

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ  
РЕСПУБЛИКИ**

**Ошский государственный университет**

**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 диссертация  
на соискание ученой степени  
доктора медицинских наук

**Научные консультанты:**

**КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА**

**БИШКЕК**

**2025**

Работа выполнена в Национальном хирургическом центре и в Ошской городской клинической больнице

**Научные консультанты:**

Доктор медицинских наук, профессор Тилеков Эрнис Абдышевич  
Доктор медицинских наук, профессор Каратаев Мадамин Мусаевич

**Официальные оппоненты:**

Доктор медицинских наук, профессор  
Доктор медицинских наук, профессор  
Доктор медицинских наук, профессор

**Ведущая организация:**

Андижанский государственный медицинский университет

Защита состоится «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 года в 12.00 часов на заседании диссертационного совета Д.14.10.415 по защите докторских (кандидатских) диссертаций по хирургии при Национальном хирургическом центре имени академика М.М.Мамакеева и Кыргызской государственной медицинской академии им.И.К.Ахунбаева по адресу: г. Бишкек, \_\_\_\_\_.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке Национальном хирургическом центре имени академика М.М.Мамакеева

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 года.

**Ученый секретарь  
диссертационного совета**

**ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ, СИМВОЛОВ,**

## ЕДИНИЦ И ТЕРМИНОВ

А-ПП	- амбулаторно-поликлиническая помощь
«А-ПК»	- амбулаторно-поликлинический компонент
ПДО	- последипломное образование
ДС	- дневной стационар
КПДО	- качество постдипломного образования
КМП	- качество медицинской помощи
КИОП	- качество интраоперационной помощи
«К-СК»	- клиничко-стационарный компонент
«К-ЛК»	- компетентностно-личностный компонент
КУ	- угрозометрический критерий
КП	- прогностический критерий
КН	- критерий неопределенности
КА	- критерий альтернативности
Л-ПУ	- лечебно-профилактические учреждения
«М-СК»	- медико-социальный компонент
«О-ОК»	- образовательно-организационный компонент
«О-УК»	- организационно-управленческий компонент
ПМСП	- первичная медико-санитарная помощь
«П-КК»	- профессионально-кадровый компонент
СК	- стандарт качества
«Т-РК»	- технико-ресурсный компонент
ТБ	- территориальная больница
«У-МК»	- учебно-методический компонент
УКР	- уровень качества работы
ХЗ	- хроническое заболевание
ХБ	- хирургическая бригада (хирурги+анест.-реаниматологи)
ЦОВП	- центр общеврачебной практики
ЭС	- экстремальная ситуация
ЭСР	- экстремальная ситуация риска
ЭСКН	- экстремальная ситуация крайней необходимости
ЭСВЭ	- экстремальная ситуация вынужденного эксперимента

## 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 [20,22,36]. В частности, триадного подхода, который, как известно, даёт более четкие ориентиры, представляя собой универсальный принцип схематизации и симметризации соответствующих компонентов системы [16,22,52].

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, основными НИР, проводимыми 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 работы.**

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 КПДО.

**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 КПДО.

Стандартизация и оптимизация технологии организации, управления, ресурсного и кадрового обеспечения Л-ПУ, внедрения КК, КП, принципов ДМ и ПДО 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 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.

**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, 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 уравнивателя 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 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.

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 работ.** Основные положения и результаты исследования внедрены в учебный процесс на кафедрах хирургии КГМА и КГМИППК: «Управление здравоохранения», «Хирургия», «Травматология». Материалы исследования использованы при разработке методических рекомендаций. На основании результатов работы были подготовлены предложения для МЗ КР, Л-ПУ. Разработки используются при проведении сертификационных и аттестационных циклов повышения квалификации руководителей Л-ПУ, штатных и внештатных экспертов территориального фонда ОМС.

Разработанные организационно-методические технологии реализуются на территории КР в системе здравоохранения (МЗ КР, Л-ПУ), в системе ОМС, в системе ПДО (КГМИППК). Материалы исследования использованы при подготовке методических рекомендаций для организаторов здравоохранения КР, ФОМС, целевых учебных программ ПДО по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение», «Хирургия».

Разработки могут быть использованы в разработке методологической проблематики теоретической медицины, практического здравоохранения. Результаты работы в указанном аспекте могут найти применение в работе методологических, проблемно-поисковых семинаров по политике здравоохранения, стратегии хирургического образования, тактики хирургической службы. Результаты работы использовались при формировании целевых учебных программ для студентов.

Материалы диссертации использовались при чтении лекций, проведения практических занятий и семинаров, а также при проведении циклов последипломного обучения «Экспертиза качества медицинской помощи» и «Организация здравоохранения и общественное здоровье». Результаты исследования докладывались на съездах, симпозиумах и научно-практических конференциях. Теоретические результаты исследований обсуждались на заседаниях ученого совета КГМИППК и НХЦ, на заседаниях соответствующих кафедр. Внедрение основных результатов исследования в практику осуществлялось как проведением практической работы по профконсультированию врачей, клинических ординаторов, аспирантов

КГМИППК, так и путем психолого-педагогической пропаганды полученных результатов.

Основные положения диссертации апробированы на: научно-практической конференции НХЦ (Бишкек, 2011, 2012, 2015, 2017); на VI конференции молодых ученых КГМИППК (Бишкек, 2012, 2014, 2017); на заседаниях ученого совета КГМИППК (Бишкек, 2013, 2015, 2016). Результаты исследований внедрены в практику КГМИППК, НХЦ, медицинского факультета ОшГУ (ОМОКБ, ЦГКБ г.Ош).

**Полнота отражения результатов диссертации в публикациях.** По теме диссертации опубликовано 25 научных работ.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, обзора литературы, описания материала и методов исследования, 7 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы. Диссертация изложена на 263 страницах компьютерного текста, иллюстрирована 46 таблицами и 21 рисунками. Библиографический указатель содержит 265 авторов, в том числе 200 - из ближнего и 65 – дальнего зарубежья.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

**В главе I** «Современные проблемы качества медицинской помощи» изложены результаты обзора литературы по современным проблемам качества медицинской помощи при экстремальных ситуациях, а также качества последиplomного образования врачей и основные направления их решения.

**В главе II** «Материалы, методология и методы исследования». Особенностью нашей работы состоит в том, что предметом исследований нами определены важные аспекты проблем разрешения интраоперационных ЭС: методологические; клиничко-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%. 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 1. - 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. 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%).

Таблица 2. - 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

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 (PaCO<sub>2</sub> 35–37 мм рт. ст.).

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.

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.

Результаты структурных преобразований в системе медицинских услуг оценивались по таким параметрам, как объем и качество медицинских услуг, сокращение числа ЛПО и коечного фонда; количество поликлинического обслуживания; снижением дефекты в обследовании, лечение; снижение смертности и инвалидности. Заболеваемость изучалась по данным обращаемости за медицинской помощью, а также комплексного медицинского осмотра с участием: ГСВ, терапевта, невропатолога, окулиста, хирурга, уролога, инфекциониста, онколога.

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.

Таким образом, выявление заболеваемости с временной и стойкой утратой трудоспособности, первичного выхода на инвалидность, смертности в трудоспособном возрасте являются результирующими критериями деятельности сектора здравоохранения. Их можно рассматривать также как матрицу исходов, отображающих результаты моделирования в отношении системы здравоохранения.

Проанализированы показатели заболеваемости населения по обращаемости и с временной утратой трудоспособности, а также первичного выхода на инвалидность и смертности населения в трудоспособном возрасте. Для определения адекватности оказанной медицинской помощи бригадой СМП, использовался метод экспертных оценок. В качестве экспертов привлекались наиболее опытные врачи, имеющие стаж лечебной и организационной работы >10 лет и высшую аттестационную категорию

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.

Аккредитация включает экспертную оценку качества работы Л-ПУ в целом и отдельных его подразделений и служб. Оценивается соответствие структуры и функции современному уровню развития медицинской науки и техники, задачам здравоохранения и потребностям населения в КМП. Необходимым условием является разработка единых стандартов, которые содержат набор современных технологий, критериев и показателей, относящихся ко всем сторонам деятельности Л-ПУ.

Методика аккредитационного исследования включала в себя проведение экспертизы уровня управления Л-ПУ, профессионализма и квалификационной структуры кадров, материально-технической базы. КМП оценивалось при выборочной проверке историй болезни и амбулаторных карт. Анализу подвергались основные статистические показатели деятельности Л-ПУ в сравнении со средне республиканскими показателями.

Для экспертной оценки деятельности Л-ПУ использовались разработанные интегрированные коэффициенты: качества медицинской 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  $\Phi$  - 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 подразделениях. 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:  $КС_1+КС_2+КС_3+... .КС_n$ , 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:  $КР_1+КР_2+КР_3+... КР_n$ , 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.

Нами впервые составлены процессные модели на триадной основе. По нашему мнению, процессная модель представляет собой описание здравоохранения, Л-ПУ, ПДО и ЭХ, как целостных систем со всеми взаимосвязанными в ней компонентами, наделенными организационно-управленческими, материально-техническими, научно-образовательными функциями. На наш взгляд, значимость этих моделей заключается в том, что соответствующая деятельность представляют собой набор тех или иных процессов, проанализировав которых можно определить его влияние и вклад в достижение конечных результатов, а управляя характеристиками процессов, можно целенаправленно влиять на результирующие составляющие всей деятельности.

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.

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

**В главе III** «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.

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. 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.

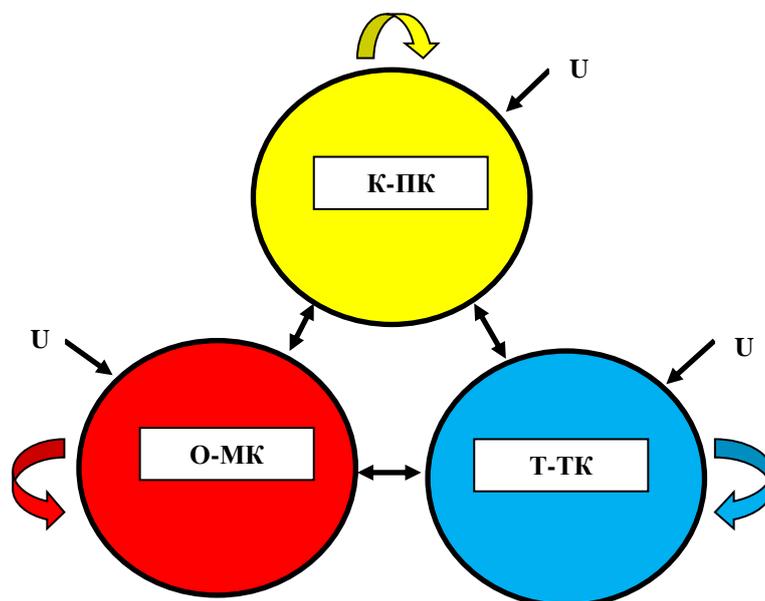


Рис.1. Модель развития триады компонентов системы ЭХ

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 главе IV «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.

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 лечение 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.

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 медицинскую помощь в регионы оказывают врачи ЦСМ/ГСВ, что составляет 28,9% в целом по республике. Обеспеченность населения врачами 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. 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: «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.

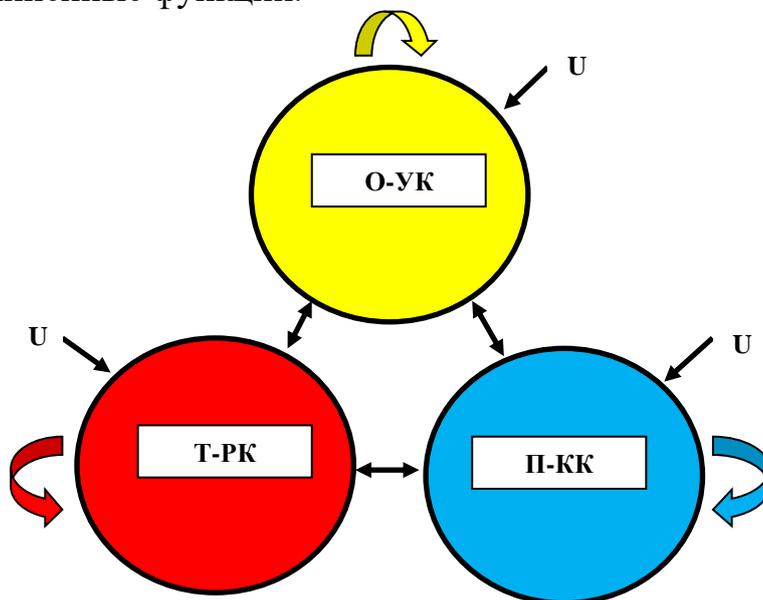


Рис.2. Модель развития триады подсистем ЛПУ.

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

Математическая модель динамики УНКК можно описать следующей системой дифференциальных уравнений: «P» =  $f_1(P, S, K, U)$ ; «S» =  $f_2(P, S, K, U)$ ; «K» =  $f_3(P, S, K, U)$ ; 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.

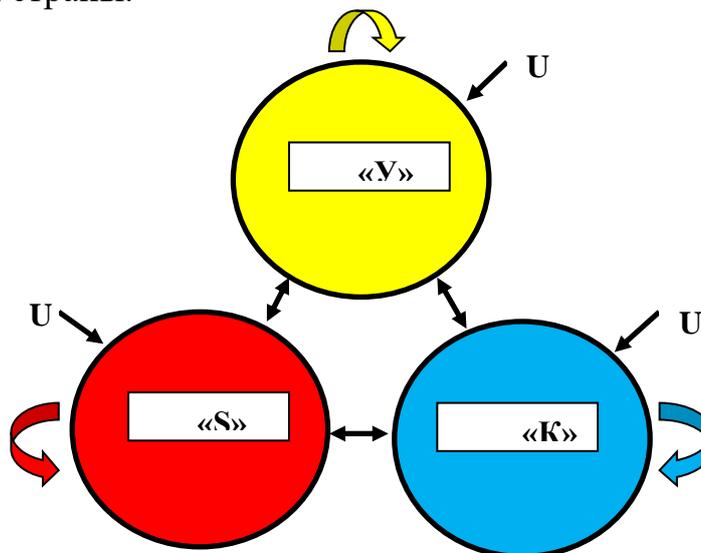


Рис.3. Модель УПКК

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) «P» осуществляет подготовку кадров для «S» и передачу знаний, а результаты научной деятельности интегрируются в образовательную деятельность «P», а также передается в «S» опыт проведения научных исследований; 2) «K» предоставляет «S»

материально-техническую базу для проведения научных исследований и осуществляет постановку проблем лечебно-диагностических технологий, а результаты научных исследований «S» внедряются в «K»; 3) «P» осуществляет подготовку кадров для «K» и передачу знаний, а «K» 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 «P» 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 «K» 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 навыки 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 главе VI** «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.

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 Жаилском 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 областях (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%.

За период 2010-2012 гг. низкий процент освоения отмечается по организациям здравоохранения Баткенской области (88%), однако необходимо отметить улучшение данного показателя по сравнению с прошлыми годами (2006-2009 гг.), когда освоение составляло 50-70%. Установлено, что количество пролеченных случаев по республике выросло с 854047,0 (в 2008 г.) до 944720,0 (в 2011 г.). Как видно из рис.4 за период 2006-2010 гг. число выявленных дефектов, как в диагностике, так и в лечении, неуклонно снижались. Если в 2006 г. удельный вес дефектов в обследовании больных

составил 9,1%, то в 2008 г. – 5,2%, а в 2010 г. – 3,2%, то есть почти в 2 и 3 раза, соответственно. Такая же динамика прослеживается и в отношении удельного веса дефектов в лечении: 13,6% в 2006 г., 10,6% - в 2008 г. и 9,5% - в 2010 г.

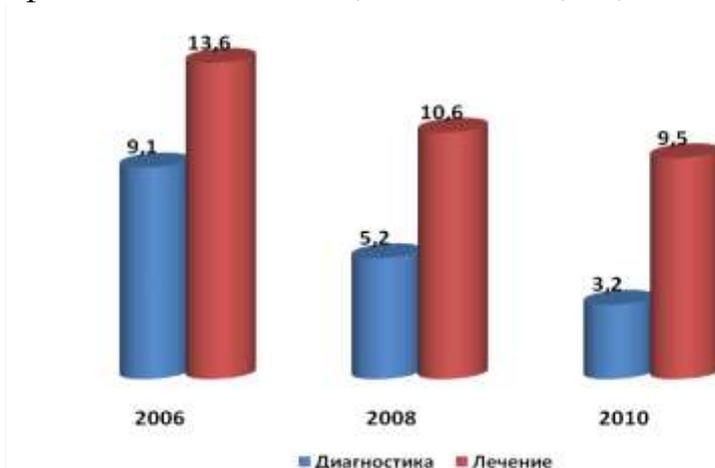


Рис.4. Удельный вес дефектов в оказании медицинской помощи в «К-СК».

В последующие годы (2011-2012 гг.) количество дефектов в обследовании остались, на прежнем уровне (в 2012 г.- 2,8%, в 2011 г. – 2,6%). Не изменился и уровень дефектов лечение в республике (в 2012 г. – 7,4%, в 2011 г. – 7,1%). Колебания уровня дефектов лечение по регионам значительные – от 3,1% в Нарынской области (в 2011 г. – 3,6%) до 9,6%, в г.Бишкек (в 2011 г. – 13,2%). Показатель уровня дефектов лечения снизился в Таласской области (в 2012 г. – 7,3%, в 2011 г. – 9,1%) и в Чуйской области (в 2012 г. – 6,3%, в 2011 г. – 5,8%). Установлен, что удельный вес необоснованных госпитализаций составили в г.Оше – 0,8% в 2010 г., в Таласской области – 0,7% в 2009 г., а в 2010 г. – 0,3%. В целом, по республике этот показатель вырос с 2009 по 2010 гг. на 0,4%.

На стационарном уровне за 2012 г. количество дефектных случаев увеличилось на 28,0%, из них дефекты в обследовании выросли на 22,0%, а в лечении - на 17,0%. Количество необоснованных госпитализаций выросла в 2 раза. Следует отметить, что в 2012 г. по 3488 дефектным случаям наложены финансовые санкции, когда за аналогичный период 2011 г. – по 1917 случаям.

Экспертиза КМП на первичном уровне (в % от количества проэкспертированных медицинских карт). Как видно из рис.5. дефекты в обследовании по республике с 9,2% в 2006 г. снизились до 5,6% в 2010 г. Дефекты в лечение по республике также снизились с 14,7% в 2006 г. до 11,6% - в 2010 г. Дефекты в диспансеризации также снизились с 10,1% в 2006 г. до 3,9% - в 2010 г. Следовательно, имеет место улучшения контроля за КМП.

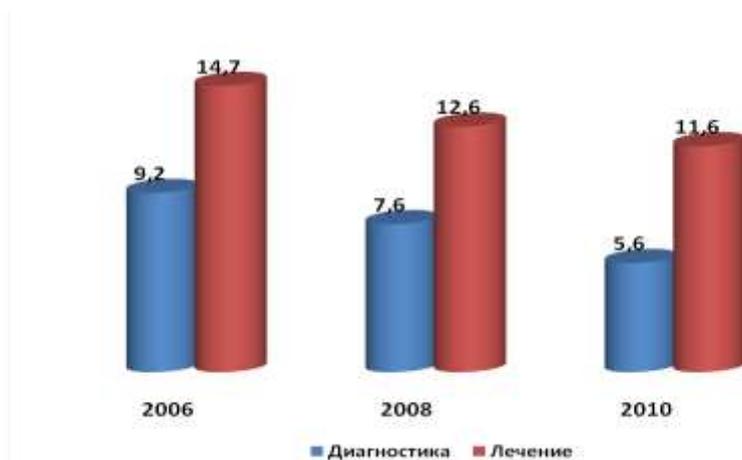


Рис.5. Удельный вес дефектов в оказании медицинской помощи в «А-ПК».

Экспертиза КМП на уровне ПМСП (в % от количества проэкспертированных медицинских карт). Установлено, показатель числа карт с дефектами колеблется в пределах 12,2-28,8% и в среднем по республике составляет 19,9%. Наибольшее количество дефектов отмечается в Нарынском (28,8%) и Иссык-Кульском (26,4%) ТУ ФОМС. В целом, на первичном уровне количество дефектных случаев в 2012 г. выросло на 6,1% по сравнению с аналогичным периодом 2011 г., причем, в обследовании - на 17,0%, в лечении - на 15,0%, в диспансеризации - на 43,5%. Количество необоснованных направлений на госпитализацию выросло в 3 раза. За 2011-2012 гг. по 6425 дефектным случаям наложены финансовые санкции со стороны ФОМС.

Важным критерием для оценки качества врачебной помощи является показатель результативности. Анализ дефектов в оказании врачебной помощи в аккредитуемых Л-ПУ позволил установить, что наибольший удельный вес медицинских дефектов врачебной помощи населению обусловлен нарушениями организационного и лечебно-диагностического процессов при диспансеризации и оказании плановой помощи. Достоверное различие наблюдается между объемом дефектов при организации врачебной службы и дефектов при оказании скорой и плановой врачебной помощи.

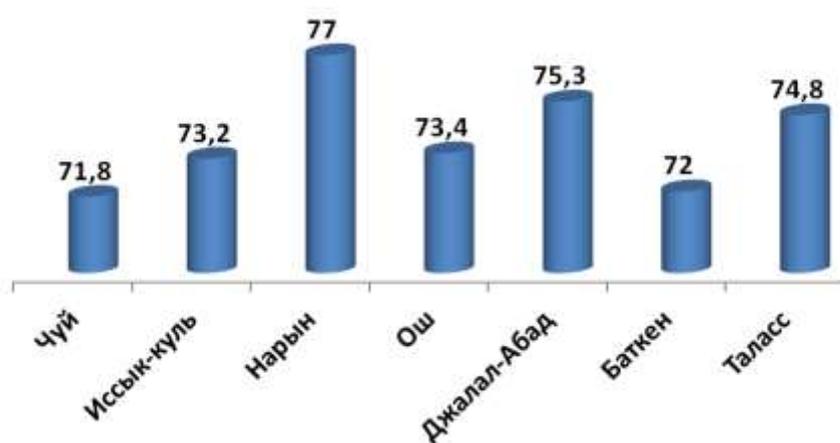


Рис.6. Сравнительные данные соответствия стандартам в ТБ

по областям (в%)

Как видно из рис.6, установлены следующие параметры соответствия стандартам технологии оказания врачебной помощи в ТБ по областям (в %): 71,8% - Чуйская; 73,2% - Иссык-Кульская; 77,0% - Нарынская; 73,4% - Ошская; 75,3% - Джалал-Абадская; 72,0% - Баткенская; 74,8% -Таласская. Таким образом, наибольшее соответствие стандартам технологии оказания врачебной помощи отмечается в Нарынской и Таласской областях. Наоборот, сравнительно самым низким соответствием наблюдается по Чуйской и Баткенской областям.

Как видно из рис.7, сравнительные данные по результативности лечения больных (в %) показали, что доля больных с выздоровлением либо с улучшением, доля больных без изменения с состоянием, доля больных с ухудшением состояния в ГСВ, составили, соответственно, 78,2%, 29,9% и 12,0%. Их доля в ЦОВП составили, соответственно, 46,0%, 38,9% и 26,6%, тогда как в ТБ - 91,2%, 10,0% и 8,6%, соответственно. Итак, дефекты вышеуказанного характера встречаются чаще при оказании врачебной в ЦОВП (12,1%), чем в ГСВ (29,6%) и в ТБ(8,3%).

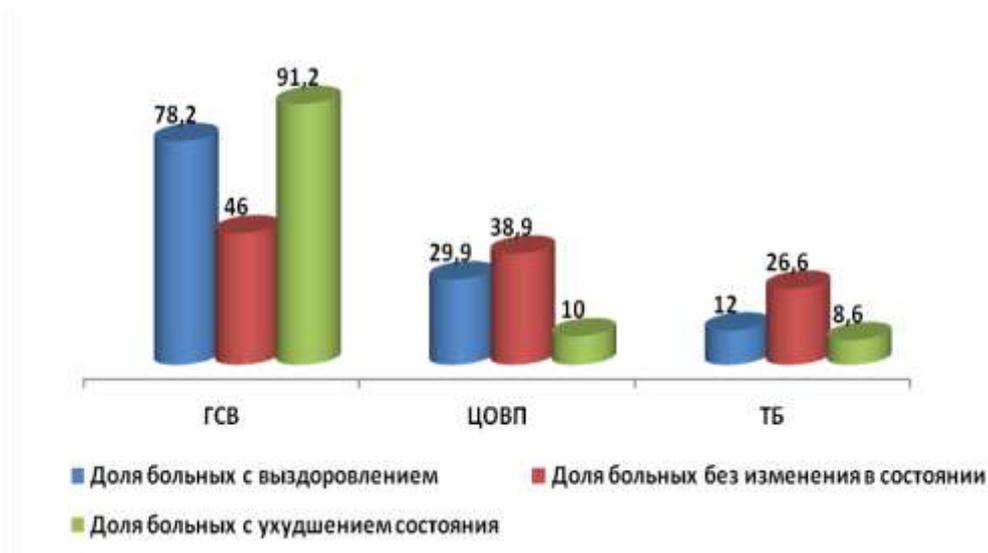


Рис.7. Сравнительные данные по результативности лечения больных (в%)

Все дефекты, обнаруженные в диагностическом обследовании больных могут быть разделены на 3 основных группы: 1) Исследования не проводились вообще; 2) Проведены абсолютно неинформативные исследования; 3) Обследования проведены не в полном объеме. Как видно из рис.6.6, дефекты в диагностическом процессе выявлены у 87,4% госпитализированных в ЦОВП, тогда как в ГСВ их удельный вес составил 36,6%, а в ТБ - 13,6%. На наш взгляд, такой удельный вес дефектов на первом этапе оказания врачебной помощи обусловлен недоукомплектованностью Л-ПУ необходимым оборудованием и изделиями медицинской техники. В особенности во вновь созданных ТБ, а также в ЦОВП.

Как известно, важным критерием качества диагностики служить показатель расхождения диагнозов. По данным экспертной оценки доля ошибочных диагнозов по всем каналам направлений в ТБ составила в среднем 18,5%. Ее величина максимальна в направлениях от ЦОВП (32,7%), тогда как в случае доставления больных службой СМП расхождения диагнозов составили 21,8%.

Уровень ошибочных диагнозов относительно невысок в направлениях от ЦСМ (15,6%), что, наверняка, свидетельствует о росте квалификации ГСВ. При этом доля расхождений диагнозов заметно меньше при плановой (12,2%) и своевременной (13,1%) госпитализации, чем при экстренной (20,8%) и внеплановой помощи (20,6%). Установлено, что наибольшие трудности для диагностики представляют болезни ССС (18,8%), органов мочеполовой системы (16,5%), органов пищеварения (15,6%), нервной системы и органов чувств (9,1%). По результатам исследования выяснилось, что ЦСМ не смогли обеспечить должное КМП в 49,0% случаев, а что касается ЦОВП, то в среднем каждый третий (33,1%) госпитализированный не получал КМП. КМП на уровне ТБ лучше, о чем свидетельствует снижение частоты случаев дефектного лечения на 19,1%.

Анализ причин дефектов в оказании врачебной помощи позволяет классифицировать их следующим образом: 1) «Неуправляемые» (независящие от действия врача либо связанные с недостаточным финансированием и низким уровнем обеспечения расходными материалами и оборудованием, с тяжелым или злокачественным течением болезни); 2) «Управляемые» (недостаточный уровень квалификации врача; недостаточное знание в полном объеме курса болезней; недобросовестное отношение к выполнению функциональных обязанностей; отсутствие преемственности в работе; организационные недостатки). Так, по нашим данным удельный вес этих причин составили, соответственно, 42,2% и 57,8%.

Установлено, что удельный вес организационных дефектов превышает совокупность дефектов диагностического и лечебного характера, влияние последних на качество предоставляемой врачебной помощи больным в ТБ является наиболее значимым.

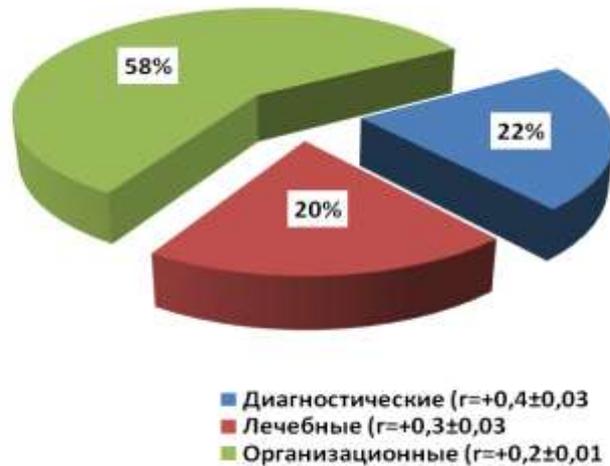


Рис.8. Распределение дефектов, оказывающих влияние на полноту и своевременность лечебно-диагностических процессов (r - коэффициент корреляции)

Диагностические дефекты составили 22,0% (расчет: 249 ист.болезни x 100:1136). Дефекты лечебных мероприятий составили 20,0% (расчет: 227 ист.болезни x100:1136). Организационные дефекты составили 58,0% (расчет: 660 ист.болезни x100:1136). Итак, наиболее выраженный коэффициент корреляции влияния на качество лечебно-диагностических процессов на первичном уровне отмечается в случаях недостаточного уровня квалификации врача и неполного объема знаний курса болезней.

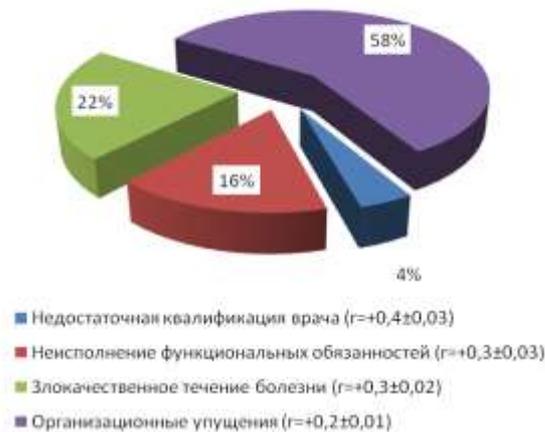


Рис.9. Соотношение основных причин дефектов и их влияние на полноту и своевременность лечебно-диагностических процессов на стационарном уровне (r - коэффициент корреляции)

Недостаточная квалификация врача составляет 4,1% (расчет:  $4,1 \times 100 : 100$ ), неисполнение функциональных обязанностей составляет 16,2% (расчет:  $16,2 \times 100 : 100$ ), злокачественное течение болезни составляет – 22,1%

(расчет:  $22,1 \times 100 : 100$ ), организационные недостатки -58,0% (расчет:  $58,0 \times 100 : 100$ ).

Как видно из рис.10, недостаточная квалификация врача ЦСМ составляет 8,2% (расчет:  $8,2 \times 100 : 100$ ), неполный объем знаний курса болезней – 9,1 (расчет:  $9,1 \times 100 : 100$ ), неисполнение функциональных обязанностей составляет 17,4% (расчет:  $17,4 \times 100 : 100$ ), злокачественное течение болезни составляет – 23,0% (расчет:  $23,0 \times 100 : 100$ ), организационные недостатки - 43,1% (расчет:  $43,1 \times 100 : 100$ ).



Рис.10. Соотношение основных причин дефектов и их влияние на полноту и своевременность лечебно-диагностических процессов на первичном уровне медицинского обслуживания населения (r - коэффициент корреляции).

В целях улучшения «М-СК» больным пожилого и старческого возраста, одиноким и другим лицам, страдающим ХЗ и по состоянию здоровья, нуждающихся в поддерживающем лечении, необходимо организовывать ОСУ и геронтологические стационары на базе сельских участковых больниц, потребность в которых с каждым годом увеличивается. Однако ОСУ, несмотря на выпуск медсестер с высшим образованием, в КР пока не существует. Между тем, потребность коек ОСУ в республике составляет порядка 1500-2000 коек или 2-3 коек на 1 семейного врача.

Необходимо развивать ДС для лиц пожилого и старческого возраста в форме пансионатов. Приказом МЗ КР (№561,15.10.2012 г.) «Об утверждении типового положения о стационарозамещающем отделении (палате) ЦСМ/ГСВ разрешено функционирование ГСВ с койками. Резюмируя все вышеперечисленные данные, необходимо отметить, что количество и качество выявленных дефектов выполнения лечебно-диагностического процесса прямо повлияло на определение заключительной экспертной оценки по результатам деятельности аккредитуемого ЛПУ.

На основании изложенного, можно считать, что в реформированной системе оказания врачебной помощи возникает необходимость тесной взаимосвязи проведения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий силами и средствами каждого этапа, с возможностью получить на каждом этапе оптимальную КМП. В противном случае возникает разбалансировка системы, выражающаяся в дублировании работы на этапах или недополучения полного объема лечебно-профилактических мероприятий, в конечном итоге, ведущая к снижению КМП.

К 2011-2012 гг., несмотря на более рациональное использование коечного фонда, число больных «К-СК» сократилось на 24,0% (с 1034,2 тыс. (в 1991 г.) до 785,7 тыс. (в 2007 г.)), а показатель госпитализации - с 23,1 до 15,1 на 100 человек численности населения. Столь положительная динамика обусловлена тем, что «А-ПК» взяла значительную часть нагрузки «К-СК» на себя. Поэтому для дальнейшего развития стационар замещающих технологий необходимо добиваться перераспределения объемов финансирования со «К-СК» на «А-ПК».

К сожалению, в настоящее время данный процесс идет крайне медленно, что приводит к дисбалансу в структуре объемов финансирования Л-ПУ. На содержание «К-СК» расходуется 71,8% бюджетных средств, а на «А-ПК» только 17,4%, в том числе на санитарно-эпидемиологические и просветительные службы - 7,1% и на содержание станций СМП - 1,0%. Из этих данных следует, что действующая система финансирования не способствует перераспределению объемов медицинских услуг с дорогостоящего звена, каковым является «К-СК» на более дешевый «А-ПК» и требует своего реформирования.

В КР, наряду с плановым сокращением больничного коечного фонда, начиная с 1997 г. в альтернативном порядке стали развиваться стационар замещающие технологии медицинской помощи. В частности, ДС при «К-СК», ДС при «А-ПК», стационары на дому, центры амбулаторной хирургии и др. В КР насчитывается 4294 коек в ДС, что составляет 6% от численности общего коечного фонда «К-СК». Всего пролечено в ДС - 31819 (11%) всех больных. Обеспеченность койками ДС составила в 2000 г. - 91,8 на 10000 населения и имеет тенденцию к снижению (в 2005 г. - 107,2, в 2007 г. - 92,6). При снижении общего количества коек уровень госпитализации на 1000 населения увеличился со 169,8 человек в 2000 г. до 200,0 - в 2007 г. Отмечается тенденция к снижению средней продолжительности пребывания больного на койке ДС - 9 дней (2000 г.) и 6 дней (2007 г.).

Эффективность ДС, как в «К-СК», так и «А-ПК» имеют существенные различия в плане затрат и КМП. ДС при «А-ПК» было 46 в 1991 г., а к 2000 г. их число увеличилось до 126, в которых было развернуто 418 коек. Однако, к сожалению, повсеместно интерес к этой форме со временем угасает. В итоге в 2007 г. коечный фонд ДС составил 326 коек. По данным 2007-2010 гг. наибольшее количество коек ДС развернуто в Ошской области и в г.Бишкек. Причем, в Ошской области койка ДС работала  $203,2 \pm 12,6$  дня в году, то в г.Бишкек -  $297 \pm 10,8$  дней. Если в койко-дни в Ошской области составили

7,5±1,6 дня, то в г.Бишкек - 5,3±0,5 дня, а в Баткенской области - 8,3±1,1 дня. В целом, в ДС пролечено 11100 больных, средняя длительность лечения которых составила 7,2±0,8 дня.

Развитие ДС при «К-СК» также угасает. Из 1038 ДС, развернутых в 1991 г., к 2002 г. осталось 652, а число пролеченных больных сократилось за этот период в 3 раза (с 16800 до 5000). Наиболее часто в ДС направляются больные с АГ (9,8%), затем больные МКБ без клинических проявлений (7,7%) и больные хроническим бронхитом (7,6%). Наиболее часто услугами ДС пользуются терапевты (55,5%) и акушеры-гинекологи (28,8%).

Установлено, что услугами ДС пользуются в основном жители (92%), проживающие в данном селе. Пациенты, проживающих на расстоянии >10 км. от ДС, составили всего 0,7%. В ДС лечение проводится преимущественно взрослым (87,5%), тогда как детям в 4 раза реже (12,5%). Удельный вес больных, осмотренных консультантами, в ДС при «К-СК» составляет 17,2%, а в ДС при «А-ПК» почти в 5 раз меньше (3,6%).

На наш взгляд, накопленный опыт показывает, что ДС наиболее приемлемы для лечения больных с ХЗ, подготовке беременных к родам и больных, нуждающихся в плановой госпитализации. Такой подход ориентирует ЛПУ на пересмотр нормативов потребностей населения в госпитальных койках и на создание нормативов потребности в объемах и койках для стационарзамещающих учреждений.

Оценка деятельности городской службы СМП. Анализ показал, 89,9% вызовов СМП были обоснованными. Доля необоснованных обращений по поводу травм и отравлений составила 23,1%, болезней ССС - 12,2%, органов дыхания - 8,1% и органов пищеварения - 3,2%. Доля необоснованных вызовов СМП у женщин на 15,9% выше, чем у мужчин. Из общего числа необоснованных вызовов СМП, по мнению экспертов, в 42,9% вызовов могли быть обслужены средним медицинским персоналом в поликлинике, 39,3% - врачом поликлиники, 17,8% - не нуждались в оказании СМП. Результаты исследования показали, что 78% вызовов СМП обслужены врачебной бригадой, 13,3% - специализированной бригадой и 8,7% - фельдшерской бригадой.

Экспертная оценка качества диагностики заболеваний показала, что у 10,3% больных диагноз установлен несвоевременно. Причем, несвоевременно был установлен диагноз у 12,8% больных с заболеваниями ССС, у 23,1% больных с травмами и отравлениями, у 11,1% больных с заболеваниями органов дыхания, у 5,0% больных с заболеваниями органов пищеварения. Необоснованно был поставлен диагноз у 2,8% больных.

Эффективность оказания СМП во многом определяется своевременностью выезда и временем, затраченным на обслуживании выезда. Установлено, что <15 мин. после принятия вызова, осуществляется выезд бригады СМП в 38,8% случаях, 15-30 мин. - в 27,3%, 30-45 мин. - в 23%, 45-60 мин. - в 3,2%, 60-90 мин. - 5,7%, >90 мин. - 2% случаев. В целом по четырем классам болезней у 53,9% больных средние затраты времени на обслуживании

одного вызова составили 1 час, у 26,7% - <30 мин., у 18,2% - 1-2 ч., у 1,2% - >2 ч.

По данным экспертных оценок, качество СМП было в 89,7% случаях своевременным, в 10,3% - несвоевременным. СМП по всем заболеваниям в 89,1% случаях было полноценной, в 10,9% - неполноценной. Неполноценно СМП была оказана при травмах и отравлениях в 28,2% случаях, при болезнях ССС - в 11,8%, при болезнях органов пищеварения - в 7,9%, при болезнях органов дыхания - в 3% случаев.

Основными причинами неполноценного оказания СМП эксперты в 45,9% случаях считали особенности течения заболевания, в 27,9% - неправильная и несвоевременная диагностики заболеваний, в 23% - отсутствие лекарственных средств, в 3,2% - недостаточная квалификация врача линейной бригады СМП.

По данным экспертов оформление карт вызовов СМП в 79,6% случаев было удовлетворительное, в 20,4% - неудовлетворительное. Основными дефектами в ведении и оформлении документации явились: некачественное оформление записей (37,2%), отсутствие рекомендаций больным (28,7%), недостаточное описание состояния больного (19,7%), отсутствие динамики наблюдения (14,4%).

Изучение качества оказания СМП взрослому населению показало, что имеются значительные резервы для ее улучшения, зависящие в первую очередь от уровня профессиональной подготовки врачей СМП, четко организованного контроля за их деятельностью и наличием нормативно-правовых документов и методических рекомендаций по системе управления и контроля за качеством СМП. Выявленные дефекты в организации и качестве оказания СМП свидетельствуют о недостаточной эффективности существующей системы контроля за качеством СМП. Анализ показал, что на лечебно-диагностическую работу (осмотр и оказание СМП) приходится 37,0% рабочего времени. Остальное время врача СМП уходит на переходы, переезды (24,2%), подготовительную работу (11,3%).

Для разработки мероприятий по оптимизации деятельности СМП было изучено мнение населения. Проведен анкетный опрос 637 пациентов, обратившихся за СМП. Анализ анкетирования показал, что среди респондентов 66,9% составляют женщины и 33,3% - мужчины. Среди опрошенных 26,3% был в возрасте 31-40 лет, 19,6% - 41-50 лет, 18,4% - 51-60 лет, 11,5% - 61-70 лет. В зависимости социально-профессионального статуса респонденты, распределились следующим образом: служащие (41,8%), пенсионеры (19,9%), рабочие (14,6%), безработные (12,3%), студенты (3,7%) и др. 50,7% респондентов имели высшее образование, 42,3% - среднее, 7% - начальное образование.

Одним из факторов, влияющих на КМП, является частота обращения за СМП в течение года. Анализ частота вызовов СМП показал, что 47,3% респондентов обращались 1-2 раза в год, 16% - 3-4 раза, 4,8% - >5 раз, 31,9% - не обращались. Анализ показал, что <30 мин. было обслужено 26,3%

опрошенных, <45 мин. - 35,8%, <1 ч.- 24,0%, >1 ч. - 13,9%. Отказы в приеме вызовов диспетчером СМП составили 4,4%.

Анализ показал, что только 51,4% респондентов были удовлетворены организацией работы СМП, 22% - не удовлетворены, 26,6% - воздержались от ответа. Определены основные причины неудовлетворенности работой СМП: несвоевременное оказание помощи (47,6%), невнимательность, торопливость (16,7%), нетактичное отношение (14,6%), низкая квалификация фельдшеров (11,4%), низкая квалификация врачей (9,7%).

Для изучения мнения об организации и качестве оказания СМП было проведено анкетирование 206 врачей и среднего медицинского персонала станции СМП, которые хорошо знают положительные и отрицательные моменты своей работы. Среди медицинских работников СМП 42,6% составили врачи, 35,2% - фельдшера врачебных бригад, 22,2% - фельдшеры фельдшерских бригад. Немаловажным фактором, влияющим на КМП, является профессиональная подготовка медицинских работников. 20,3% врачей и фельдшеров станции СМП за последние 5 лет (2008-2012 гг.) не прошли повышения квалификации. Качество оказания СМП в значительной степени зависит от нагрузки врачей. 51,3% опрошенных считает нагрузку оптимальной, 38,9% - высокой, 12,8% - воздержались от ответа.

Одним из важных показателей СМП является состояние технической оснащенности станций СМП. 36,4% опрошенных считали что, техническая обеспеченность полностью соответствует существующим стандартам, 46,2% - не полностью соответствует, 14,5% - частично, 2,9% - не соответствуют стандартам. На вопрос «Удается ли Вам оказывать медицинскую помощь больным и пострадавшим в соответствии с существующими стандартами» 25,1% опрошенных ответил, что в полном объеме, 58,9% - в неполном объеме, 16,0% указали, что частично.

Медицинские работники СМП оценивали качество первой помощи, оказываемой пострадавшим и больным сотрудниками ГАИ, водителями автотранспорта и населением. По мнению врачей СМП, 70,9% сотрудников ГАИ не оказывали первую помощь пострадавшим на месте происшествия, 25,6% - оказывали частично. Водителями автотранспортных средств, своевременно оказывали первую помощь лишь в 2,1%, частично - в 48,3%, не оказывали - в 41,9%.

Респондентами была оценена оперативность, согласованность и организованность работы приемных отделений стационаров при доставке пациентов. Врачи бригад станции СМП в 56,5% случаев отметили работу этого подразделения как достаточной, в 43,5% случаях - недостаточной. Качество работы приемных отделений «К-СК» 71,9% врачей СМП оценили как неполноценное, а 28,1% - как полноценное.

Таким образом, изучение мнения населения и медперсонала СМП о качестве работы выявило основные причины неудовлетворенности населения СМП: недостаточная обеспеченность бригад СМП лекарственными препаратами; низкая квалификация медперсонала; низкая культура

обслуживания; несвоевременное обслуживание; нетактичное отношение медперсонала к больным; низкая техническая оснащенность; несоблюдение стандартов; неполная информация о пациенте и др.

Результаты экспертной оценки показали, что при внедрении организационных мероприятий значительно улучшились качественные показатели оказания СМП сельскому населению: доля обоснованных вызовов в целом по всем заболеваниям составило 95,3% случаев. Особенно увеличилась доля обоснованных вызовов к больным с заболеваниями ССС (с 87,8% до 93,9%), с травмами и отравлениями - с 76,9% до 85,1%. Улучшилась преемственность в работе станции СМП и «А-ПК».

По данным экспертных оценок сократилось число вызовов СМП к больным с ХЗ (с 35,5 до 30,6%); снизилась частота расхождения несвоевременно установленных диагнозов врачами СМП (с 10,3% до 3,8%), особенно при болезнях ССС (с 12,8% до 7,2%), при травмах и отравлениях (с 23,1% до 10,6%), при болезнях органов дыхания (с 11,1% до 5,7%).

Анализ показал, что сократилось время выезда СМП в среднем по всем заболеваниям: удельный вес выездов бригад СМП после поступления вызова <15 мин. увеличился с 38,8 до 41,8%, 16-30 мин. - с 27,3 до 36,6%. В то же время сократилось время выезда 30-45 мин. - с 23% до 18,2%; 45-60 мин. - с 3,2% до 2%; 60-90 мин. - с 5,7% до 1,2%, >90 мин. - почти в 10 раз. Нужно отметить и то, что увеличилось число выездов, на которые было затрачено <30 мин. - с 26,7% до 33,3%, особенно это отмечается при болезнях органов дыхания (с 21,2 до 30,3%), при травмах и отравлениях (с 35,9 до 53,8%), при болезнях ССС (с 22 до 26,6%).

Нужно отметить и то, что увеличилось время обслуживания вызовов в среднем по всем классам болезней <1 ч. - с 53,9 до 56,6%. Число выездов обслуженных 1-2 ч. сократилось с 18,2 до 9,7%, >2 ч. - с 1,2 до 0,4%. Своевременность оказания СМП в среднем по всем классам возросла с 89,7% до 93,5%, особенно при болезнях органов пищеварения - с 76,2 до 80,9%, при травмах и отравлениях - с 76,9 до 89,7%.

Несвоевременность оказания СМП в среднем по всем классам снизилась с 10,3 до 6,5%, а между тем, улучшилось качество оказания СМП, в среднем по всем классам болезней. В частности, полноценность оказания СМП возросла с 89,1 до 94,5%, особенно при болезнях ССС (с 88,2 до 93,4%), при болезнях органов пищеварения (с 92,1 до 96,8%), при травмах и отравлениях (с 71,8 до 87,2%). Доля больных, получивших неполноценную СМП, сократилась с 10,9 до 5,5%.

Таким образом, исследование качества оказания СМП сельскому населению по материалам экспертных оценок выявило дефекты: в 11,1% случаев по всем заболеваниям диагноз установлено несвоевременно, в 10,3% случаев необоснованно; в 10,6% случаев СМП была оказана несвоевременно и неполноценно. Выявленные дефекты в организации СМП свидетельствуют о недостаточной эффективности существующей системы внутриведомственного контроля качества СМН.

По мнению экспертов из общего числа необоснованных вызовов в 82,2% случаев СМП могла быть оказана в «А-ПК» и в 17,8% случаях больные не нуждались в оказании СМП. Это свидетельствует не только о высокой доступности, но и о нерациональном использовании сил и средств службы СМП. Изучение мнения населения об организации СМП показало, что более половины респондентов (51,4%) оценили работу СМП удовлетворительно, каждый пятый (22%) - неудовлетворительно, каждый четвертый (26,6%) - воздержались от ответа. Основными причинами неудовлетворенности явились: несвоевременное оказание СМП, недостаточная обеспеченность бригад СМП лекарственными средствами, низкая культура обслуживания, невнимательность, нетактичное отношение медицинского персонала к больным, низкая квалификация медицинского персонала СМП.

Оценка деятельности СМП в сельских районах. Нужно отметить недостаточную доступность услуг СМП сельскому населению. Динамика роста вызовов СМП (с 324,6 вызовов на 1000 населения в 2000 г. до 334,7 в 2003 г.) свидетельствует о том, что учреждения СМП также взяли на себя часть стационарных услуг по оказанию неотложной помощи пациентам с ХЗ и с острыми простудными заболеваниями. При этом сохраняется низкий процент передачи скорых вызовов в «А-ПП» (3,9%).

Нами проведен точечное исследование обращаемости за СМП взрослого населения проведен на основании сведений станции СМП Кара-Сууйского района за период 2008-2012 гг. (форма №40). Из общего числа карт вызовов СМП (327000) взрослому населению 87209 карт проанализированы методом выборки. Установлено, что в динамике за 2008-2012 гг. частота обращаемости населения за СМП возросла с 198,7 до 260,4 на 1000 взрослого населения ( $P < 0,05$ ).

Анализ возрастно-половых показателей обращаемости за СМП показал, что среди обратившихся за СМП преобладали лица в возрасте  $>70$  лет (19,7%). На 20-29 лет приходится - 21,7%, 50-59 лет - 15,7%, 40-49 лет - 14,6%, 30-39 лет - 13,5%, 60-69 лет - 10,5%. В структуре обращаемости, как у мужчин, так и у женщин на первом месте стоят болезни ССС (27,2% и 33,5%), на втором - болезни органов дыхания (28,6% и 31,1%), на третьем - у мужчин травмы и отравления (8,3%), а у женщин - болезни нервной системы (16,2%). Почти одинаковый удельный вес как у мужчин, так у женщин занимают болезни органов пищеварения (11,9% и 12,1%).

Структура обращаемости за СМП в разрезе отдельных возрастных групп выявила следующую закономерность: у мужчин тенденция роста обращаемости возрастом увеличивается (с 162,54‰ до 705,58‰), у женщин - этот показатель подвержен некоторым колебаниям: в возрасте  $<19$  лет частота обращений составила 306,1 случаев на 1000 населения соответствующего возраста против 223,3 случаев в возрасте 20-29 лет и 200,2‰ в возрасте 30-39 лет. При переходе к старшим возрастным группам ( $>40$  лет) интенсивность обращений у женщин, равно как и у мужчин, стабильно нарастает (от 248,52‰ до 994,56‰) ( $P < 0,05$ ).

В числе больных, обратившихся за СМИ по поводу болезней ССС, каждый четвертый (24,5%) был с ИБС, каждый третий (32,7%) с АГ. Основную долю обращений за СМП по поводу болезней органов дыхания составили больные с ОРВИ, грипп (38,7%), с острым бронхитом (10,4%), с острой пневмонией (4,9%). Анализ обращаемости населения за СМП по времени суток показал, что они распределены неравномерно. 85,9% вызовов поступают в период 8.00-24.00 ч. В начале суток (первый период – 00-8.00 часов) в среднем поступает 14,1% вызовов, то во втором периоде - (8.00-18.00) - 51,3 %, а в третьем периоде (18.00-24.00) поступает 34,6% вызовов.

Установлено, что почти половина (48,6%) обращений приходится на понедельник, среду и воскресенье. Интенсивный максимальный показатель обращаемости среди населения в течение года отмечен в понедельник - 31,5 случаев на 1000 населения, наименьший в пятницу - 29,8%. Наибольшее количество вызовов населения приходится на весенний период - 26 % или 55,8 обращений на 1000 взрослого населения, на зимний период - 25,7% или 55,1 обращений и наименьшее на летний период-23,9% или 51,3 случаев на 1000 населения.

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что за исследуемый период частота обращаемости взрослого населения за СМП в динамике за 2004-2010 гг. возросла с 198,7‰ до 260,4‰. В структуре вызовов бригад СМП основная доля обращений приходится на внезапные заболевания (84,6%). Обращаемость по поводу несчастных случаев стабильно занимает второе место (6,6%), а третье - перевозка больных и рожениц (5,8%).

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. 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-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.

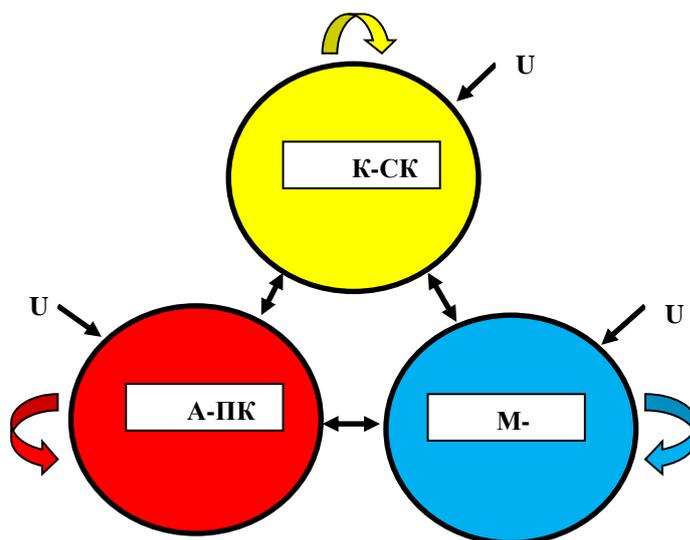


Рис.12. Модель развития триады компонентов системы здравоохранения КР.

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.

Очевидная положительная динамика системы здравоохранения КР обусловлена тем, что «А-ПК» взяла значительную часть нагрузки «К-СК» на себя. Поэтому для дальнейшего развития стационар замещающих технологий необходимо добиваться перераспределения объемов финансирования со «К-СК» на «А-ПК».

Лицензионная и аккредитационная экспертиза деятельности врачей ГСВ/ЦСМ, ЦОВП,ТБ, показала значительно более низкий уровень соответствия стандартам качества деятельности медицинской помощи, а следовательно и низкого уровня КМП.

Главными дефектами в деятельности Л-ПУ, оказывающих низкое КМП являются организационные и лечебно-диагностические просчеты врачей, обусловленные низким уровнем кадрового потенциала, материально-технической базы Л-ПУ, а также недостаточным их финансированием.

Удельный вес организационных дефектов превышает совокупность дефектов диагностического и лечебного характера, а влияние последних на качество предоставляемой врачебной помощи больным в ТБ является наиболее значимым по сравнению с ЦСМ/ГСВ, ЦОВП.

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.

Одно лишь расширение охвата населения медицинской помощью без радикального улучшения КМП за счет внедрения новых организационных и медицинских технологий, а также эффективного кадрового сопровождения, очевидно, не может обеспечить значимых успехов в борьбе со смертностью, инвалидностью, ростом заболеваемости в КР.

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. Совместный план коррекции ЭС должен быть компромиссом между всеми опасностями и преимуществами предпринимаемых мер;

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. Очевидная положительная динамика системы здравоохранения КР обусловлена тем, что «А-ПК» взяла значительную часть нагрузки «К-СК» на себя;

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 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 (психологии, социологии). КГМИППК, как головное учреждение по последипломной подготовке врачей в КР, должен усилить интеграционный процесс, превращения соответствующие кафедры и курсы в центры научно-инновационного развития медицинских служб в КР. В период 2006-2012 гг.

отмечается улучшение общетеоретической подготовки слушателей, возросла мотивация слушателей на повышение уровня своей профессиональной компетентности и личностного развитие.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

### **На уровне системы ЭХ при разрешении ЭС.**

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

~ в неадекватном разрешении ЭС просчеты могут быть результатом административных решений, начиная с недостаточной организацией работы ЛПУ, расстановки кадров, а также отсутствия приоритетного внимания к оперативности работы ХБ в операционной.

~ 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 имеет 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 определяются как факторы, формирующие рабочие действия членов ХБ, и включают такие обстоятельства, как психологическая их несовместимость, несоответствие их опыта, навыков, черты характера, поступков, поведения.

~ оптимальный план коррекции ЭС должен быть компромиссом между всеми опасностями и преимуществами предпринимаемых мер. Овладение динамичными ситуациями зависит от реакции ХБ на множество источников

быстро меняющейся интраоперационной информации, прибегая к стратегии приближенных выводов.

~ 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 такой 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 биоэтики, 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.

~ принять во внимание то, что процессная модель свидетельствует о существовании определенного параллелизма в развитии компонентов системы здравоохранения КР, направленных на повышение КМП.

~ учесть, что очевидная положительная динамика системы здравоохранения КР обусловлена тем, что «А-ПК» взяла значительную часть нагрузки «К-СК» на себя.

**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.

~ учесть, что лицензионно-аккредитационная экспертиза деятельности врачей ГСВ/ЦСМ, ЦОВП,ТБ показала значительно более низкий уровень соответствия стандартам качества деятельности медицинской помощи, а следовательно и низкого уровня КМП.

~ учесть, что главными дефектами в деятельности Л-ПУ, оказывающих низкую КМП являются организационные и лечебно-диагностические просчеты врачей, обусловленные низким уровнем кадрового потенциала, материально-технической базы Л-ПУ, а также недостаточным их финансированием.

~ помнить, что удельный вес организационных дефектов превышает совокупность дефектов диагностического и лечебного характера, а влияние последних на качество предоставляемой врачебной помощи больным в ТБ является наиболее значимым по сравнению с ЦСМ/ГСВ, ЦОВП.

**На уровне системы ПДО (КГМИППК, медвузы) необходимо:**

~ учесть, что главными предпосылками успеха учреждений ПДО являются: а) наличие широко разветвленной коммуникативной инфраструктуры; б) наличие достаточно мощной клинической базы; в) четкое представление о составе потенциальных слушателей по профессиональному и другим признакам; г) выявление и учет социальных и индивидуальных потребностей; д) выбор оптимального режима обучения; ж) нахождение реальных стимулов поддержки и развития интереса к учебе.

~ помнить, что для оптимизации системы непрерывного ПДО врачей необходимо внедрение: а) интегрированных и мультидисциплинарных моделей; б) проблемно-ориентированных принципов обучения, стирающие грани теории и практики; в) принципов Болонского процесса, что связано с необходимостью изменения системы последипломного и непрерывного образования от изолированного подхода к мультипрофессиональному, что приводит к гибкости и умению приспосабливаться к изменившимся условиям.

~ учесть, что в целях повышения КПДО следует восстановить принцип: «полуфабрикат – продукт», когда учебные заведения дипломной и последипломной 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 совершенствовании 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 в 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 КПО следует рассматривать в качестве важнейшего компонента системы здравоохранения по повышению КМП населения. Эффективность реализуемых моделей развития той или иной подсистемы здравоохранения и ПО следует оценивать на основе динамики влияния и вклада в достижение КМП и КПО.

~ знать, что при реализации КПО, с учетом современной научно-познавательной стратегии необходимо стремиться к сбалансированному развитию не только смежных научно-практических направлений, но и фундаментально-методологических разделов медицинской науки, образования, практики, психологии, социологии, философии.

~ помнить, что 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 ПО.

~ добиваться того, чтобы 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.

~ знать, что основным инструментом реализации приоритетов ПО 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.

~ помнить, что формирование интеграционных научно-образовательных программ КГМИППК должно стать одним из важных направлений реализации взаимосвязей между наукой, практикой и ПО, рационализации их структуры, функционирования и взаимодействия.

~ учесть, что 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.

**СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:**

## РЕЗЮМЕ

диссертации Абдурахманов Ш.Т. «Многоуровневое моделирование качества медицинской помощи в Кыргызской Республике» на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальностям: 14.01.17 - хирургия; 14.01.33 - общественное здоровье и организация здравоохранения.

**Ключевые слова:** Оценка качества медицинской помощи населению, оценка качества дополнительного образования врачей, процессные модели развития системы здравоохранения, лечебно-профилактических учреждений. Триадный подход, системный подход, диалогический подход, рефлексивность, рекурсивность. Заболеваемость, управление здравоохранением, кадровый потенциал, андрогогическая модель, научно-мировоззренческая культура, научно-познавательная стратегия.

**Предметом исследования** явились, во-первых, тенденции и эффективность совершенствования ПМСП, ФАП, ГСВ/ЦСМ, ТБ, ЦОВП в рамках достижения качества медицинской помощи, а, во-вторых, тенденции и результативность профессионального и непрофессионального дополнительного образования врачей в рамках достижения качества дополнительного образования. **Объектов исследования** явились ПМСП, ФАП, ГСВ/ЦСМ, ТБ, ЦОВП, ФОМС, КГМИППК, научно-познавательные технологии, научно-образовательные проекты, учебно-методические программы и планы.

**Цель исследования:** Разработка и научное обоснование моделей повышения качества медицинской помощи и качества дополнительного

образования врачей на базе применения триадного подхода к оценке компонентов системы здравоохранения, образования и научно-мировоззренческой подготовки врачей в условиях их трансформации и модернизации.

**Полученные результаты и их научная новизна.** Впервые выполнена оценка процессной модели развития триады подсистем здравоохранения Кыргызстана по обеспечению качества медицинской помощи («стационарная помощь», «амбулаторно-поликлиническая помощь», «медико-социальная помощь»). Впервые проведена оценка процессной модели развития триады подсистем лечебно-профилактических учреждений страны по обеспечению качества медицинской помощи («управление», «ресурсы», «потенциал»). Впервые осуществлена оценка процессной модели развития триады подсистем дополнительного образования врачей в Кыргызстане по обеспечению качества дополнительного образования («организация», «база», «компетенция»). Впервые дана оценка процессной модели развития триады компонентов научно-мировоззренческой культуры по обеспечения качества дополнительного образования («популяризация», «концептуализация»; «философизация»). Впервые теоретически обоснована андрагогическую модель дополнительного образования врачей, а также сформулирована новая концепция о системно-ответственном повышении уровня научно-мировоззренческой культуры личности.

**Область применения.** Общественное здоровье и здравоохранение, социология медицины.

**Структура и библиография.** Диссертация состоит из введения, обзора литературы, описания материала и методов исследования, 7 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы. Диссертация изложена на 263 страницах компьютерного текста, иллюстрирована 46 таблицами и 21 рисунками. Библиографический указатель содержит 265 авторов, в том числе 200 - из ближнего и 65 – дальнего зарубежья.