведена по методике социально-гигиенического исследования Мерков А.М., Поляков Л.Е. (1974). Статистический анализ применялся в случаях необходимости получить качественные характеристики изучаемых процессов и явлений на основе количественных данных. Оценка достоверности различия сравниваемых величин проводилась по критерию Стьюдента (t) и уровню вероятности

безошибочного прогноза (Р). При этом ($P < 0,05$) соответствовала уровню значимости 95% вероятности безошибочного прогноза, ($P < 0,01$) - 99% и соответственно ($P < 0,001$) - 99,9%.

В третьей главе «Триадная модель развития качества на уровне системы экстренной хирургии» изложены результаты моделирования трех компонентов: «К-ПК», «О-МК», «Т-ТК». Задачей главы является оценка процессной модели развития триады компонентов системы ЭХ: «К-ПК», «О-МК», «Т-ТК». Сочли необходимым проследить параллелизм между этими компонентами системы ЭХ.

3.1 Развитие клинико-психологического компонента. В данном разделе исследуются клинико-психологические аспекты разрешения интраоперационных экстремальных ситуаций (ЭС). Анализ данных 100 пострадавших с тяжелыми травмами и политравмой (2009–2017 гг.) выявил ключевые факторы, затрудняющие принятие решений хирургической бригадой (ХБ): новизна ситуации (72%), спешка (48%), недостаток знаний (30–41%) и отвлекающие факторы (40%).

Особое внимание уделено когнитивным уровням принятия решений в условиях ЭС: сенсорно-моторный - автоматизированные действия; процедурный - стандартные алгоритмы; абстрактный - нестандартные решения при кризисах.

Выявлены типичные ошибки ХБ, такие как "ошибка автоматизма" или "фиксация на неверной тактике", а также когнитивные искажения ("всё в порядке", "так и только так"). Предложены меры по оптимизации работы ХБ: 1). Заблаговременная отработка процедур реагирования; 2). Коллегиальность в принятии решений; 3). Систематическое обучение на моделях ЭС.

Подчеркивается важность управления ресурсами, включая координацию действий, мобилизацию внешней помощи и контроль динамики состояния пациента. Отмечено, что психологические факторы (самонадеянность, импульсивность) значительно влияют на эффективность работы ХБ.

Таким образом, эффективное разрешение ЭС требует интеграции профессиональных навыков, адаптивного мышления и слаженного командного взаимодействия. Разработанные алгоритмы и обучающие программы способствуют минимизации ошибок и повышению безопасности пациентов.

3.2. Развитие организационно-методического компонента. В данном разделе исследуются организационно-методические аспекты оказания оперативно-реанимационной помощи пострадавшим в экстремальных состояниях (ЭС). Анализ основан на данных 100 пациентов

с тяжелыми ранениями и политравмой, разделенных на три группы по степени тяжести и срочности хирургического вмешательства.

Основными повреждениями у пострадавших были травмы головного мозга, переломы трубчатых костей, разрывы паренхиматозных органов, а ведущими причинами летальности - острое нарушение дыхания, кровообращения и массивная кровопотеря. Шокогенность травмы у 82% пациентов оценивалась в 5–10 баллов, при этом наиболее тяжелые повреждения (7–10 баллов) составили 42%.

Летальность среди пострадавших в ЭС составила 22%, с наибольшим показателем в группе ЭСВЭ (81,25%). Основными организационными дефектами стали: отсутствие настороженности хирургической бригады (50%), недостаточное материально-техническое оснащение (41%), слабая организация хирургической работы (34%) и ошибки в ведении медицинской документации (35%).

Для улучшения качества помощи предложен синдромальный подход, включающий экспресс-диагностику и параллельное проведение реанимационных и хирургических мероприятий. Относительный риск организационно-методических факторов возрастал от ЭСР к ЭСВЭ, что подчеркивает необходимость оптимизации ресурсов и повышения квалификации медицинского персонала.

Резюмируя, ключевыми направлениями совершенствования являются: своевременная диагностика, оснащение операционных, обучение бригад и минимизация организационных ошибок для снижения летальности и улучшения исходов лечения.

3.3. Развитие тактико-технического компонента. В данном разделе исследуются тактико-технические аспекты оказания оперативно-реанимационной помощи пострадавшим в экстремальных состояниях (ЭС). Анализ основан на данных 100 пациентов с тяжелыми ранениями и политравмой, разделенных на три группы: ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ. Реанимация с оперативным компонентом выполнена у 97% пострадавших, при этом летальность составила 20% в этой группе, тогда как в группе без оперативного вмешательства - 100%.

Основными интраоперационными осложнениями были комбинированный шок (I–IV степени), пневмоторакс, гемоторакс и гемоперитонеум. Наибольшая тяжесть шока (III–IV степени) и кровопотери (III степени) наблюдалась у пациентов с ЭСВЭ. Летальность в этой группе достигла 81,25%, а основными причинами смерти стали острая кровопотеря, острая дыхательная недостаточность (ОДН) и острая сердечно-сосудистая недостаточность (ОССН).

Среди тактических упущений выделены: задержка оперативного

вмешательства из-за первоначальной госпитализации в реанимацию (41%), неоправданное затягивание реанимационных мероприятий (38%), недостаточное использование диагностических возможностей (20%) и несвоевременное привлечение консультантов (12%). Технические ошибки включали неправильный выбор хирургической тактики (36%), травматичное оперирование на фоне критического гомеостаза (39%) и неадекватный гемостаз (13%).

Лабораторные данные показали значительные нарушения свертывающей системы и электролитного баланса у пациентов с ЭСВЭ: удлинение времени свертывания крови, гипонатриемию и гиперкалиемию. Объем инфузионной терапии возрастал пропорционально тяжести шока, достигая 4500 мл при IV степени.

Результаты оценки тактических решений показали, что только 21% решений были продуманными, тогда как 39% — недостаточно продуманными, а 19% - ошибочными. Наибольшая частота ошибок зафиксирована в группе ЭСВЭ (56,2%).

Для оптимизации помощи предложена триадная модель, включающая взаимодействие компонентов: корректировка тактики (К-ПК), объем медицинской помощи (О-МК) и технологические процессы (Т-ТК). Математическое описание системы подчеркивает необходимость динамического управления и координации между этими элементами для улучшения исходов лечения.

Резюмируя, ключевыми направлениями совершенствования являются: своевременное оперативное вмешательство, адекватная инфузионная терапия, минимизация тактических и технических ошибок, а также внедрение системного подхода к управлению экстренной помощью.

Подводя итоги, нужно отметить, что процессная модель развития системы ЭХ должна быть построена на триадной основе как взаимодействие трех компонентов: 1) Эффективный процесс «К-ПК»; 2) Эффективный объем «О-МК»; 3) Эффективный уровень «Т-ТК». Триадную структуру можно представить в виде ориентированного графа из трех компонентов, которые характеризуются связями и отношениями (рисунок 3.3.1). Это динамическая структура, и связи между элементами зависят от времени, поэтому ее можно задать системой трех дифференциальных уравнений в нормальной форме Коши.

Математическая модель динамики системы здравоохранения КР можно описать следующей системой дифференциальных уравнений: «К-ПК» = f_1 («К-ПК», «О-МК», «Т-ТК», U); «О-МК» = f_2 («К-ПК», «О-МК», «Т-ТК», U); «Т-ТК» = f_3 («К-ПК», «О-МК», «Т-ТК», U), где U – управляющее воздействие, f_n – в общем случае нелинейные функции.

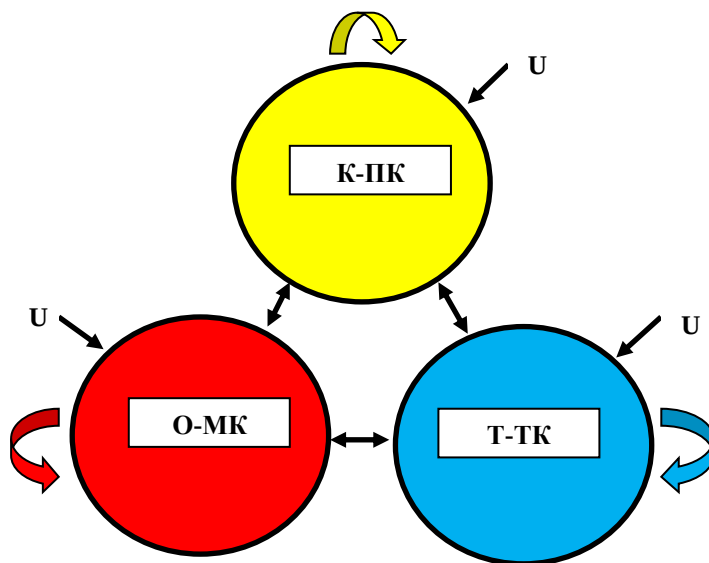


Рисунок 3.3.1 - Модель развития триады компонентов системы ЭХ.

Три функциональных сегмента в единой структуре должны интенсивно и эффективно взаимодействовать друг с другом, а ЭХ при ЭС предстает перед нами в качестве единой системы. На основании характеристики тактико-технических аспектов решения ЭС у пострадавших при оказании оперативно-реанимационной помощи пострадавшим, находящимся в ЭС, нами сформулировано нижеследующее резюме-суждения:

При определении адекватной интраоперационной оценки и разрешении ЭС необходимо ориентироваться на такой интегральный показатель, как степени неопределенности, степени реализации угрозы, степени прогнозирования последствий выбора той или иной альтернативы оперативного вмешательства. В ЭС необходимо использовать тактику, направленную на ликвидацию опасных последствий, на стабилизацию кризиса, ориентируясь на такой интегральные показатели функций жизненно-важных органов и систем, как показатель изменения когнитивного статуса пострадавшего. Наиболее частым тактическим упущением врачей было то, что пострадавшего, находящегося в ЭС первоначально госпитализировали в реанимационное отделение, а потом уже оттуда перевозили его в операционную (41%).

Неоправданно затягивается время оказания реанимационных мероприятий в ущерб срочности необходимого в данный момент оперативного компонента этой реанимации (38%). Недостаточное интраоперационное использование диагностических возможностей ХБ имело место в 20% случаев, тогда как нарушение установленного порядка

применения методов диагностики, прогнозирования и оперативно-реанимационного пособия - у каждого четвертого пострадавшего (25%).

Недооценка степени нарушения гомеостаза, а также характера повреждения внутренних органов (32%), а в результате – неоправданное расширение объема оперативного вмешательства в ущерб полноты и сроков реанимационных мер (26%) и, наоборот, в 36% случаев имело место неоправданное сужение объема операции по настоянию анестезиологов-реаниматологов. В 31% случаев зафиксировано неправильное показание к одномоментным операциям, имело место разногласия между хирургами и анестезиологами-реаниматологами.

Относительный риск достоверно возрастает в зависимости от уровня ЭС: ЭСР→ЭСКН→ЭСВЭ. При этом относительный шанс различных организационно-методических факторов возрастает в аналогичной последовательности: В→Б→А. В группе пострадавших с ЭСВЭ непродуманные либо плохо продуманные решения выявляются у более ½ пострадавших (50,2%). В группе пострадавших с СВК эта цифра составляет 45,8%, а при ЭСР – 33,4%, что свидетельствует о недостаточности оказания оперативно-реанимационной помощи пострадавшим, находящимся в ЭС.

Наиболее высоким удельным весом обладают такие заблуждения хирургов технического характера, как неправильная интерпретация хирургической ситуации и, как результат, искажение сущности оперативного приема (36%), а также продолжительное и травматичное оперирование в условиях критического нарушения гомеостаза (39%).

Неправильный выбор очередности хирургического вмешательства, что имело место практически у каждого четвертого пострадавшего с ЭС (25%), а также нецелесообразный на тот момент оперативный прием, приведший к утяжелению без того тяжелого состояния пострадавших (22%). Относительный риск достоверно возрастает в зависимости от уровня ЭС: ЭСР→ЭСКН→ЭСВЭ. При этом относительный шанс различных технических факторов возрастает в аналогичной последовательности: В→Б→А. В группе пострадавших с ЭСВЭ и ЭСКН неправильные либо частично неправильные технические решения были допущены практически у каждого второго пострадавшего.

В четвертой главе «Триадная модель развития качества на уровне системы лечебно-профилактических учреждений» изложены результаты моделирования следующих компонентов повышения КМП: «О-УК», «Т-РК», «П-КК». Разработанная модель включает в себя системный подход к управленческой деятельности руководителей службы и членов администрации ТБ, ЦСМ/ГСВ, а также современные механизмы оптимизации всех аспектов, методов и стилей руководства службы в рамках

Л-ПУ.

4.1. Развитие организационно-управленческого компонента. В данном разделе исследуются ключевые аспекты управления лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ) в условиях модернизации системы здравоохранения. Основное внимание уделено трем компонентам: организационно-структурному, функционально-технологическому и социально-психологическому. Анализ выявил значительные недостатки, включая отсутствие лечебно-контрольных комиссий в 63,1% территориальных больниц (ТБ) и 55,4% центров семейной медицины (ЦСМ), а также несоответствие стандартам аккредитации в 36,6% случаев.

Результаты показали, что уровень управления ЦОВП значительно ниже (коэффициент соответствия $0,52 \pm 0,01$), чем в ТБ ($0,79 \pm 0,08$) и ЦСМ ($0,70 \pm 0,04$). Основные проблемы включают слабый контроль за выполнением нормативов, фрагментарное применение инструментов оценки качества медицинской помощи (КМП) и неэффективность документационного обеспечения (58,4% в ЦОВП).

Для оптимизации управленческой деятельности предложена интегративная модель, основанная на системном подходе и включающая планирование, координацию, контроль и мотивацию. Особое внимание уделено демократическому стилю руководства, который способствует формированию благоприятного психологического климата и повышению профессиональной мотивации сотрудников.

В качестве иллюстрации эффекта управленческой деятельности можно провести следующие сравнительные данные по республике. В частности, дефекты в обследовании снизились в Чуйской области с 4,9% в 2011 г. до 4,4% в 2012 г., в Жалал-Абадской области в 2011-2012 гг. – с 5,1% до 2,3%, соответственно. Минимальное количество медицинских карт с дефектами оформления выявлено в Чуйской области в 2012 г. – 9,7%, в 2011 г. – 12,2%, в Жалал-Абадской области в 2012 г. – 15,3%, в 2011 г. – 14,4%. Дефектов лечения в Жалал-Абадской области в 2010 г. выявлено – в 8,2% случаев, в 2011 г. – в 5,6%, в 2012 г. – 5,2% случаев. В Чуйской области в 2012 г. – в 6,3%, а в 2011 г. – в 5,8% случаях.

4.2 Развитие технико-ресурсного компонента. В данном разделе исследуются ключевые аспекты развития материально-технической базы системы здравоохранения Кыргызской Республики в рамках программ «Манас» и «Манас-Таалими». Основное внимание уделено проблемам доступности медицинской помощи, обусловленным географическими, экономическими и социальными факторами, включая сложные условия горной местности, низкую плотность населения и ограниченную транспортную инфраструктуру.

Анализ выявил значительный дефицит материально-технического оснащения ЛПУ: 76,5% ЦОВП испытывают нехватку мягкого и твердого инвентаря, 77,2% - диагностического оборудования, а 47,9% — страдают от высокой изношенности медицинской техники. Особую озабоченность вызывает состояние инженерных коммуникаций, где 87,6% ТБ и ЦОВП имеют неполадки в системах водоснабжения и канализации.

Для решения этих проблем предложены следующие направления:

1. Разработка стандартов оснащения ЛПУ с учетом их специфики.
2. Модернизация парка медицинского оборудования и внедрение новых технологий.
3. Создание стратегий долгосрочных поставок качественного импортного оборудования.
4. Повышение квалификации персонала для работы с современной техникой.

Классификация пациентов на три категории («Э» - экстренные, «Х» - хронические, «Я» - высокотехнологичные) позволила дифференцировать подход к организации медицинской помощи. Например, экстренные пациенты составляют 29,2% госпитализаций со средней продолжительностью пребывания 11,6 дней.

Особое внимание уделено проблемам паллиативной помощи: 90% пациентов умирают вне медицинских учреждений, что требует развития хосписов и улучшения условий ухода на дому.

Резюмируя, совершенствование технико-ресурсного компонента системы здравоохранения требует комплексного подхода, включающего модернизацию инфраструктуры, оптимизацию распределения ресурсов и внедрение инновационных решений для повышения доступности и качества медицинской помощи.

4.3 Развитие профессионально-кадрового компонента. В данном разделе анализируются ключевые аспекты кадрового обеспечения системы здравоохранения Кыргызской Республики. Проведенный комплексный анализ должностной и профессионально-квалификационной структуры кадров показал, что данный период по-прежнему характеризуется значительным дисбалансом в численности, качестве и распределении врачей по профилям Л-ПУ.

Экстренную и плановую медицинской помощь в регионы оказывают врачи ЦСМ/ГСВ, что составляет 28,9% в целом по республике. Обеспеченность населения врачи ЦСМ значительно ниже среднереспубликанского уровня. В частности, врачами в Чуйской, Ошской и Иссык-Кульской областях более, чем в 2 раза. Наиболее низкая обеспеченность отмечается в Иссык-Кульской области (2,5 на 10000

населения) и в Жалал-Абадской области (2,8%). За период 2006-2008 гг. в регионе уменьшилась абсолютная численность врачей - на 6,9%. Врачебный состав в селах характеризуется увеличением количества работников старшего возраста. В Баткенской, Ошской, Жалал-Абадской, Нарынской областях 35,6% практикующих врачей имеют возраст 40-45 лет, в то же время в г.Бишкек сосредоточено 54,2% врачей, имеющих возраст <40 лет.

За 2006-2008 гг. более чем вдвое сократилась доля сельских молодых врачей (<30 лет). За 2007-2010 гг. только 17,8% врачей устроились в Л-ПУ сельских регионов, а в таких областях, как Баткенская, Нарынская и Таласская, их доля составила всего 6,0%, 2,7% и 1,1%, соответственно. Безусловно, что на КМП большое влияние оказывает не только уровень профессиональной подготовки и своевременность прохождения курсов по повышению квалификации, но и ПДО. Между тем, в Л-ПУ практически отсутствует программа не только ПДО, но и обучения врачей без отрыва от основной деятельности.

Внедрение и реализация ПДО, а также метода дистантного повышения квалификации позволили бы повысить уровень профессионализма большинству врачей без материальных затрат на проведение обучения в КГМИППК или его филиал в г.Ош. Конечная экспертная оценка соответствия стандартам должностной и профессионально-квалификационной структуры врачей в ТБ составила $0,75 \pm 0,03$, что говорит о соответствии стандартам экспертизы на 75%.

Сравнительный анализ результатов экспертной оценки соответствия стандартам должностной и профессионально-квалификационной структуры врачей ЦСМ в Чуйской и Иссык-Кульской областях показал, что они составляют, соответственно, $0,59 \pm 0,04$ и $0,53 \pm 0,02$. Однако, показатели значительно ниже, чем показатели в ТБ данных областей ($0,75 \pm 0,03$). Следует отметить, что выявляется прямая корреляционная связь уровня кадрового потенциала и КМП в вышеперечисленных ЦСМ ($k = +0,7 \pm 0,01$), свидетельствующая о том, что повышение качества и эффективности деятельности кадров непременно приводит к улучшению показателей КМП.

Вышеприведенные результаты анализа численности и профессионально-квалификационной структуры врачей требуют разработки новых механизмов планирования их численности в сельских районах. В существующих отраслевых нормативных документах указывалась возможность их коррекции в зависимости от местных условий (заболеваемости населения, демографической ситуации, транспортной ситуации и т.д.).

Число врачей по итогам 2011 г. составило 12614 человек или 22,7 врача на 10000 населения. Процент укомплектованности врачей по

республике составляет 91,3% при коэффициенте совместительства 1,3. Для решения кадровой проблемы в регионах ПКР принята программа «Депозит врача» (2006), согласно которой врачам в отдаленных регионах дополнительно к заработной плате дополнительно начисляется 3000 сом ежемесячно.

В 2012 году по программе Депозит врача, утверждена новая программа по дополнительному стимулированию врачей, работающих в отдаленных регионах, согласно которой предусматривается ежемесячная доплата в размере 7 000 сом. После повышения заработной платы в 2011 г. число ушедших и прибывших врачей имеет тенденцию к стабилизации (число врачей на 10 000 населения в 2009 г. – 23,0, в 2010 г. -22,3, в 2011 г. – 22,7).

Проведение процесса планирования кадрового потенциала в современных условиях должно обеспечить выполнение следующих задач: 1) планирование кадрового потенциала должно подчиняться основным требованиям процесса реструктуризации системы предоставления медицинских услуг населению - делегирование полномочий по управлению собственными ресурсами Л-ПУ; 2) при планировании необходимо четко выделить систему медицинских услуг, которые собираются оказывать Л-ПУ; 3) виды деятельности, которые должны выполнять медицинские работники.

Для Л-ПУ важно располагать такими врачами, которые способны оказать необходимые услуги в нужное время, в нужном месте, в нужном количестве и соответствующего качества. Поэтому необходимо такое распределение обязанностей, которое позволяет работникам развивать свои способности, эффективно и с полной нагрузкой работать и получать удовлетворение от выполненной работы. Планирование должно создать условия для мотивации более высокой эффективности лечебно-диагностического процесса и повышения удовлетворенности работой. В этих условиях резко возрастает значимость экономических факторов сохранения трудового потенциала, стимулирования профессионального роста, повышения качества и интенсивности труда.

Практическая реализация в Л-ПУ кадрового планирования осуществляется посредством комплекса взаимосвязанных мероприятий. Работу по планированию важно начать с определения качественного состава кадров и удельного веса в данном составе врачей с высшей категорией и большим стажем работы. Так, к 2006 г. в ЦСМ установлено увеличение доли врачей со стажем <5 лет по сравнению с ТБ, а в ЦОВП отмечается значительное уменьшение доли этих врачей.

Установлено, что удельный вес врачей со стажем >5 лет имеет четкую тенденцию к увеличению (в 2008 г. – 42,6%, в 2010 г. – 48,9%). В период

2005-2007 гг. удельный вес врачей со стажем <5 лет составлял в среднем 38,6%. В ЦОВП удельный вес врачей со стажем >5 лет имеет обратную тенденцию, чем в ТБ (в 2008 г. – 24,5%, в 2010 г. – 8,0%). В ЦСМ удельный вес врачей со стажем >5 лет в 2 раза меньше, чем в ТБ в сроки 2008-2010 гг. В результате его анализа была выявлена значительная текучесть врачебных кадров за указанный период, особенно в 2008 г. За 2006-2010 гг. количество выбывших врачей из ТБ, ЦСМ и ЦОВП суммарно составило 34,7%, тогда как только в 2008 г. из ТБ выехало 46,6% врачей, из ЦСМ – 13,5%, из ЦОВП – 69,9%. 52,1% всех выбывших врачей составили женщины. От общего числа выбывших 61,2% составляли врачи со стажем <5.

Установлено, что имеющаяся неадекватная нагрузка врачей во многих сельских ЛПУ «защищена» штатными нормативами. Так, 56,4% врачей ТБ и ЦСМ были совместителями, причем 43,5% из них совмещали в размере >0,5 ставки. В то же время укомплектованность врачами в ТБ, ЦСМ, ЦОВП составляла 82,5% при коэффициенте совместительства 1,4. Условия труда врачей изучались выборочно в 50 ЦСМ и 20 ТБ. Установлено, что только у 68,4% врачей ЦСМ они соответствовали эргономике труда, в ТБ – 87,9%. В 54,7% случаев у семейных врачей радиус обслуживания прикрепленного населения в среднем составляет 2-5 км, в 26,3% – 6-10 км, в 19% – >10 км. Средний рабочий день семейного врача колебался в пределах 6,5-20 ч., в 93,3% случаев семейный врач периодически обслуживает вызова по оказанию СМП.

Результаты исследований также показали, что среди работающих в обследованных ТБ и ЦСМ в среднем 17,2% стационарных врачей и 47,2% семейных врачей со стажем 5-10 лет не имели званий и поощрений, а 5,2% и 2,3% врачей со стажем 15-20 лет, соответственно, продолжали трудиться без выдвижения по службе в одном же отделении ТБ либо в ЦСМ.

Таким образом, сложные условия функционирования Л-ПУ при нынешнем социально-экономическом положении регионов требуют от руководителей службы реализации новых методологических и методических подходов к повышению социально-экономического статуса врачей. Одним из главных составляющих в повышении роли, статуса и жизненных благ врачей является обеспечение дифференцированной оплаты их труда с учетом индивидуального вклада каждого работника (КТУ).

Модели непрерывного повышения качества использования потенциала врачей Л-ПУ. Это означает переход от обеспечения выполнения мер к выполнению правильных мер, от оценок – к улучшению, от выявления сбоев в работе – к их предотвращению, от наказания – к поощрению, от регулирования – к мотивации. В связи с этим объективный анализ дефектов

и недостатков и повышение гражданской ответственности врача стали основой повышения уровня КМП. Первоочередная задача Л-ПУ в условиях конкурентной среды рынка медицинских услуг - повышение качества работы врачей и подразделений.

Поэтому в современных условиях реформирования здравоохранения важным направлением является совершенствование внутриучрежденческой самооценки, контроля качества и эффективности использования врачебного потенциала. Главная цель ее состоит в том, чтобы способствовать постоянному обеспечению всеми сотрудниками одинаково высокого отрицания вероятности допущения ошибок, всесторонне поддерживать работу способных и талантливых специалистов.

Показатели объема и КМП в Л-ПУ: полнота и своевременность, качество и эффективность профилактических мероприятий (диспансерного наблюдения, санитарно-просветительной работы и пропаганды здорового образа жизни, состояния процесса иммунопрофилактики); наличие четкой и реальной взаимосвязи и преемственности между ЦОВП ЦСМ/ГСВ, ТБ; доступность, загруженность и очередность необходимых диагностических исследований, полнота, своевременность и объективность проводимых диагностических процессов; степень соблюдения компонентов КП.

Создание института СМ и формирование ЦСМ/ГСВ на селе привело к определенному повышению эффективности системы предоставления медицинских услуг при меньших затратах ресурсов. На протяжении ряда лет (2006-2008 гг.) число посещений семейного врача на одного жителя увеличилось с $4,3 \pm 0,3$ до $5,6 \pm 0,6$ ($P < 0,05$). Вместо с тем, показатель посещений на дому претерпел незначительное изменение: с $0,5 \pm 0,01$ до $0,6 \pm 0,01$ на одного жителя, что свидетельствует о неполном переходе на принцип семейного обслуживания жителей.

Кроме того, процесс раннего выявления и уровень диспансерного наблюдения больных долгое время оставались без значительной динамики. Так, 2006-2010 гг. ГСВ проведено диспансерное наблюдение только 68,9% больных с активным течением болезней ССС, 58,9% - с болезнями органов дыхания, 79,1% - с болезнями органов пищеварения. Установлено, что в 46,5% случаев пациенты особо не нуждались в госпитальном лечении и при оптимальной организации врачебной помощи в ЦСМ/ГСВ могли бы получить необходимое качественное лечение в «А-ПК».

На следующем этапе вторичный уровень медицинской помощи осуществлялась в 141 ТБ, 27 ЦОВП. Развитие ЦОВП обусловлено необходимостью оказания стационарной помощи населению в отдаленных от ТБ населенных пунктах с численностью 5000-10000 человек. Однако, только 27,1% госпитализированных в ТБ получали соответствующую

медицинскую помощь, в подавляющем случае (72,9%) она была неквалифицированной.

С внедрения СМ и проведения реструктуризации всей системы предоставления медицинских услуг с 2006 г. начат сложный процесс реформирования «К-СК», включающий: 1) передачу коечного фонда в ТБ при их близости или близости областных центров, хорошем состоянии дорог, укрепление на уровне района службы СМП; 2) создание на базе ЦОВП, ЦСМ/ГСВ, отделений реабилитации и ДС с определенным числом коек.

Центром оказания врачебной помощи населению в настоящее время по праву является ТБ с АДО, в котором расположены в среднем 62,2% мощности врачебной коечного фонда. Средняя мощность ТБ составляет 90-150 коек, в горных районах с небольшой плотностью населения она располагает в среднем 75-100 койками.

В ходе реформирования здравоохранения важным этапом в деятельности Л-ПУ было вовлечение их в систему ОМС, которая, являясь формой социальной защиты интересов населения, усиливает ответственность государства, учреждений и работников за охрану и укрепление здоровья каждого потребителя, защищает их интересы и обеспечивает предоставление услуг гарантированного объема и КМП.

Подводя итоги, нужно отметить, что процессная модель развития системы Л-ПУ должна быть построена на триадной основе как взаимодействие трех подсистем: 1) Эффективное «О-УК»; 2) Эффективный объем «Т-РК»; 3) Эффективный уровень «П-КК». Триадную структуру можно представить в виде ориентированного графа из трех компонентов, которые характеризуются связями и отношениями (рисунок 4.3.2). Это динамическая структура, и связи между элементами зависят от времени, поэтому ее можно задать системой трех дифференциальных уравнений в нормальной форме Коши.

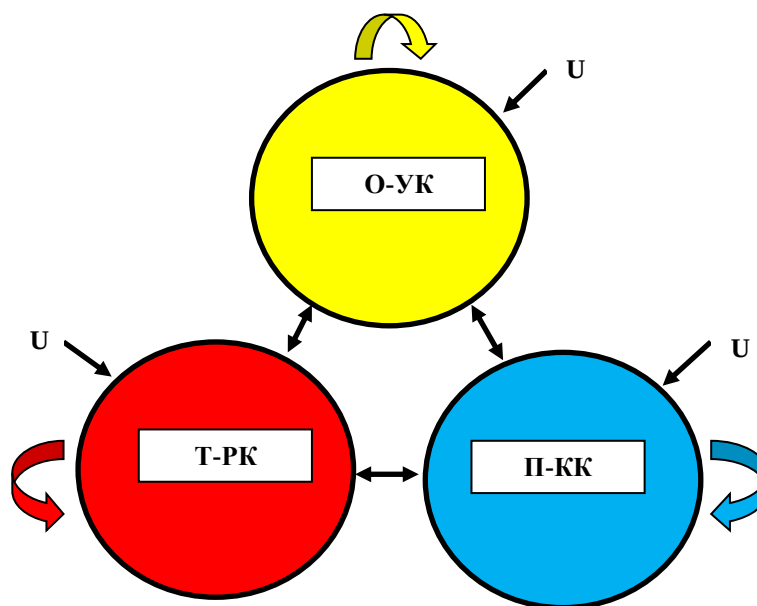


Рисунок 4.3.2 - Модель развития триады подсистем ЛПУ.

Математическая модель динамики системы здравоохранения КР можно описать следующей системой дифференциальных уравнений: «О-УК» = f_1 («О-УК», «Т-РК», «П-КК», U); «Т-РК» = f_2 («О-УК», «Т-РК», «П-КК», U); «П-КК» = f_3 («О-УК», «Т-РК», «П-КК», U), где U – управляющее воздействие, f_n – в общем случае нелинейные функции.

Три функциональных сегмента в единой структуре должны интенсивно и эффективно взаимодействовать друг с другом, а Л-ПУ предстает перед нами в качестве единой системы. Итак, важнейшим достижением трансформации системы здравоохранения КР нужно признать внедрение системы СМ и реструктуризация стационарного сектора, которые привели к появлению ГСВ/ЦСМ, ЦОВП, ТБ, новых стационарзамещающих структур, а внедрением ОМС было обеспечено законодательное право на проведение комплексного экспертного обследования деятельности Л-ПУ на предмет КМП.

В период 2006-2012 гг. в ходе экспертного и системного исследования установлен низкий уровень состояния всех триады компонентов системы Л-ПУ: «О-УК», «Т-РК», «П-КК». Конечная экспертная оценка всей организационной и медицинской технологии в ЦСМ/ГСВ, ТБ, ЦОВП отчетливо показывает существование прямой корреляционной связи показателей «О-УК», «Т-РК», «П-КК», а также триады с уровнем КМП.

Разработка модели оптимизации, повышение качества и эффективности организационной деятельности Л-ПУ играют роль триада главных направлений: а) разработка и реализация оптимальных методов

планирования кадрового потенциала в целом; б) разработка и реализация новых принципов и методов повышения статуса кадрового потенциала; в) внедрение в практику системы внутреннего мониторинга за управлением медицинскими кадрами.

Процессная модель развития системы Л-ПУ должна быть построена на триадной основе как взаимодействие трех подсистем: 1) Эффективное «О-УК»; 2) Эффективный объем «Т-РК»; 3) Эффективный уровень «П-КК». На основе новых принципов выстроены научно обоснованные организационно-структурные, функционально-технологические и социально-психологические аспекты деятельности системы здравоохранения КР в целом.

В современных условиях, когда в КР происходит реализация принципов ОМС, экономических методов управления и конкурентных отношений, процесс децентрализации и автономности Л-ПУ, реальную ценность для повышения КМП представляет собой врач, не только владеющий высоким профессионализмом, но и способный на профессиональное и непрофессиональное ПДО.

В пятой главе «Триадная модель развития качества на уровне системы постдипломного образования» изложены результаты моделирования непрерывного повышения КПДО: «О-ОК», «У-МК», «К-ЛК».

5.1 Развитие образовательно-организационного компонента. В данном разделе рассмотрены ключевые аспекты модернизации системы последипломного медицинского образования (ПДО) в Кыргызской Республике. Основное внимание уделено теоретическим и организационным основам повышения качества образования, включая необходимость научного обоснования и системного управления этим процессом.

Проанализированы основные подсистемы управления качеством последипломного образования (КПДО), такие как разработка образовательных программ, формирование контингента обучающихся, материально-техническое обеспечение, кадровая политика и мониторинг профессионального развития. Особое внимание уделено приоритетным направлениям подготовки медицинских кадров, включая адаптацию учебных планов к потребностям здравоохранения и внедрение принципов непрерывного обучения.

Рассмотрены инновационные подходы, применяемые в КГМИППК, в частности, дуальная система обучения, сочетающая теоретическую подготовку с практико-ориентированным обучением, а также создание профессионально-педагогических площадок для повышения квалификации

преподавателей.

Отмечены достигнутые результаты, включая рост профессиональной компетентности выпускников и усиление роли КГМИППК в развитии системы ПДО. Вместе с тем подчеркивается необходимость дальнейшего совершенствования, особенно в области неформального образования и интеграции международных стандартов.

В разделе представлен комплексный анализ современного состояния и перспектив развития последипломного медицинского образования, направленного на подготовку высококвалифицированных специалистов, соответствующих требованиям динамично изменяющейся системы здравоохранения.

5.2. Развитие учебно-методического компонента. В подглаве рассматривается развитие учебно-методической базы непрерывного медицинского образования в Кыргызской Республике, ключевую роль в котором играет Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации (КГМИППК).

Отмечено, что КГМИППК обладает развитой структурой, включающей 21 кафедру, филиал в Оше и современную материально-техническую базу, соответствующую международным и национальным стандартам. Особое внимание уделено клиническим базам института, обеспечивающим практико-ориентированное обучение, включая собственную клинику семейной медицины.

Подчеркивается активное международное сотрудничество КГМИППК с организациями, такими как ВОЗ и UNFPA, что способствует интеграции института в глобальное образовательное пространство. Учебные программы регулярно актуализируются с учетом требований МКБ-10, доказательной медицины и современных клинических протоколов.

Описаны ресурсы института, включая обширный библиотечный фонд и электронные издания, а также инновационные методы обучения, такие как тренажерные системы, мультимедийные технологии и дистанционные форматы.

Рассмотрены особенности организации учебного процесса, включая модульные программы, гибкие графики обучения и комбинированные (очные и дистанционные) циклы. Особое внимание уделено принципам индивидуализации обучения и контролю качества подготовки специалистов.

В заключении подчеркивается необходимость дальнейшего реформирования системы непрерывного медицинского образования с учетом международных стандартов, включая внедрение принципов Болонского процесса и доказательной медицины, для обеспечения высокого

качества подготовки медицинских кадров.

5.3 Развитие компетентностно-личного компонента. В данном разделе рассматривается формирование инновационной стратегии модернизации медицинского образования, направленной на интеграцию образовательного процесса, научных исследований и клинической практики. Особое внимание уделяется необходимости адаптации образовательных стандартов к динамично изменяющимся требованиям медицинской науки и глобальным вызовам современности.

Проанализированы ключевые проблемы современной системы медицинского образования, включая недостаточное финансирование, социальную стратификацию и снижение качества подготовки специалистов. Отмечено, что эти проблемы требуют комплексного решения на институциональном, методологическом и ресурсном уровнях.

На наш взгляд, вышеуказанные триады проблем взаимосвязаны и должны решаться на основе организации новых типов образовательных структур – учебно-научно-клинических комплексов (УНКК). УНКК представляет собой триединство трех типов университетов и требует разработки своей собственной системы организационного управления.

На наш взгляд, будущие УНКК должны преследовать следующие триаду целей: 1) предоставлять выпускникам фундаментальные и практические системные ЗУН, формировать у выпускников вузов навыков научных исследований, получения новых теоретических знаний высокого уровня; 2) формировать у выпускников умений разрабатывать и реализовать инновационные технологии; 3) обеспечивать высокий уровень профессиональной компетентности, самоорганизации и саморазвития.

Отсюда следует, что структура УПКК должна быть построена на триадной основе как взаимодействие трех структур: общеобразовательного сегмента (Усл. – «Р»); научно-исследовательского сегмента (усл. – «S»); клинического сегмента (Усл. – «К»). На рисунке 5.3.1 представлена триадная структура, которую можно представить в виде ориентированного графа из трех элементов, которые характеризуются связями и отношениями. Это динамическая структура, и связи между элементами зависят от времени, поэтому ее можно задать системой трех дифференциальных уравнений в нормальной форме Коши.

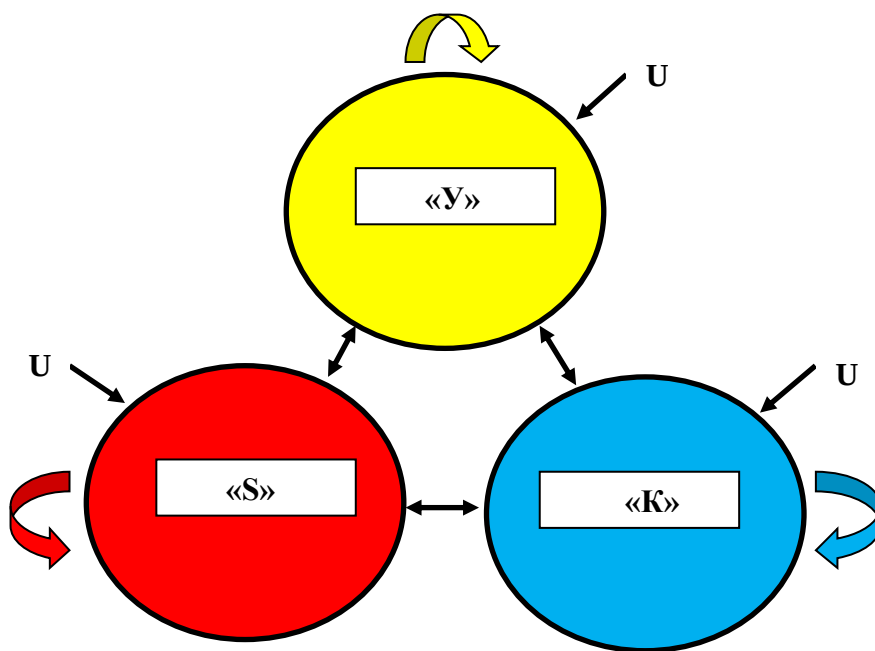


Рисунок 5.3.1 - Граф-схема структуры УНКК.

Математическая модель динамики УНКК можно описать следующей системой дифференциальных уравнений: $\langle P \rangle = f_1(P, S, K, U)$; $\langle S \rangle = f_2(P, S, K, U)$; $\langle K \rangle = f_3(P, S, K, U)$; где U – управляющее воздействие, f_n – в общем случае нелинейные функции.

Три функциональных сегмента в единой структуре должны интенсивно и эффективно взаимодействовать друг с другом, и вуз превратится в единый УНКК. По своей сути УНКК – это полифункциональный научно-образовательный, научно-клинический центр, осуществляющий на основе перспективных научно-практических проектов профессиональную подготовку медицинских кадров по различным направлениям медицинской науки, образования и практики, обеспечивающих инновационное развитие медицины и здравоохранения страны.

Триада целей УНКК: 1) «P» - совершенствование образовательной деятельности, передача знаний и подготовка востребованных и конкурентоспособных на рынке труда врачей; 2) «S» - совершенствование научно-исследовательской деятельности, создание новых инновационных технологий и подготовка востребованных и конкурентоспособных на рынке труда врачей и научно-педагогических кадров; 3) «K» - осуществление координированной подготовки востребованных и конкурентоспособных на рынке труда высококвалифицированных специалистов в сфере высокотехнологичной медицины.

Механизмы триадного взаимодействия: 1) «Р» осуществляет подготовку кадров для «S» и передачу знаний, а результаты научной деятельности интегрируются в образовательную деятельность «Р», а также передается в «S» опыт проведения научных исследований; 2) «К» предоставляет «S» материально-техническую базу для проведения научных исследований и осуществляет постановку проблем лечебно-диагностических технологий, а результаты научных исследований «S» внедряются в «К»; 3) «Р» осуществляет подготовку кадров для «К» и передачу знаний, а «К» формулирует требования к результатам освоения основных образовательных программ и на своих клиничко-лабораторных площадках обучает и способствует приобретению ими соответствующих знаний, умений и навыков.

ППС «Р» ориентирован на образовательную деятельность: трансляция знаний, разработка учебно-методических комплексов учебных дисциплин, обучение и объяснение как фундаментальные знания можно эффективно применять на практике. Сотрудники «S» осуществляют подготовку высококвалифицированных научных кадров, ППС работает в качестве ученого и преподавателя. Сотрудники «К» призваны обучить студента, дать ему необходимые знания, умения и навыки, решает задачу повышения квалификации врачей, что позволяет реализовать принцип непрерывности ПДО.

Итак, для эффективного ПДО необходимо сделать особый акцент на методологические и фундаментальные исследования, учитывая их общемировоззренческую роль. С учетом особых мотивов КГМИППК должен стремиться к сбалансированному развитию не только смежных научно-практических направлений, но и фундаментально-методологических разделов медицинской науки, образования, практики, психологии, социологии.

КГМИППК должен представлять собой УНКК, преследующий триаду целей: а) предоставлять выпускникам фундаментальные и практические системные знания, умения и навыки, формировать у выпускников вузов навыков научных исследований, получения новых теоретических знаний высокого уровня; б) формировать у выпускников умений разрабатывать и реализовать инновационные технологии; в) обеспечивать высокий уровень профессиональной компетентности, самоорганизации и саморазвития;

Основным инструментом реализации вышеуказанных приоритетов ПДО врачей является программно-целевой метод. КГМИППК в целях реализации метода должны усилить процесс интеграции науки, практики и образования, превращения соответствующие кафедры и курсы в центры

научно-инновационного развития медицинской службы;

Формирование интеграционных научно-образовательных программ КГМИППК должно стать одним из важных направлений реализации взаимосвязей между наукой, практикой и последипломным образованием, рационализации их структуры, функционирования и взаимодействия;

За основу реформирования научно-практической и образовательной деятельности КГМИППК следует положить тщательно взвешенные и учитывающие позицию научно-практической медицинской общественности критерии оценки качества и уровня научно-практических работ, теоретических обобщений и научно-инновационных проектов и предложений;

За период 2006-2012 гг. КПДО улучшилось. Во-первых, можно отметить улучшение общетеоретической подготовки слушателей, изменилось соотношение теоретического и практического обучения. Во-вторых, возросла профессиональная компетентность и улучшилось личностное развитие слушателей, а также проявился интерес к непрерывному образованию и самообразованию.

В шестой главе «Триадная модель развития качества на уровне системы здравоохранения» изложены результаты развития триады компонентов системы здравоохранения «К-СК», «А-ПК», «М-СК». Как известно, управление КМП - это комплекс мер по достижению максимума результатов при минимуме затрат. Ее принципы в системе Единого плательщика: на постоянной основе проведение экспертизы КМП; мониторинг, оценка объема и КМП; оценка эффективности и рациональности используемых ресурсов; анализ результатов; выявление проблем и принятие мер по улучшению КМП.

6.1 Оценка сложившейся модели обеспечения качества медицинской помощи населению. Система управления КМП отражены в последовательных положениях и приказах ФОМС: 1) «Об утверждении Методики проведения экспертизы качества оказания медицинских услуг» (№59, 28.04.2004 г.); 2) «О совершенствовании управления качеством медицинских услуг и повышении эффективности договорного процесса при реализации Программы государственных гарантий» (№157, 14.12.2007 г.); 3) «Об утверждении Типовых договоров между ТУ ФОМС и ЛПУ, предоставляющими медико-санитарную помощь в системе Единого плательщика» (№11, 1.01.2010 г.); 4) «Положение о применении финансовых санкций к поставщикам медицинских услуг, работающим по договорам с территориальными управлениями ФОМС» (№117, 16.06.2010 г.).

Нами проанализированы результаты этапных реформ системы

здравоохранения. Установлено, увеличение распространенности заболеваний среди населения КР в 2006-2012 гг. по сравнению с таковой в 1997-2000 гг. Так, распространенность заболеваний на 100 000 взрослого населения республики в 2006 г. составила $71,0 \pm 0,2$, а в 2010 году - $94,4 \pm 0,3$ ($P < 0,001$), что соответствует увеличению в 1,3 раза.

Данные 2006-2012 гг. свидетельствует, что первичная заболеваемость по обращаемости достоверно возросла по сравнению с предыдущим периодом (1997-2000). Следует отметить, что особенно значительный рост в 2010-2012 гг. наблюдается распространенность железодефицитной анемии (в 3,2 раза), АГ (в 2,8 раза) и бронхиальной астмы (в 1,7 раза). В целом, надо полагать, в период 2006-2012 гг. проводимые лечебно-профилактические меры в рамках реализации различных программ по здоровому образу жизни не оказали существенного влияния на показатели заболеваемости и распространенности заболеваний среди населения КР.

Анализ показал, что в 2006-2012 гг. наиболее частыми причинами инвалидности среди взрослого населения являются болезни ССС - 15,5%, психические расстройства - 13,1%, травмы всех локализаций - 11,2%, злокачественные новообразования 10,3%, болезни органов дыхания - 9,8%. Несмотря на общую тенденцию к снижению первичного уровня инвалидности, достоверно чаще выходят на инвалидность взрослые, страдающие заболеваниями ССС.

Так, за 2006-2007 гг. уровень первичной инвалидности на 10000 взрослого населения по заболеваниям ССС составил $5,7 \pm 0,24$, а в 2009-2011 гг. - $10,6 \pm 0,3$ ($P < 0,001$). Из заболеваний ССС наибольший удельный вес в повышении уровня инвалидизации трудоспособного населения имеет ИБС и ГБ. Так, их показатели за сравниваемые периоды возросли с $2,9 \pm 0,17$ на 10000 взрослого населения до $4,6 \pm 0,18$ ($P < 0,001$) и с $1,6 \pm 0,11$ до $2,9 \pm 0,18$ ($P < 0,05$), соответственно.

В целом, несмотря на общую тенденцию к снижению первичного уровня инвалидности, взрослые, страдающие заболеваниями ССС, достоверно чаще выходят на инвалидность. Так, за 2006-2007 гг. уровень первичной инвалидности от болезней ССС на 10000 взрослого населения составил $5,7 \pm 0,24$, а в 2009-2011 гг. - $10,6 \pm 0,3$ ($P < 0,001$).

Смертность в трудоспособном возрасте в сельских регионах КР за 2008-2011 гг. составила $7,37 \pm 0,1$ (на 1000 взрослого населения) и была достоверно выше, чем смертность в 2006-2007 гг., когда ее уровень составлял $6,46 \pm 0,09$ ($P < 0,05$). Установлено, что ведущими причинами были заболевания ССС, органов дыхания, травмы и отравления, а также новообразования. Так, в 2006-2007 гг. удельный вес болезней ССС составил 44,9% среди всех причин смерти, болезни органов дыхания - 17,6%,

новообразования – 7,7%.

Уровень смертности в трудоспособном возрасте от болезней ССС в 2006-2008 гг. характеризовался величиной $1,48 \pm 0,02$ на 1000 населения, а в 2009-2011 гг. - $2,78 \pm 0,05$, что достоверно выше в сравнении с предыдущим периодом ($P < 0,05$). От заболеваний органов дыхания за 2006-2008 гг. смертность трудоспособного населения составила $0,36 \pm 0,01$ на 1000 населения, а за последующий трехлетний период (2009-2011 гг.) $0,59 \pm 0,02$, что достоверно больше ($P < 0,05$). Нужно подчеркнуть, смертность у мужчин выше, чем у женщин: от болезней ССС в 2,6 раза, в частности, от ОИМ - в 4,6 раза, а от болезней органов дыхания – в 3,0 раза.

Итак, выявлено, что 25% всех умерших в республике составляют лица трудоспособного возраста, а рост инвалидности составляет 31,5%. Анализ показал, что первичная заболеваемость по обращаемости в течение 2006-2012 гг. достоверно возросла по сравнению с предыдущими периодами. Программы, указанные выше, к сожалению, не оказали существенного влияния на распространенность заболеваний и показателей инвалидности.

Таким образом, тенденции показателя смертности в регионах – это прямое отражение значительного ухудшения здоровья населения КР. Одно лишь расширение охвата населения медицинской помощью без радикального улучшения КМП за счет внедрения новых организационных и медицинских технологий, очевидно, не может обеспечить значимых успехов в борьбе со смертностью, инвалидностью, ростом заболеваемости.

Повышением уровня ХЗ озабочен весь мир, так как на лечение таких больных затрачиваются значительные ресурсы (Европейское региональное бюро ВОЗ-1991-2000). В странах дальнего зарубежья в основе роста ХЗ лежит, прежде всего, увеличение продолжительности жизни, которая в Японии достигла 80 лет.

Уровень ХЗ в КР постепенно растет. Если в 1990 г. они выявлялись у 9 из 100 осмотренных лиц, то в 1995 г. – у 9,9, а в 2000 г. - у 14,3. В группе детей наметилась тенденция снижения ХЗ. Так, если в 2000 г. уровень ХЗ составлял 24,3%, то в 2002 г. - 23,2%. При анализе материалов выяснилось, что в числе больных, впервые обратившихся за медицинской помощью, ХЗ, о которых больные узнали впервые, составили 13%. В возрастной группе 25-35 лет удельный вес ХЗ составляет $>23\%$.

Следует также отметить, что заболеваемость по данным профилактических осмотров в КР превышает таковую по данным обращаемости на 40%. Этот факт указывает на то, что значительная часть больных, либо занимается самолечением, либо вообще не занимается лечением. Такое отношение людей к своему здоровью является основной причиной роста числа ХЗ. Другой причиной ХЗ в КР является то, что

больному проводится неполноценное лечение или оно обрывается. По нашим данным, из общего числа жителей, обратившихся в «А-ПК», 42,9% страдают ХЗ, в том числе среди детей <14 лет - 24,3%, а среди взрослых и подростков - 50%.

Нужно заметить, что среди экономически активного населения наметилась тенденция роста числа ХЗ. Причиной этому явилось то, что население в целях поддержания перед работодателем определенного профессионального имиджа резко ограничило обращаемость за медицинской помощью. В результате процесс хронизации заболеваний нарастает, появляется множественность патологии, инвалидизация и преждевременная смерть. Для сокращения уровня ХЗ необходимо активизировать мероприятия по выявлению и диспансеризации больных, что позволит удерживать уровень смертности на более низких показателях.

Показатель младенческой смертности по данным Нацстаткома за 2012 г. составляет 20,0 на 1000 родившихся живым. Наиболее высокий показатель младенческой смертности отмечается в г.Ош. (50,9). Основными причинами младенческой смертности являются состояния, возникающие в перинатальном периоде - 64,9%, врожденные аномалии - 15,1%, болезни органов дыхания - 11,9%, инфекционные заболевания - 3,4%. Коэффициент детской смертности в возрасте <5 лет также имеет тенденцию к снижению, составив 22,5 на 1000 родившихся живыми (2012 г. - 23,4%). В целом по КР в 2013 г. отмечалась высокая доля умерших детей 1-2 лет в сроки <24 ч. после поступления в стационар - 20,9% (в 2012 г. - 14,4%, $r = +45,1$), максимальный рост такой смертности отмечался в Ошской области (21,3%). В 2012 г. доля досуточной летальности = 14,7% ($r = +44,7$), в г.Ош - 71,4 (в 2012 г. - 60,0%, $r = +19,0$).

В целом по КР в 2013 г. доля умерших детей первого года жизни на дому составила 7,7% (в 2012 г. - 7,2%, $r = +7,0$), при этом имеется рост в Чуйской области - 5,0% (в 2012 г. - 3,0%), Иссык-кульской - 14,4% (в 2012 г. - 9,7%), Нарынской - 14,2% (в 2012 г. - 12,8) областях, что свидетельствует об ухудшении работы первичного звена и реанимационной службы стационаров. Недопустимо высок удельный вес в Жаильском районе - 9,1% (в 2012 г. - 2,6%), Тюпском - 25,0% (в 2012 г. - 9,1 %), Акталинском - 37,5% (в 2012 г. - 8,3%) районах.

В 2012 г. 95% родовспомогательных организаций были охвачены эффективным перинатальным уходом. Показатель материнской смертности в 2012-2013 гг. составил, соответственно, 78 и 50,3 на 100000 новорожденных, снижение на 22,1%. В 2012 г. наиболее высокий показатель сохраняется в Иссык-Кульской области (88,3), в Баткенской (50,7), в Нарынской (70,3) областях. Рост показателя в 2012 г. по сравнению

с 2011 г. отмечается в Нарынской и Баткенской области (10,4%) и г.Бишкек (16,0%).

Из общего числа умерших возросло количество женщин, не наблюдавшихся в Л-ПУ по беременности - 13,5% (2012 г.). Наиболее низкий показатель наблюдений за беременными женщинами в Тонском районе Иссык-Кульской области (50,0%), Баткенском районе Баткенской области (50,0%), Кара-суйском районе Ошской области (40,0%), Аксыйском районе Жалал-Абадской области (33,3%).

На первом месте по причинам смерти является кровотечение - 32,8% (20 случаев), на втором месте - экстрагенитальные заболевания - 21,3% (13 случаев), преэклампсии - 16,4% (10 случаев), прочие причины - 11,5% (7 случаев), сепсис - 11,5% (7 случаев). При этом в структуре экстрагенитальных заболеваний 84,6% (11 случаев) не связаны с беременностью (пороки сердца - 7, сахарный диабет - 2, системная красная волчанка - 1, вирусный гепатит - 1 больная). Процент вскрытий случаев материнской смерти в 2013 г. по сравнению с 2012 г. снизился на 7,2% и составил 55,7% (34 случаев), не вскрыто - 44,3% (27 случаев) умерших женщин. Наиболее низкий показатель вскрытий в Жалал-Абадской области - 27,3%.

За 2012 г. по Дополнительной программе ОМС по лекарственному обеспечению застрахованных граждан на амбулаторном уровне реализовано лекарственных средств рецептам за 2012 г - 901,1 тыс. рецептов. Освоение средств, направленных на лекарственное обеспечение застрахованного населения по данной программе ОМС, составило 101%, по Ошской области - 116%, Таласской области - 101%, по г.Бишкек, Чуйской, Жалал-Абадской, Нарынской и Иссык-Кульской областям - в пределах 92-97%.

6.2 Развитие клинко-стационарного, амбулаторно-поликлинического и медико-социального компонентов. *Динамика показателей доступности и качества медицинской помощи.* Проведённый анализ данных за период 2006–2012 гг. выявил устойчивую положительную динамику в оказании медицинской помощи. Количество пролеченных случаев увеличилось с 854 047,0 в 2008 году до 944 720,0 в 2011 году, что свидетельствует о расширении доступности медицинских услуг. Параллельно отмечалось систематическое снижение доли дефектов диагностического (с 9,1% в 2006 г. до 3,2% в 2010 г.) и терапевтического характера (с 13,6% до 9,5% за тот же период), что подтверждает повышение качества медицинской помощи (рис. 6.2.1).

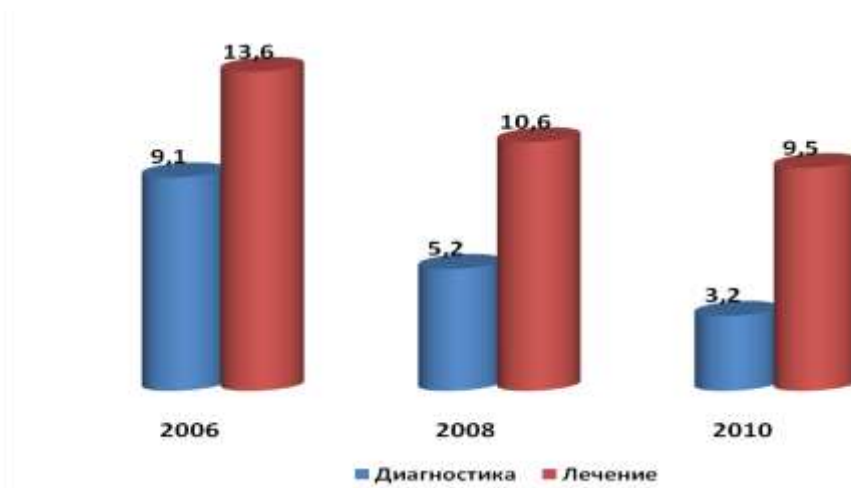


Рисунок 6.2.1 - Доля дефектов в предоставлении медицинской помощи в «К-СК».

Однако в 2011–2012 гг. наблюдалась стабилизация показателей дефектов на республиканском уровне (2,6–2,8% для диагностики, 7,1–7,4% для лечения), сопровождаемая значительной региональной вариабельностью. Например, в Нарынской области уровень дефектов лечения снизился с 3,6% до 3,1%, тогда как в г. Бишкек он оставался высоким (13,2% в 2011 г., 9,6% в 2012 г.).

Региональные различия и организационные дефекты. Анализ выявил существенные межрегиональные различия в соблюдении стандартов оказания медицинской помощи. Наибольшее соответствие отмечено в Нарынской области (77,0%), наименьшее - в Чуйской (71,8%) (рис. 6.2.3).

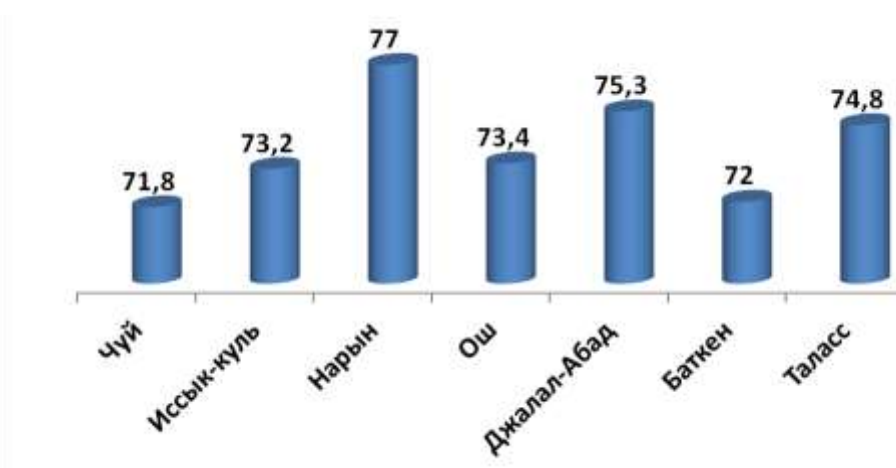


Рисунок 6.2.3 – Сравнительный анализ соответствия стандартам в ТБ по регионам (в %).

Основными причинами дефектов стали: 1). недостаточная оснащённость ЛПУ (43,1% случаев); 2). организационные недочёты (58,0% в структуре дефектов); 3). дефицит квалификации персонала (4,1–9,1%).

Особую проблему представляли необоснованные госпитализации, частота которых выросла на 28,0% в 2012 году, что привело к финансовым санкциям в 3488 случаях (против 1917 в 2011 г.).

Эффективность лечебных учреждений. Сравнительный анализ показал, что территориальные больницы (ТБ) демонстрируют наивысшую эффективность: 91,2% пациентов имели положительную динамику, тогда как в центрах общей врачебной практики (ЦОВП) этот показатель составил лишь 46,0% (рис. 6.2.4). При этом диагностические дефекты в ЦОВП достигали 87,4%, что в 6,4 раза превышает аналогичный показатель в ТБ (13,6%) (рис. 6.2.5).



Рисунок 6.2.5 – Процентное распределение недостатков в оказании медицинской помощи населению.

Финансовые диспропорции и пути оптимизации. Существующая модель финансирования характеризуется значительным дисбалансом: 71,8% бюджета направляется на клиничко-стационарный компонент («К-СК»), тогда как на амбулаторно-поликлинический («А-ПК») — лишь 17,4%. Это усугубляет нагрузку на стационары и снижает экономическую эффективность системы.

Рекомендации по совершенствованию системы. На основании анализа предложены следующие меры:

➤ *Стандартизация протоколов:* Унификация диагностических и терапевтических алгоритмов для минимизации региональных различий.

➤ *Оптимизация финансирования:* Перераспределение средств в

пользу «А-ПК» для развития стационарзамещающих технологий.

➤ *Повышение квалификации персонала:* Внедрение непрерывного медицинского образования с акцентом на клиническую диагностику.

➤ *Развитие инфраструктуры:* Создание специализированных геронтологических стационаров и дневных пансионатов для социально уязвимых групп.

Резюмируя, проведённый анализ подтвердил, что ключевыми факторами, влияющими на качество медицинской помощи, являются организационные дефекты, региональные диспропорции и финансовый дисбаланс. Реализация предложенных мер позволит оптимизировать систему здравоохранения, повысить доступность и эффективность медицинских услуг для населения.

6.3 Оценка качества медицинской помощи в дневных стационарах и станциях скорой медицинской помощи.
Стационарзамещающие технологии и организация скорой медицинской помощи в Кыргызской Республике. С 1997 г. в Кыргызской Республике на фоне планового сокращения коечного фонда стационаров начали активно развиваться стационарзамещающие технологии: дневные стационары (ДС) при К-СК и А-ПК, стационары на дому, центры амбулаторной хирургии и др. К 2007 г. ДС составляли 6 % от общего коечного фонда К-СК (4294 койки), обеспеченность — 92,6 на 10 000 населения (2000 г. - 91,8; 2005 г. - 107,2). Доля пролеченных в ДС пациентов достигала 11 % (31 819 человек). Средняя длительность лечения сократилась с 9 до 6 дней.

Эффективность ДС различалась в зависимости от типа учреждения. При А-ПК их количество выросло с 46 (1991 г.) до 126 (2000 г.), однако в 2007 г. число коек снизилось до 326. Максимальные показатели занятости фиксировались в Бишкеке ($297 \pm 10,8$ дней в году), минимальные - в Баткенской области ($8,3 \pm 1,1$ койко-дня).

Анализ профиля пациентов показал, что 92 % больных проживают в непосредственной близости к ДС (<10 км), большинство - взрослые (87,5 %). Наиболее часто в ДС направляются пациенты с артериальной гипертензией (9,8 %), мочекаменной болезнью без клинических проявлений (7,7 %) и хроническим бронхитом (7,6 %). Основными направлениями остаются лечение хронических заболеваний, подготовка беременных к родам и плановая госпитализация, что требует пересмотра нормативов потребности населения в госпитальных и стационарзамещающих койках.

Организация и качество скорой медицинской помощи. Анализ деятельности СМП показал, что 89,9 % вызовов были обоснованными. Наибольшая доля необоснованных обращений отмечена при травмах и отравлениях (23,1 %) и заболеваниях сердечно-сосудистой системы (12,2

%). По экспертным оценкам, в 42,9 % случаев помощь могла быть оказана средним медицинским персоналом в поликлинике, а в 17,8 % вызовы были нецелесообразны.

Среднее время выезда СМП после принятия вызова составляло <15 минут в 38,8 % случаев, 15–30 минут - в 27,3 %, >60 минут - в 7,7 %. Своевременность оказания помощи достигала 89,7 %, полнота - 89,1 %. Основные причины неполноценной помощи: особенности течения заболевания (45,9 %), несвоевременная диагностика (27,9 %), дефицит лекарств (23 %).

Опрос 637 пациентов показал, что удовлетворены работой СМП 51,4 % респондентов, неудовлетворены - 22 %. Среди врачей и фельдшеров станции СМП 20,3 % не проходили повышение квалификации за последние 5 лет, а техническая оснащенность полностью соответствовала стандартам лишь в 36,4 % случаев.

Результаты внедрения организационных мероприятий. Внедрение организационных и управленческих мер позволило увеличить долю обоснованных вызовов до 95,3 %, сократить частоту несвоевременно установленных диагнозов (с 10,3 % до 3,8 %) и снизить длительность выезда бригад. Полнота оказания СМП возросла с 89,1 % до 94,5 %, а доля неполноценной помощи снизилась до 5,5 %.

Анализ обращаемости взрослого населения (2008–2012 гг.) в Кара-Сууйском районе показал рост с 198,7‰ до 260,4‰, преимущественно среди лиц старше 70 лет. В структуре причин вызовов лидируют заболевания сердечно-сосудистой системы (33,5 % у женщин, 27,2 % у мужчин) и органов дыхания (до 31,1 %). Обращаемость демонстрировала четкую сезонную (весенний максимум), недельную (пик в понедельник) и суточную (наивысшая в 20:00) цикличность.

Резюмируя, стационарзамещающие технологии и оптимизация СМП в КР обладают значительным потенциалом для повышения доступности и эффективности медицинской помощи, однако требуют комплексного совершенствования нормативной базы, кадрового обеспечения и технической оснащенности.

Подводя итоги, нужно отметить, что процессная модель развития системы здравоохранения КР должна быть построена на триадной основе как взаимодействие трех подсистем: 1) Эффективная реализация К-МК; 2) Эффективная реализация «А-ПК»; 3) Эффективной реализации «М-СК». Триадную структуру можно представить в виде ориентированного графа из трех элементов, которые характеризуются связями и отношениями, она представлена на рисунке 6.3.1,. Это динамическая структура, и связи между элементами зависят от времени, поэтому ее можно задать системой трех

дифференциальных уравнений в нормальной форме Коши.

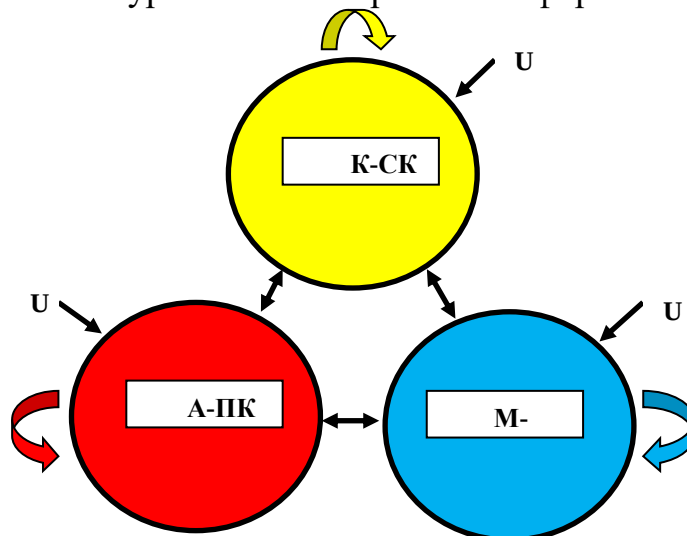


Рисунок 6.3.1 – Концептуальная модель эволюции триады компонентов системы здравоохранения Кыргызской Республики.

Математическая модель динамики системы здравоохранения КР можно описать следующей системой дифференциальных уравнений: «К-СК» = f_1 («К-СК», «А-ПК», «М-СК», U); «А-ПК» = f_2 («К-СК», «А-ПК», «М-СК», U); «М-СК» = f_3 («К-СК», «А-ПК», «М-СК», U); где U – управляющее воздействие, f_n – в общем случае нелинейные функции.

Три функциональных сегмента в единой структуре должны интенсивно и эффективно взаимодействовать друг с другом, и здравоохранение предстает перед нами в качестве единой системы.

Итак, процессная модель свидетельствует о существовании определенного параллелизма в развитии компонентов системы здравоохранения КР, направленных на повышение КМП: 1) «К-СК»; 2) «А-ПК»; 3) «М-СК». Тенденции их соотношения компонентов в стране имеет четкую направленность на повышение результативности системы здравоохранения в целом.

Разработанная модель управления КМП, прежде всего, включает новую методологию планирования и прогнозирования медицинской помощи, в которой представлены современные приоритетные задачи и методы совершенствования ее с выделением показателей конечных результатов. Ее отличительной чертой является обоснованные критерии КМП.

ВЫВОДЫ

1. Главным достижением модели развития триады компонентов: «К-

ПК», «О-МК», «Т-ТК» системы ЭХ при ЭС является то, что коллегиальность ХБ следует понимать, как тщательно взвешенное, компромиссное разрешение ЭС на основе стратегических и тактико-технических компонентов («К-ПК»+«О-МК»+«К-ЛК»), а также динамической коррекции модели своего действия в зависимости от разновидностей ЭС. При этом решения «О-МК» и «Т-ТК» решения, предпринимаемые ХБ, должны быть прогнозируемыми, результативными, а это и есть аксиологичность решения, как выражение сути методологической их целесообразности;

2. «Нормы-рекомендации» при ЭС, составленные на основе сопоставления с существующими «нормами-требованиями» следует воспринимать в качестве определенного уравнивателя (модель «К-ПК»+«О-МК»+«Т-ТК») предпринимаемых шагов ХБ у пострадавших с ЭС. Для ХБ в ЭСКН и ЭСВЭ возникает необходимость более активного пользования «стратегией отчаяния», а ЭСКН и ЭСВЭ следует воспринимать, как «интраоперационную чрезвычайную ситуацию» (ИОЧС) с соответствующей психологией восприятия этого феномена. Совместная стратегия коррекции ЭС должна представлять собой сбалансированное решение, учитывающее соотношение потенциальных рисков и ожидаемых преимуществ применяемых корректирующих мероприятий;

3. В системе ЭХ при ЭС приемлемо безотлагательное применение всех доступных методов реанимации, включая операцию, а также параллельно методов интраоперационной диагностики. При определении адекватной интраоперационной оценки и разрешении ЭС необходимо ориентироваться на такие интегральные показатели, как КА, КУ, КН, КП. Кроме того, необходимо использовать тактику, направленную на ликвидацию наиболее опасных последствий кризиса, ориентируясь на такой интегральные показатели, как показатель динамики интраоперационного когнитивного статуса пострадавшего. Относительный риск и ранговая значимость организационно-методических и тактико-технических факторов нарастает - ЭСР→ЭСКН→ЭСВЭ;

4. Наиболее высоким удельным весом обладают такие заблуждения хирургов технического характера, как неправильная интерпретация хирургической ситуации и, как результат, искажение сущности оперативного приема (36%), а также продолжительное и травматичное оперирование (39%). Неправильный выбор очередности операций, а также нецелесообразного на тот момент оперативного приема, приведший к утяжелению состояния пострадавших, имеет место у каждого четвертого (22-25%) пострадавшего с ЭС.

5. Система здравоохранения КР в период 2006-2012 гг.

характеризовалась увеличением числа неотложных состояний (на 3,2%), снижением обеспеченности койками (с 10,3 до 9,3 на 10 тыс. населения), высоким удельным весом организационных и лечебно-диагностических дефектов в стационарном (68,9%) и амбулаторном (38,8%) секторах. Главным достижением модели развития триады компонентов: «К-СК», «А-ПК», «М-СК» является упразднение значительного количества ТБ и ЦОВП с параллельным внедрением СМ (ЦСМ/ГСВ, ДС, АДО), а также внедрение системы ОМС. Явное улучшение динамики системы здравоохранения Кыргызской Республики объясняется перераспределением функциональной нагрузки: структура «А-ПК» существенно взяла на себя обязанности, ранее сосредоточенные в «К-СК»;

6. Главным достижением реализации модели развития триады «О-УК», «Т-РК», «П-КК» Л-ПУ является повышение качества планирования работы (на 13,2%), оптимизация коечного фонда (на 9,9%), снижение числа организационных дефектов (на 29,6%), увеличение объема использования новых медицинских технологий (на 14,2%). Кроме того, увеличились доля семейных врачей (на 8,7%) и молодых специалистов на селе (на 5,5%), а также модернизировался парк медицинской техники (на 48,8%), выросла эффективность их использования (в 1,9 раза);

7. В результате внедрения экспертного контроля ОМС, внедрения КК и КП лечения больных в Л-ПУ снизился удельный вес недостатков в лечебно-диагностической работе (на 29,6%), в проведении диспансерного наблюдения (на 16,5%), при оказании экстренной, неотложной и плановой медицинской помощи (на 18,6%), а также повысилось КМП в ЦСМ/ГСВ (на 18,9%), улучшилась диагностика внутренних болезней (в 2,2 раза), снизился объема неотложной медицинской помощи стационарным больным (на 9,4%);

8. КПДО следует рассматривать как неотъемлемый элемент системы совершенствования качества медицинской помощи населению. В соответствии с современными научно-методологическими подходами, приоритетное внимание должно быть уделено сбалансированному развитию не только триады ключевых компонентов – «наука», «образование», «клиническая практика», – но и фундаментально-методологических и мировоззренческих аспектов последиplomного образования, включая психологические и социологические аспекты. КГМИППК, являясь ведущим учреждением в сфере последиplomной подготовки врачей в Кыргызской Республике, должна усилить интеграционные процессы, направленные на трансформацию профильных кафедр и курсов в центры научно-инновационного развития системы здравоохранения. В период 2006–2012 гг. наблюдалось повышение уровня

общетеоретической подготовки слушателей, а также рост их мотивации к профессиональному и личностному развитию, что свидетельствует об эффективности реализуемых образовательных стратегий.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

На уровне системы ЭХ при разрешении ЭС.

1) Организаторы здравоохранения и хирургическое сообщество в своей деятельности в ЭС должны руководствоваться следующими положениями:

➤ при недостаточном организационно-управленческом обеспечении ЭС возможны ошибки из-за слабой координации ЛПУ, нерационального распределения кадров и недостаточной оперативности работы ХБ во время операций.

➤ при ЭС, необходимая на тот момент операция, сама по себе, может серьезно угрожать жизни пострадавшего, однако, в то же время, она является признанным жизнеспасительным реанимационным пособием. При этом неизбежность ОР и АР не должно пониматься как утверждение безответственности ХБ, а степень ОР и АР не должен превышать опасность самого жизнеопасного повреждения.

➤ интеллектуальность членов ХБ следует рассматривать, как способность эффективно формулировать цель, ставить задачу, найти оптимальное их решение в ЭС. При этом задачи целесообразно выделять – стратегические, тактические, технические и соответственно им принимать решения на трех уровнях.

➤ коллегиальное решение должны быть тщательно взвешенным, компромиссным, согласованным, квалифицированным и в то же время ХБ должна иметь возможность корректировать модель своего действия в зависимости от ЭС.

➤ при ЭСКН и ЭСВЭ необходимо более активно использовать «стратегию отчаяния», но при условии выработки для ХБ «карт-бланша» в виде «норм-рекомендаций», основанной на таких критериях, как КА, КУ, КН, КП.

➤ при ЭСКН и ЭСВЭ, вред, причиняемый операцией пострадавшему, избежать нельзя, но этот вред является меньшим, чем последствие отказа от операции, имеющей жизнеспасительный потенциал.

➤ необходимо IV-V ст. ОР выделить в особую категорию ЭС и условно обозначить как «интраоперационную чрезвычайную ситуацию» (ИОЧС) с соответствующей психологией восприятия этого феномена в порядке «чрезвычайщины», как некой системы взглядов на саму проблему.

➤ целесообразно разработать «нормы-рекомендации» при ЭС на основе сопоставления с существующими «нормами-требований» и воспринимать его в качестве некоего уравнилителя предпринимаемых шагов ХБ у пострадавших с ЭС.

➤ при ЭС необходимо тесное интраоперационное содружество хирургов и анестезиологов-реаниматологов, воспринимаемых в единстве, как ХБ с единой целью усвоение системы совместной оценки ЭС и принятия коллегиально-компетентных решений по ее коррекции.

➤ ХБ следует рассматривать, как «универсальных решателей задач» в стесненных условиях, в особенности подчеркивая их стремление осмысленно варьировать свои точки зрения по решению совместных задач.

➤ среди организационно-методических просчетов первые места занимают такие, как недостаточное материально-техническое оснащение операционной, недостаточно налажена хирургическая работа в клинике, а также недостаточное знание ХБ специфики оказания оперативно-реанимационной помощи при ЭС.

➤ недостатки ведения необходимой документации, неправильная расстановка кадров, недостаточная реализация возможностей клиники в отношении интраоперационной диагностики и оказания оперативно-реанимационной помощи встречаются в каждом четвертом случае.

2. Хирурги и анестезиологи-реаниматологи в своей деятельности в ЭС должны руководствоваться следующими положениями:

➤ тактико-технические решения, предпринимаемые ХБ должны быть точными, прогнозируемыми, результативными. Члены ХБ обязаны выполнять свой долг тщательно, ответственно, коллегиально, квалифицировано без спешки и давления друг на друга.

➤ новизна и необычность ЭС для членов ХБ определяет их поспешное и неэффективное решение, а слабая их ориентировка в вопросах вероятных возможностей операции, как реанимационного пособия, усугубляет интраоперационную ситуацию.

➤ чрезмерная склонность членов ХБ прислушиваться к мнению друг друга, а также других специалистов отражается на оптимальности принимаемых решений по коррекции ЭС.

➤ недостаточное знание в отношении тактики и технологии, применяемых в ЭС, а также прочие отвлекающие факторы во время оказания оперативно-реанимационной помощи пострадавшим ухудшают результаты. Однако, ведение ЭС включает навыки, которым нужно систематически обучиться.

➤ обучение членов ХБ соблюдению коллегиальности в принятии

решений и совместной координации действий при ЭС, а также систематическая теоретическая подготовка, в том числе на основе моделей являются определяющим подходом.

➤ первичные психологические предпосылки традиционно рассматриваются как ключевые элементы, влияющие на эффективность взаимодействия членов ХБ, и охватывают такие аспекты, как индивидуальные особенности личности, уровень профессиональной компетентности, поведенческие модели, а также степень психологической совместимости между участниками группы, что в совокупности определяет успешность их совместной деятельности.

➤ оптимальный план коррекции ЭС требует сбалансированного подхода, учитывающего все потенциальные риски и выгоды принимаемых решений. Успешное управление нестабильными условиями зависит от способности специалистов по химической и биологической безопасности оперативно анализировать поток изменчивых интраоперационных данных, используя адаптивные стратегии и методы приблизительного прогнозирования для быстрого принятия эффективных решений в условиях неопределенности.

➤ концепция управления ресурсами охватывает способность ХБ осуществлять контроль и управление всеми внутренними и внешними ресурсами, направленными на преодоление ЭС в операционной.

➤ самонадеянность, самоуверенность, бравада, повышенная импульсивность или пессимизм серьезно мешают воспринимать признаки неблагополучия, распознать проблемы, что, в конечном итоге, ведет к ошибочному решению.

➤ на протяжении всей оперативно-реанимационной помощи ХБ должна отдавать себе отчет в любых происходящих вокруг переменах. Если обнаруживается жизнеопасное осложнение, реаниматолог обязан приостановить операцию, пока не найдется другой ресурс компенсации и коррекции.

➤ ХБ нужно всегда помнить то, что ни на одной стадии ЭС нельзя сказать наверняка, что ее удалось преодолеть. Ей нужно думать о цепи причинных факторов, обусловивших проблему, следовать протоколу, принятому в ЛПУ.

➤ при ЭС в операционной приемлемо только безотлагательное применение всех доступных методов реанимации, включая операцию, а также параллельно методов интраоперационной диагностики помогает реализовать принцип спасения жизни пострадавшего.

➤ при определении адекватной интраоперационной оценки и разрешении ЭС необходимо ориентироваться на такой интегральный

показатель, как степени неопределенности, степени реализации угрозы, степени прогнозирования последствий выбора той или иной альтернативы оперативного вмешательства.

➤ в ЭС необходимо использовать тактику, направленную на ликвидацию опасных последствий, на стабилизацию кризиса, ориентируясь на такие интегральные показатели функций жизненно-важных органов и систем, как показатель изменения когнитивного статуса пострадавшего.

На уровне системы здравоохранения (МЗ КР, ФОМС) необходимо:

➤ широкое внедрение системы управления КМП, результаты которой необходимо оценивать по комплексным показателям в соответствии с разработанными методами и подходами.

➤ расширить организацию новых структурных подразделений, в том числе и стационара замещающие службы (АДО, ДС, стационар на дому, ОСУ, хосписы и др.).

➤ разработать новые требования Госстандарта, международные и типовые государственные учебные программы.

➤ внедрить новые медицинские технологии и медицинского обеспечения, а также достижений ДМ и интерактивных методов ПДО.

➤ улучшить взаимоотношения МЗ КР, Л-ПУ, НИУ, КГМА, КГМИППК по принципу: «Заказчик – исполнитель».

➤ восстановить принцип «потребность – реализация», так как подготовка врачей на различных уровнях должна представлять собой взаимосвязанный целостный процесс.

➤ создать институты независимой оценки КМП (страховые компании, комиссии по соблюдению биэтики, ассоциации по защите интересов, как профессиональных групп, так и населения).

➤ повысить роль научной медицины, а не только ДМ.

➤ изменить поведенческую культуру и организационную структуру стационарных служб, а также улучшить КМП через включение четких мотивационных механизмов,

➤ наладить эффективное взаимодействие всех участников медико-организационного процесса, а также внедрить систему доверия управлением здравоохранения подготовленным профессиональным управленцам.

➤ ФОМС при осуществлении контроля КМП в ЛПУ производить скрининг-контроль КМП на основании соответствия ее стандартам и требованиям программы госгарантий на основании тарифов, рассчитанных в соответствии со стандартами диагностики и лечения.

➤ лицензирующим органам при выдаче лицензии и при осуществлении контроля оценивать возможность выполнения лицензионных требований в части обеспечения КМП и соблюдения стандартов обследования и лечения, в том числе на основании стандартов Л-ПУ и договоров между Л-ПУ об оказании медицинской помощи в системе ФОМС.

➤ участниками медико-организационного процесса по обеспечению КМП учесть, что для оценки степени реализации основных направлений политики здравоохранения КР, выявления преимуществ или, наоборот, просчетов проведенных реформ, направленных на повышение уровня КМП, целесообразно использовать триадный, процессный и системно-ответственные подходы.

➤ учесть то, что проведения экспертизы КМП в системе Единого плательщика и ее практическая реализация в республике способствует эффективному выполнению приоритетных задач и достижения высоких конечных результатов

➤ принять во внимание тот факт, что в результате реструктуризации системы здравоохранения, внедрения стационарзамещающих технологий диагностики и лечения больных повышается эффективность Л-ПУ на всех уровнях.

➤ процессная модель демонстрирует, что развитие компонентов системы здравоохранения Кыргызской Республики происходит параллельно, что способствует комплексному повышению качества медицинской помощи, обеспечивая синхронное совершенствование инфраструктуры, кадрового потенциала и нормативно-правовой базы.

➤ следует учитывать, что заметное улучшение системы здравоохранения КР связано с тем, что «А-ПК» приняла на себя значительную долю нагрузки, ранее лежавшей на «К-СК».

На уровне системы Л-ПУ необходимо:

➤ постоянное совершенствование управленческой, кадровой и материально-технической базы Л-ПУ. При этом конкретизация целей, определение приоритетных задач, должны основываться на КК и КП.

➤ учесть, что материальное стимулирование медицинского работника в Л-ПУ в соответствии с КМП необходимо осуществлять во взаимосвязи с достижением высоких конечных результатов деятельности.

➤ прививать врачам аналитические, коммуникативные, управленческие навыки, навыков самостоятельной «добычи» и усвоению знаний, постоянной самоподготовки и плановое повышение;;

➤ прививать врачам принципы человеческого достоинства, профессиональной этики и солидарности, а также знание социальных и

культурных характеристик населения региона.

- использовать организационные преобразования, предусматривающие корректировку нормирования труда, четкую формулировку должностных обязанностей, повышение заработной платы.

- оформлять медицинскую документацию в соответствии с разработанной технологией, предусматривающей реализацию прав пациентов и обеспечивающей защиту врача и Л-ПУ от необоснованных претензий.

- учесть, что применение теории и практики систематизированных моделей оптимизации деятельности Л-ПУ, кадрового менеджмента, личностного подхода и обоснование необходимости формирования качества потенциала врачей способствуют эффективному управлению КМП и КПДО.

- помнить, что управление КМП и КПДО позволит оптимизировать использование организационного, управленческого, кадрового, материально-технического потенциала, внедрить новые условия оказания помощи, соразмерной оплаты труда.

- стандартизировать и оптимизировать технологии организации, управления, ресурсного и кадрового обеспечения Л-ПУ, внедрения КК, КП, принципов ДМ и ПДО врачей обеспечивают КМП на всех этапах, обеспечивают унификацию и последовательность реализации технологий.

- оптимизировать деятельности Л-ПУ и врачей на основе пересмотра штатных нормативов Л-ПУ с научно обоснованной корректировкой нормирования труда.

- внедрить научно обоснованную систему оценки КМП, а также современные ресурсосберегающие технологии.

- следует учитывать, что при лицензировании и аккредитационной экспертизе деятельности врачей ГСВ/ЦСМ, ЦОВП, ТБ был выявлен значительно более низкий уровень соответствия установленным стандартам качества медицинской помощи, что, в свою очередь, свидетельствует о низком уровне КМП.

- следует учитывать, что основными недостатками в работе Л-ПУ, приводящими к низкому уровню КМП, являются организационные и лечебно-диагностические ошибки медицинского персонала, вызванные недостаточной квалификацией кадров, слабой материально-технической оснащённостью учреждения, а также ограниченным финансированием.

- необходимо учитывать, что доля организационных недостатков превосходит совокупное количество ошибок в диагностике и лечении, при этом их влияние на качество оказания медицинской помощи пациентам в ТБ является наиболее значимым по сравнению с ЦСМ/ГСВ и ЦОВП.

На уровне системы ПДО (КГМИППК, медвузы) необходимо:

➤ необходимо учитывать, что ключевыми факторами успешного функционирования учреждений дополнительного профессионального образования являются: а) развитая и многоканальная система коммуникации; б) мощная и хорошо оснащенная клиническая база; в) детальное понимание целевой аудитории с учетом профессиональных и иных характеристик; г) анализ и учет как социальных, так и индивидуальных потребностей обучающихся; д) определение наиболее эффективного формата образовательного процесса; ж) создание действенных механизмов мотивации и поддержки интереса к обучению.

➤ следует учитывать, что для совершенствования системы непрерывного последиplomного образования медицинских специалистов необходимо внедрение следующих элементов: а) комплексных и междисциплинарных моделей, обеспечивающих интегрированный подход; б) проблемно-ориентированных методик обучения, которые устраняют разрыв между теорией и практическими навыками; в) принципов Болонского процесса, способствующих трансформации системы последиplomного и непрерывного образования от узкоспециализированного формата к мультипрофессиональному взаимодействию, что повышает адаптивность специалистов к изменяющимся условиям.

➤ учесть, что в целях повышения КПДО следует восстановить принцип: «полуфабрикат – продукт», когда учебные заведения дипломной и последиplomной подготовки должны подготовить достаточно высокого качества «полуфабрикат» для КГМИППК, так как лишь в этом случае он сможет реализовать свою задачу по подготовке качественного «продукта».

➤ помнить, что в условиях изменения стратегии подготовки специалистов СМ необходимо: а) создать методический отдел с интеграцией всех обучающих курсов; б) разработать и утвердить стандартные кредит-часы; в) разработать механизмы долевого участия Л-ПУ; г) пересмотреть сроки и формы обучения; д) готовить кураторов и тренеров, координаторов, методистов и специалистов программного обеспечения.

➤ знать, что профессиональное развитие на базе эффективного ПДО врачей является мощным мотивационным фактором, определяющим его профессиональную компетентность. Включение вопросов формирования качества профессионального и личностного потенциала врачей в программы ПДО способствует повышению КМП.

➤ учесть, что в совершенствование подготовки врачей, формирование у них не только профессиональной компетентности, но и

повышения общетеоретического и научно-мировоззренческого уровня, существенный методологический и организационный вклад вносит КГМИППК, который должен усилить методологическую и организационную роль не только в профессиональном, но и непрофессиональном ПДО.

- разработать учебные курсы и практикумы для слушателей и клинических ординаторов КГМИППК по проблемам профессионального становления и его диагностики.

- помнить, что параллельное повышение КПДО следует рассматривать в качестве важнейшего компонента системы здравоохранения по повышению КМП населения. Эффективность реализуемых моделей развития той или иной подсистемы здравоохранения и ПДО следует оценивать на основе динамики влияния и вклада в достижение КМП и КПДО.

- необходимо осознавать, что при внедрении КПДО, в соответствии с актуальной научно-познавательной стратегией, важно стремиться к гармоничному развитию не только смежных научно-практических дисциплин, но и ключевых фундаментально-методологических аспектов медицинской науки, образования, клинической практики, а также психологии, социологии и философии.

- помнить, что в современных условиях, когда в Кыргызской Республике внедряются принципы обязательного медицинского страхования, экономические методы управления и рыночные механизмы, а также происходит децентрализация и повышение автономности лечебно-профилактических учреждений, ключевую роль в улучшении качества медицинской помощи играет не только высококвалифицированный врач, но и специалист, обладающий навыками как профессионального, так и непрофессионального непрерывного развития.

- добиваться того, чтобы КГМИППК функционировал как УНКК, ориентированный на три ключевые цели: а) предоставление выпускникам комплексных фундаментальных и практических знаний, а также формирование у них исследовательских навыков и способности к генерации новых теоретических концепций высокого уровня; б) развитие у выпускников компетенций в области проектирования и внедрения инновационных технологий; в) обеспечение высокого уровня профессиональной подготовки, навыков самоорганизации и стремления к постоянному самосовершенствованию.

- необходимо осознавать, что ключевым инструментом воплощения приоритетов ПДО врачей является программно-целевой подход. Для его эффективной реализации КГМИППК следует активизировать интеграцию

науки, практики и образовательного процесса, трансформируя профильные кафедры и курсы в центры научных и инновационных разработок в сфере медицинского обслуживания.

➤ необходимо учитывать, что создание интеграционных научно-образовательных программ КГМИППК должно стать ключевым направлением в реализации связей между наукой, практикой и профессиональным развитием обучающихся, а также в оптимизации их структуры, функционирования и взаимодействия.

➤ необходимо учитывать, что при реформировании научно-практической и образовательной деятельности КГМИППК основой должны стать критерии оценки качества и уровня научно-практических работ, теоретических обобщений и научно-инновационных проектов, которые являются тщательно обоснованными и отражают позицию научно-практической медицинской общественности.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. **Абдурахманов, Ш. Т.** Пути улучшения качества медицинской помощи в стационарах Ошской области [Текст] / Ш. Т. Абдурахманов // Вестник Ошского государственного университета. - 2014. - № 2. - С. 126-128; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://elibrary.ru/download/elibrary_30677799_68258798.pdf

2. **Абдурахманов, Ш. Т.** Результаты анкетирования врачей о качестве медицинской помощи [Текст] / Ш. Т. Абдурахманов // Вестник Ошского государственного университета. - 2014. - № 2. - С. 128-131; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://elibrary.ru/download/elibrary_30677800_50602395.pdf

3. **Абдурахманов, Ш. Т.** О путях оптимизации хирургической помощи населению Ошской области в условиях стационара [Текст] / Б. 3. Осумбеков, Ш. Т. Абдурахманов // Центрально-Азиатский Медицинский Журнал. - 2014. - Т. XX. № 4. - С. 308-312; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://cloud.mail.ru/public/UVmN/KN52Eсqn6>

4. **Абдурахманов, Ш. Т.** Оценка лечебно-диагностического процесса стационарной помощи в Кыргызской Республике помощи [Текст] / М. А. Мамбетов, Ш. Т. Абдурахманов, М. К. Ормокеев // Успехи современной науки. - Белгород, 2016. - Т. 5. - № 12. - С. 123-127; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://elibrary.ru/download/elibrary_27712410_23058297.PDF

5. **Абдурахманов, Ш. Т.** Анализ госпитализированных больных в зависимости от коечной мощности помощи [Текст] / Ш. Т. Абдрахманов, М.

К. Ормокеев, М. А. Мамбетов // Успехи современной науки. - Белгород, 2016. - Т. 5. - № 12. - С. 153-159; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://elibrary.ru/download/elibrary_27712417_15507943.PDF

6. **Абдурахманов, Ш. Т.** Оценка качества медицинской помощи на стационарном этапе помощи [Текст] / М. Т. Мурзалиев, к. Э. Насирдин, Ш. Т. Абдрахманов // Молодой ученый. - Казань, 2016. - № 6(110). - С. 299-304; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.moluch.ru/archive/110/26827>

7. **Абдурахманов, Ш. Т.** Анализ результатов социологического изучения мнения пациентов помощи [Текст] / Б. Б. Майканаев, Ш. Т. Абдурахманов // Вестник Ошского государственного университета. - 2017. - № 2. - С. 13-18; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://elibrary.ru/download/elibrary_30067217_38867623.pdf

8. **Абдурахманов, Ш. Т.** Маркетинговый анализ деятельности лечебно-профилактической организации помощи [Текст] / Ш. Т. Абдурахманов, Ф. Ж. Мейтиев, А. К. Махмадиев // Вестник Ошского государственного университета. - 2017. - № 2. - С. 18-27; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://elibrary.ru/download/elibrary_30067218_66043679.pdf

9. **Абдурахманов, Ш. Т.** Совершенствования деятельности хирургических отделений стационаров [Текст] / Ш. Т. Абдурахманов, Б. Б. Майканаев, Ж. А. Чынгышева // Наука. Образование. Техника. - 2017. - № 2(59). - С. 93-97; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://elibrary.ru/download/elibrary_29993033_58294198.pdf

10. **Абдурахманов, Ш. Т.** Вопросы оптимизации стационарной медицинской помощи населению в регионах Кыргызской Республики [Текст] / Ш. Т. Абдурахманов, Н. Т. Токтоматов // Наука. Образование. Техника. - 2017. - № 2(59). - С. 97-102; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://elibrary.ru/download/elibrary_29993034_43225076.pdf

11. **Абдурахманов, Ш. Т.** Обращаемость населения за медицинскими услугами в амбулаторно- поликлинические учреждения [Текст] / К. Э. Насирдин, Ш. Т. Абдрахманов // In Situ. - Москва, 2017. - № 4. - С. 67-71; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://elibrary.ru/download/elibrary_29069053_85258767.pdf

12. **Абдурахманов, Ш. Т.** 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. - Казань, 2017. - № 14(148). - С. 232-241; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://moluch.ru/archive/148/41324>

13. **Абдурахманов, Ш. Т.** Оптимизация организационно-экономической деятельности лечебно-профилактических организаций при применении маркетинговых исследований [Текст] / М. М. Каратаев, Ш. Т. Абдрахманов, Ж. А. Чынгышева // Вестник Международного Университета Кыргызстана. - 2018. - № 2(35). - С. 389-395; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://cloud.mail.ru/public/Crap/tvZw4Poh6>

14. **Абдурахманов, Ш. Т.** Результаты экспертной оценки деятельности ТБ г. Ош и пути их улучшения [Текст] / Ш. Т. Абдрахманов, Ж. А. Чынгышева // Вестник Международного Университета Кыргызстана. - 2018. - № 2(35). - С. 396-401; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://cloud.mail.ru/public/dzJn/6FYk68QBb>

15. Контролируемое клиническое испытание и определение релевантности клинического и экспериментального контроля биохимии полостной крови для интраоперационной реинфузии [Текст] / [Ш. Т. Абдурахманов, Ж. А. Чынгышева, А. Т. Буланбеков, Э. А. Тилеков] // Бюллетень науки и практики. Нижневартовск, 2020. - Т. 6. - № 1. - С. 97-104; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://elibrary.ru/download/elibrary_41860854_26858193.pdf

16. Адаптированная программа интраоперационной инфузионно-трансфузионной терапии при критических просветных кровопотерях [Текст] / [Ш. Т. Абдурахманов, Ж. А. Чынгышева, Н. А. Мамажусупов, Э. А. Тилеков] // Бюллетень науки и практики. - Нижневартовск, 2020. - Т. 6. - № 1. - С. 105-113; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://elibrary.ru/download/elibrary_41860855_30778939.pdf

17. Результаты контролируемого клинического испытания аппаратной интраоперационной реинфузии крови, собранной из брюшной полости в условиях медленного и быстрого режимов [Текст] / [Ш. Т. Абдурахманов, Ж. А. Чынгышева, Б. Ж. Мусалиев, Э. А. Тилеков] // Бюллетень науки и практики. - Нижневартовск, 2020. - Т. 6. - № 2. - С. 111-117; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://elibrary.ru/download/elibrary_42440989_66706979.pdf

18. **Абдурахманов, Ш. Т.** Теоретическая основа для формирования программы дополнительного образования врачей [Текст] / И. А. Ашимов, Ш. Т. Абдурахманов // Бюллетень науки и практики. - Нижневартовск, 2020. - Т. 6. - № 3. - С. 450-461; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://elibrary.ru/download/elibrary_42644799_80187203.pdf

19. **Абдурахманов, Ш. Т.** Оценка качества высокотехнологической хирургической экстренной медицинской помощи [Текст] / Ш. Т. Абдурахманов, М. Б. Чапыев // Наука. Образование. Техника. - 2022. - №

3(75). - С. 68-74; То же: [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://elibrary.ru/download/elibrary_49900614_97439858.pdf

20. Theoretical aspects of the technological classification of minimally invasive surgery in emergency surgery [Text] / [M. Chapyev, Sh. Abdurakhmanov, B. Toktogaziev, R. Zhortuchiev, K. Aknazarov, T. Tagaev] // Biomedicine. - Karnataka, 2023. - Vol. 43. - No. 4. - P. 1309-1314; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://cloud.mail.ru/public/Wzty/PSzwzBmbG>

РЕЗЮМЕ

диссертации Абдурахманова Шаятбека Туланбаевича «Многоуровневое моделирование качества медицинской помощи в Кыргызской Республике», представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальностям: 14.01.17 – хирургия; 14.01.33 - общественное здоровье и организация здравоохранения.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, процессные модели, триадный подход, системный подход, дополнительное образование врачей, управление здравоохранением, кадровый потенциал.

Объект исследования: система обеспечения качества медицинской помощи в Кыргызской Республике у пострадавших с тяжёлыми ранениями и политравмой, находящихся в экстренных состояниях различной категории (ЭСР, ЭСКН, ЭСВЭ); хирургическую бригаду, рассматриваемую как профессиональное интраоперационное содружество хирургов и анестезиологов-реаниматологов и организационные структуры и процессы, обеспечивающие качество оказания интраоперационной помощи при экстремальных ситуациях.

Предмет исследования: Многоуровневые процессные модели развития и совершенствования триадных компонентов системы качества медицинской помощи, экстренных ситуаций и повышения эффективности интраоперационной помощи при тяжёлых ранениях и политравмах, и административно-методические механизмы оценки степени разрешения экстренных ситуаций и управления хирургической службой.

Цель исследования: Разработка и научное обоснование многоуровневых моделей повышения КМП, включая КИОП при ЭС, а также КПДО на базе применения системного и триадного подходов в оценке компонентов системы здравоохранения, Л-ПУ, ПДО и ЭХ.

Методы исследования: социологические, клинические, лабораторные, инструментальные, статистическая обработка данных.

Полученные результаты и их новизна: впервые освещены проблемные аспекты повышения качества интраоперационной помощи (КИОП) при экстремальных ситуациях (ЭС), а также проанализированы методологические подходы к разрешению интраоперационных ЭС. Впервые выполнена комплексная оценка процессной модели развития триады компонентов («К-ПК», «О-МК», «Т-ТК») системы экстренной хирургии (ЭХ) по обеспечению КИОП. Разработаны «нормы-рекомендации» на основе сопоставления с существующими «нормами-требованиями» и обобщения практического опыта оказания помощи пострадавшим в ЭСР, ЭСКН и ЭСВЭ. Впервые осуществлена оценка процессной модели развития триады компонентов («К-СК», «А-ПК», «М-СК») системы здравоохранения Кыргызской Республики по обеспечению качества

медицинской помощи (КМП). Впервые проведена оценка процессной модели развития триады компонентов («О-УК», «Т-РК», «П-КК») системы лечебно-профилактических учреждений (Л-ПУ) по обеспечению КМП. Впервые выполнена оценка процессной модели развития триады компонентов («О-ОК», «У-МК», «К-ЛК») системы дополнительного профессионального образования (ПДО) врачей в Кыргызской Республике по обеспечению качества последиplomного образования (КПДО).

Рекомендации по использованию. Основные выводы и рекомендации, содержащиеся в работе, могут быть использованы в повседневной клинической практике, в образовательном процессе и в научных исследованиях.

Область применения: хирургия, общественное здоровье и здравоохранение.