

ЖАПАРОВ КЕЛДИБЕК АРТЫҚБАЕВИЧ

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ
ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИКО-
САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

ОШ – 2024

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

ЖАПАРОВ КЕЛДИБЕК АРТЫКБАЕВИЧ

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ
ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИКО-
САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

ОШ – 2024

**УДК 614
ББК 51.12
Ж 33**

Публикуется по решению Ученого совета Ошского Государственного Университета (решение №... от 2024 г.)

Монография посвящается актуальным вопросам общественного здоровья и здравоохранения – путем усовершенствования организации оказания первичной специализированной медицинской помощи населению.

Ответственный редактор: Каратаев М.М. – заслуженный деятель науки, доктор медицинских наук, профессор.

Рецензенты: доктор медицинских наук, профессор Шамшиев А.А., доктор медицинских наук, профессор Маметов Р.Р.

Жапаров К.А.

Ж – 33 СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ. - Ош: «ДИП Полиграфия» 2024. – 152 с.

ISBN 978-9967-06-048-7

В монографии представлены материалы исследований, проведенные с 2012 по 2022 гг. в ОшГУ. Цель исследований совершенствование основных направлений организации оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи населению. Научно обоснованы предложения по совершенствованию обеспечения и организации оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи в Центрах семейной медицины и необходимость мониторинга новой организационной технологии.

В книге иллюстрированы 40 таблиц и 4 рисунка, литература: 201 наименований, в том числе 52 на иностранном языке.

ISBN 978-9967-06-048-7

**УДК 614
ББК 51.12**

**«ДИП Полиграфия» 2024
Жапаров 2024**

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	5
ВВЕДЕНИЕ.....	6
ГЛАВА 1. РАЗВИТИЕ ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ	8
1.1. Этапы становления первичной медико-санитарной помощи в Кыргызской Республике	8
1.2. Выбор модели оказания первичной медико-санитарной помощи в зарубежных странах.....	15
1.3. Реформы первичной медико-санитарной помощи в Российской Федерации и странах Центральной Азии.....	28
1.4. Реформа первичной медико-санитарной помощи в независимом Кыргызстане.....	38
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	46
2.1. Характеристика базового региона исследования.....	46
2.2. Материалы и методы исследования.....	46
ГЛАВА 3. МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ НАСЕЛЕНИЯ И КАДРОВЫЕ РЕСУРСЫ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО УРОВНЯ ОШСКОЙ ОБЛАСТИ.....	55
3.1. Численность населения и медико-демографические показатели Ошской области	55
3.2. Организации здравоохранения, оказывающие первичную медико-санитарную помощь населению.....	66
3.3. Кадровые ресурсы ЦСМ.....	68
3.2.1. Обеспеченность населения медицинскими кадрами, укомплектованность в динамике.....	68
3.2.2. Фактическая и необходимая обеспеченность населения штатными должностями врачей.....	74
3.3. Диагностические исследования, проводимые в Центрах семейной медицины.....	80
3.4. Нагрузка на одного специалиста в учреждениях ПМСП.....	85

ГЛАВА 4. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ПОСЕЩАЕМОСТИ ВРАЧЕЙ НАСЕЛЕНИЕМ, ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ	95
4.1. Обращаемость населения за медицинской помощью в организации здравоохранения первичного уровня.....	95
4.2. Частота и качество многопрофильных медицинских услуг, оказываемых ГСВ.....	106
4.3. Анализ обращений, структуры хирургических вмешательств, произведенных пациентам в ООЦМ и его филиалах и удовлетворенность пациентов.....	111
ГЛАВА 5. НОВЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В ЦСМ И АНАЛИЗ ЕЁ ДОСТУПНОСТИ НАСЕЛЕНИЮ.....	122
5.1. Доступность первичной медико-санитарной помощи.....	123
5.2. Доступность врачей-специалистов в консультативно-диагностическом центре (по времени ожидания приема).....	126
ВЫВОДЫ.....	138
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	141
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	142

ПРЕДИСЛОВИЕ

Предлагаемая монография посвящена актуальным вопросам общественного здоровья и здравоохранения – усовершенствованию организации оказания первичной специализированной медицинской помощи населению. Не зря всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определила ПМСП как первую ступень в общении индивида, семьи и общества с национальной системой здравоохранения в его максимальном приближении к условиям жизни и работы людей. Организация объединенных организаций провозгласила неотложной задачей совершенствование ПМСП. Необходимость развития ПМСП в современных социально-экономических условиях осознали не только теоретики и практики здравоохранения, эта идея находит все большую поддержку среди населения.

Необходимо отметить, что политика в области здравоохранения неизменно связана с выбором основных ценностей, которые могут оказать влияние на многие аспекты общественной жизни. Поэтому эти ключевые стратегические вопросы должны регулироваться с помощью тех же процедур, что и другие вопросы государственной политики. То есть важно и нужно использовать опыт других стран, для сравнения достижений, определения возможных «проблемных» вопросов и путей поиска их решения.

Все это во многом и определяет актуальность и значимость проведения предпринятого автором научного исследования, целью которого явились разработка научно-обоснованных мероприятий по усовершенствованию организации оказания первичной специализированной медицинской помощи населению Ошской области.

Проведен анализ обеспеченности, востребованности и доступности для населения, обслуживаемых в Центрах семейной медицины Ошской области, различных видов (по профилям) первичной специализированной медико-санитарной помощи. Первичная медико-санитарная помощь, оказываемая в городских Центрах семейной медицины, продолжает оставаться специализированной (61,2% посещений приходится на врачей-специалистов), самыми востребованными являются кардиологи, хирурги и неврологи. Наименее доступными специалистами (с наибольшим временем ожидания приема к ним) являются оториноларингологи, а самыми доступными хирурги, урологи и терапевты. Впервые проанализирована новая организационная технология оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи населению Ошской области. Анализ обращаемости населения показал, что в период с 2013 по 2017 гг. отмечался рост числа обращений. Впервые проведен анализ плановых госпитализаций по всем профилям специальностей на вторичный и третичный уровни в трехуровневой системе, а также удовлетворенности населения Ошской области качеством, оказываемой медицинской помощи на первичном уровне медицинских услуг. Научно обоснованы предложения по совершенствованию обеспечения и организации

оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи в Центрах семейной медицины, в частности повышение обеспеченности населения врачами востребованных специальностей (кардиолог, уролог, хирург, стоматолог, оториноларинголог) и необходимость мониторинга новой организационной технологии.

Достоверность полученных результатов подтверждена достаточным количеством единиц наблюдения, применением современных методов исследования и статистической обработки. Использованные методики адекватны поставленным задачам.

Сделанные автором выводы и практические рекомендации являются актуальными, новыми и обоснованными.

Все изложенное выше обосновывает необходимость в издании этой монографии. Значимость выхода в свет данного труда продиктовано и обосновано не только запросами общественного здоровья и здравоохранения, но и тем, что проблемы организации первичной специализированной медицинской помощи при системе семейной медицины не освещены в отечественных методических указаниях и отсутствуют конкретные пути организации в зарубежных источниках.

Предложенные автором выводы и рекомендации представляют научную и практическую ценность для практического здравоохранения и представляют собой комплексное исследование, позволившие разработать и научно обосновать мероприятия по усовершенствованию организации первичной специализированной медицинской помощи населению Ошской области.

Результаты проведенного исследования способствуют рациональному планированию развития первичной специализированной медико-санитарной помощи в Центрах семейной медицины с целью повышения ее доступности и эффективности. Результаты научного анализа новой организационной технологии оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи населению Ошской области и на этапе ее становления могут служить информационной базой для принятия адекватных управлеченческих решений по разработке соответствующих организационных технологий и своевременной корректировке в ходе их реализации.

Результаты проведенного исследования имеют большую медико-социальную значимость и направлены на совершенствование организации, оказываемой первичной специализированной медицинской помощи населению.

**Заслуженный деятель науки Кыргызской Республики,
доктор медицинских наук, профессор Каратаев М.М.**

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АЦ – Амбулаторный центр

ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения

ГСВ – Группа семейных врачей

ДП ОМС – Дополнительная программа обязательного медицинского страхования

ЕМИАС – единая информационно-аналитическая система

КДО – Консультативно-диагностическое отделение

КЛД – Клиническая лабораторная диагностика

КДЦ – Консультативно-диагностический центр

ЛПО – Лечебно-профилактическая организация

ОЗ – Организация здравоохранения

ОМС – Обязательное медицинское страхование

ПГГ – Программа государственных гарантий

ПМСП – Первичная медико-санитарная помощь

ПСМСП – Первичная специализированная медико-санитарная помощь

СНПК – Система непрерывного повышения квалификации

УЗД – Ультразвуковая диагностика

ФД – Функциональная диагностика

ЦСМ – Центр семейной медицины

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы. В современных социально-экономических условиях повышение структурной эффективности функционирования системы здравоохранения Кыргызской Республики направлено на переориентацию части объемов медицинской помощи на амбулаторно-поликлинический этап с более широким развитием ресурсосберегающих и стационарзамещающих технологий [Кучеренко В.З., 2008; Щепин О.П., 2011; Калиниченко А.В., 2013; Богатова И.В., 2014].

Особое значение на современном этапе приобретает оказание в рамках первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) первичной специализированной медико-санитарной помощи (ПСМСП) как наиболее востребованной населением [Логинова Е.А., Линдебратен А.Л., 1987; Найговзина Н.Б., 2006; Щепин В.О., 2011; Ростовцев В.Н., 2014].

С момента принятия Национальной программы реформирования системы здравоохранения «Манас» (1996) переживает период преобразования, поиска новых путей, способных обеспечить его устойчивое развитие и достижение стратегических целей ВОЗ. Этот период характеризуется не только использованием новых каналов и форм финансирования, но и разработкой и поиском более совершенных и эффективных форм организации оказания медицинской помощи населению [Каратаев М.М. и соавт., 2014; Абдраимов Т.Д. и соавт., 2015]. Неоднократно подчеркивалось, что наиболее эффективные (с точки зрения социальных потребностей и издержек) организационные методы более полно реализуются на уровне первичной медико-санитарной помощи [Стародубов В.И., 2007; Доютова М.В., 2012; Максимова Т.М., 2013].

Обеспечение доступности качественной медицинской помощи каждому члену общества является основной целью Национальной программы реформирования сектора здравоохранения «Ден-Соолук» (2012-2016). Научное исследование и оценка деятельности организаций здравоохранения первичного уровня, оказывающих ПСМСП, имеет важное научно-практическое значение для обеспечения населения доступной медицинской помощью и улучшения эффективности использования ресурсов в секторе здравоохранения. За последние годы выполнено ряд работ по проблемам реформирования амбулаторно-поликлинической помощи [Шараева А.Т., 2004; Саттарова Ч.А., 2007]. Несмотря на это многие вопросы организации этого вида помощи остаются плохо изученными, что и определило актуальность и цель данной работы.

ГЛАВА I

РАЗВИТИЕ ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

1.1. Этапы становления первичной медико-санитарной помощи в Кыргызстане

Здравоохранение является отраслью народного хозяйства, потребляющей значительную долю валового внутреннего продукта на проведение медицинских мероприятий по охране здоровья населения, которая аккумулирует социально – экономические свойства и представляет собой сложную социально-экономическую категорию общественного строя [83]. В связи с этим, медицинская помощь очень чувствительна к происходящим в нашей республике социально-экономическим, общественным и политическим изменениям. Ни у кого не вызывает сомнения, что здравоохранение является основной определяющей частью системы охраны и укрепления здоровья населения, а первичная медико-санитарная помощь составляет ядро здравоохранения, выступает как главный компонент общего социально-экономического развития общества. Всемирная организация здравоохранения, разрабатывая стратегию здоровья для всех к 2010 году, ставила конечной целью дать возможность каждому человеку, каждой семье вести продуктивный в социальном и экономическом плане образ жизни [115, 161, 167, 67].

Реформа ПМСП в Кыргызской Республике как один из главных компонентов кыргызской модели здравоохранения была обусловлена сложными условиями переходного периода, переживаемыми страной, начиная с 1991 года [88]. При этом, развитие системы здравоохранения в период

независимости Кыргызской Республики, по нашему мнению, можно подразделить на два больших этапа.

Первый этап («предреформа») охватывает 1991-1997 годы. В этот период Министерство здравоохранения республики являлось основным поставщиком и покупателем медицинских услуг. Однако, с введением либерализации цен, централизованная система здравоохранения столкнулась с рядом трудностей, которые вызвали спад ее эффективности. В секторе возникла серьезная проблема мобилизации ресурсов, в связи с тем, что сектор полагался на все сокращающуюся долю государственных расходов [72]. Доля государственных расходов является главной характеристикой всей системы общественного здравоохранения. Решения, принимаемые относительно ресурсов, выделяемых на здравоохранение, имели стратегическое значение, поскольку они определяли будущее всей системы. Подобные вопросы инфраструктурного характера охватывали персонал (подготовка, проверка и лицензирование), крупное капитальное строительство, приобретение дорогостоящего оборудования и деятельность в области исследований и развития. Данная ситуация, связанная с ресурсами, требовала широкого обзора ситуации для обеспечения необходимого баланса, а также эффективного использования ограниченных ресурсов [74, 198]. Так, в 1991 году затраты на здравоохранение в государственном бюджете сократились с 10,0% до 8,3% и составили к 1997 году 5,7%. Из них на оборудование тратилось меньше десятой доли от всего бюджета здравоохранения, основная часть шла на зарплату персоналу, которая при этом, составляла в среднем меньше 50% прожиточного минимума.

В период экономической нестабильности и в условиях недостаточного государственного финансирования далеко не все медицинские службы смогли организовать профилактические и лечебные мероприятия на должном уровне. Служба родовспоможения, судя по показателям младенческой и материнской смертности, стала работать менее эффективно, противотуберкулезная служба и службы санитарного надзора во главе с инфекционистами не смогли контролировать заболеваемость туберкулезом и венерическими заболеваниями.

С 2001 г. стали отмечаться виды заболеваний, такие как иммунодефицит и онкозаболевания, эндемический зоб и железодефицитная анемия, алкогольная и наркозависимости, кишечные инфекции, депрессивные состояния [26,9]. Также увеличилась заболеваемость по обращаемости по поводу: болезней эндокринной системы - на 57,6%, крови и кроветворных органов - на 36,6%, органов пищеварения - на 30,8%, нервной системы на 7,6%, что вполне может быть увязано с ухудшением социально-экономических условий жизни. Из-за проблем с питанием, водоснабжением и экологических угроз возникла угроза самой сохранности генофонда.

Таким образом, высказывания отдельных специалистов о том, что, чем тяжелее социально-экономические условия жизни, тем реже население обращается за помощью в медицинские учреждения [201,193,171], четко демонстрировались на примере системы здравоохранения нашей республики.

Социологический опрос домашних хозяйств, проведенный Национальным статистическим комитетом КР в сотрудничестве с Министерством Здравоохранения КР и Британским департаментом по международному развитию (DFID) в 90-м году, показал, что 640,2 тыс. человек, которые нуждались в медицинской помощи, не обратились к медицинским работникам. В основном, эти люди занялись самолечением, как с использованием лекарств, так и трав. Около 10% решали, что болезнь пройдет сама, 14% больных отказались от услуг здравоохранения ввиду их дороговизны. Бедные семьи чаще оставались вообще без медицинского обслуживания, ограничиваясь самолечением. Среди небедных семей отказались от услуг медицинских работников ввиду плохого обслуживания 1,6% лиц [180,120,94]. Средняя продолжительность жизни мужчин сократилась с 64,6 лет в 1991 г. до 62,6 в 1997, а женщин - с 72,7 лет до 71,4 лет, соответственно.

Уменьшение финансовых ресурсов стало главной причиной трудностей в обеспечении медицинскими услугами, что, в свою очередь, обусловило ухудшение состояния здоровья населения. При этом, медицинские учреждения

не имели полномочий переместить средства из одной статьи в другую без согласия на то финансовых институтов - Министерства финансов или областных финансовых учреждений [67, 72, 74].

Итак, значимость медико-социальных проблем, стоявших тогда перед республикой, требовала комплексного решения на системной основе.

Огромную роль для разработки стратегии в области здравоохранения сыграло принятие парламентом Республики ряда законов:

- «О медицинском страховании граждан в Кыргызской Республике» (1999 г., 18 октября, №112);
- «Об организациях здравоохранения в Кыргызской Республике» (2004 г., 13 августа, № 116);
- «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» (2005 г. 9 января, №6);
- Об общественном здравоохранении (2009 г., 24 июля, № 248).

Для достижения главных целей системы здравоохранения, определяемых ВОЗ, а именно: справедливость в распределении ресурсов; эффективность; доступность услуг здравоохранения; отзывчивость системы к нуждам народа были начаты комплексные структурные преобразования системы организации, финансирования и управления здравоохранением.

Следующий этап (1997-2000 гг.) включает начало реализации комплексной программы реформирования системы здравоохранения республики. Одними из основополагающих принципов модели реформы были принципы высокого качества и эффективности медицинской помощи, что было отражено в Национальных программах по здравоохранению «Манас» [75, 74, 89, 95] и «Здравоохранение Кыргызстана в 21 веке: Основы политики достижения здоровья для всех в Кыргызстане» [67].

Основными компонентами реформы являлись:

- структурные изменения системы предоставления медицинских услуг: усиление ПМСП, формирование института семейной медицины, реструктуризация больничной сети;

- внедрение новых методов финансирования здравоохранения, ориентированных на конечный результат;
- улучшение качества предоставляемой медицинской помощи;
- усиление роли общественного здравоохранения;
- введение новых методов управления в системе здравоохранения в условиях большей автономии медицинских организаций [96].

Реформы здравоохранения, осуществленные за период 1996-1999 гг., в основном были направлены на реструктуризацию сектора здравоохранения и создание предпосылок для последующих реформ. В организационном плане возникает потребность разделения сектора здравоохранения на «поставщика» и «плательщика». При этом, по мнению некоторых авторов [121,69] главным достижением этих преобразований явилась политическая децентрализация системы управления, в соответствии с которой медицинские учреждения приобрели юридическую независимость, и у них появилась возможность быть автономными поставщиками медицинских услуг. Этот процесс реализован в рамках усиленного проведения структурной реформы (реструктуризации) системы здравоохранения всех ее уровней и ресурсов [121, 22, 122].

Интересны и важны были выводы, сделанные другими организаторами здравоохранения [65] о том, что, если изначально внедрение обязательного медицинского страхования виделось лишь как дополнительный источник финансирования сектора здравоохранения, то, начиная с 2000 года, опыт двух лет реформ показал, что его внедрение явилось катализатором процесса реформирования.

Некоторые научно-теоретические выводы отечественных и зарубежных ученых и специалистов [144,156] направляют нас на соглашение о том, что эффективность проводимой реформы была реальной и объективной. Так, по мнению Шеймана И.М. [144] акцент в структурной политике реформы здравоохранения в Кыргызстане был сделан не столько на сокращение объема физической инфраструктуры (например числа коек), сколько на выводе из системы части физического капитала, сокращении

затрат на коммунальные расходы. По данным Jacob M., Kutzin J. и др. [176] только за 2000-2003 гг. число корпусов зданий больниц в республике сократилось на 42,0%, а их общая площадь на 35,0%. Это позволило начать процесс оптимизации коммунальных расходов на их содержание.

Сокращение инфраструктуры позволило повысить долю расходов, непосредственно связанных с процессом лечения. Доля затрат на лекарственные препараты, изделия медицинского назначения и приобретение оборудования в общих расходах на стационарную помощь возросла с 16,0% в 2000 до 36,0% в 2003 годах.

Отдельным важным достижением послужило внедрение Программы «Достижение здоровья для всех в XXI столетии» (04.03.99), направленной на изменение мышления людей, на формирование у населения чувства ответственности за свое здоровье и воспитание привычки к здоровому образу жизни [85, 145].

Системное научно-теоретическое обобщение результатов проведения реформ в здравоохранении, сделанное Каатаевым М.М. и др. [86,71] за 2004-2006 годы, дали характеристику основных достижений и решаемых проблем в данном процессе. Характеризуя основные достижения: повышение эффективности деятельности сектора здравоохранения; административное преобразование; улучшение инфраструктуры и материально-технической базы медицинских организаций; обеспечение финансовой устойчивости (создание системы «Единого плательщика», сооплаты пациентами стоимости медицинских услуг, подушевое финансирование, включая совершенствование механизмов оплаты труда работников здравоохранения); улучшение доступности и качества оказания медико-санитарной помощи населению путем введения Программы государственных гарантий (ПГГ), стандартных методов медицинского обслуживания, эффективных методов мониторинга качества и улучшения доступности лекарственных средств в рамках Дополнительной программы обязательного медицинского страхования (ОМС); повышение профессионального уровня медицинских работников.

Авторы в 2006 году четко сформулировали предстоящие задачи в рамках принятой Национальной программы «Манас Таалими» на 2006-2010 годы, утвержденной постановлением Правительства Кыргызской Республики от 16.02.2006 г. № 100. Таким образом, по их мнению, в дальнейшем предстояло провести работу по следующим приоритетным направлениям:

- анализ эффективности деятельности организаций здравоохранения (ОЗ), расположенных в удаленных и труднодоступных районах с численностью населения до 20-25 тысяч человек, для принятия конкретных решений по оптимизации медико-санитарной помощи;
- расширение видов медицинских услуг на амбулаторном и стационарном уровнях для существенного улучшения здоровья матери и ребенка;
- снижение финансового бремени для социально-уязвимых групп населения;
- повышение эффективности использования средств фонда высокотехнологичных и дорогостоящих видов лечения, разработка механизма выделения квот для регионов;
- разработка эффективных механизмов закрепления медицинских кадров в сельской местности и малых городах;
- переход на финансирование ОЗ на программной основе и введению финансирование на основе консолидированного бюджета ОЗ, предоставляющих медицинские и профилактические услуги по Программе государственных гарантий;
- повышение качества медицинской помощи на основе рационального использования антибактериальных препаратов, проведения мероприятий по контролю за внутрибольничными инфекциями и управление медицинскими отходами;
- разработка эффективных механизмов взаимодействия с населением на основе партнерских взаимоотношений, внедрения мероприятий по укреплению физического и психического здоровья населения;
- осуществление институциональных изменений, направленных на

- повышение эффективности управления ОЗ, кадровыми ресурсами;
- активное привлечение населения, местных сообществ, неправительственных организаций в решение вопросов охраны и укрепления здоровья населения.

Таким образом, широкий характер реформ в области здравоохранения свидетельствует о том, что они вызваны объективными причинами [114]. Важную роль в этой области играют две группы факторов.

Первая группа факторов обусловлена тем, что реформы здравоохранения являются не изолированным явлением, а составной частью более глубоких структурных усилий в социальной сфере, в том числе, в области социального обеспечения [189]. На процесс реформ влияют политические, идеологические, социальные, исторические, культурные и экономические факторы, всю совокупность которых необходимо учитывать для понимания контекста, определяющего необходимость реформ и координации в процессе реализации государственных программ [74, 181, 12].

Вторая группа факторов связана с существующими проблемами, касающимися состояния здоровья населения и сектора здравоохранения. К ним относятся определенные угрозы и риски для здоровья населения и их влияние на систему медицинского обслуживания, востребованных обществом, обострение трудностей с финансированием здравоохранения и ряд других организационных и структурных проблем [174, 185, 27, 81].

Итак, анализ значимости социальных и других факторов и условий внедрения и дальнейшего развития реформы отечественного здравоохранения свидетельствует о том, что важным ключевым моментом реформы здравоохранения является развитие и усиление работы в секторе ПМСП для оказания более качественной и эффективной помощи с лучшим качеством обслуживания [74, 90], основу которых составляет институт семейной медицины.

1.2. Выбор модели оказания первичной медико-санитарной помощи в зарубежных странах

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определила ПМСП как первую ступень в общении индивида, семьи и общества с национальной системой здравоохранения в его максимальном приближении к условиям жизни и работы людей [84]. Организация объединенных организаций провозгласила неотложной задачей совершенствование ПМСП. Необходимость развития ПМСП в современных социально-экономических условиях осознали не только теоретики и практики здравоохранения; эта идея находит все большую поддержку среди населения [108].

Повсеместное утверждение принципов ПМСП привело к созданию новой культуры здравоохранения, которая не только включает, но и в то же самое время выходит за рамки узкого биомедицинского детерминизма. Во многих странах Европейского региона было принято решение о развитии системы ПМСП, а также были одобрены стратегии по укреплению здоровья населения путем улучшения состояния окружающей среды и повышения уровня жизни.

ПМСП предусматривает всестороннее участие населения в определении его собственных нужд и потребностей и включает 4 основных элемента: укрепление здоровья, профилактику болезней, лечебную медицину, реабилитацию.

ПМСП представляет собой одновременно и подход, и первый уровень медико-санитарной помощи. Из всего задействованного персонала ПМСП общепрактикующий врач является, как правило, ключевой фигурой.

Необходимо отметить, что политика в области здравоохранения неизменно связана с выбором основных ценностей, которые могут оказать влияние на многие аспекты общественной жизни. Поэтому эти ключевые стратегические вопросы должны регулироваться с помощью тех же процедур, что и другие вопросы государственной политики. То есть важно и нужно

использовать опыт других стран, для сравнения достижений, определения возможных «проблемных» вопросов и путей поиска их решения.

Внедрение института семейной медицины в рамках ПМСП во многих странах сопровождалось значительным экономическим эффектом. Системы здравоохранения стран с сильной ПМСП, где существует семейная медицина или общая врачебная практика, имеют лучшие показатели здоровья населения.

Опыт ряда зарубежных стран, в которых семейная и общеврачебная практика получила широкое распространение и признание ещё в 50-60 годы, а также рекомендации ВОЗ для стран Центральной и Восточной Европы, свидетельствуют о перспективности реформирования отрасли в направлении приоритетного развития первичной медико-социальной помощи [32, 43, 44, 49, 78, 109, 118, 146, 154, 158, 172, 199, 200].

ВОЗ рассматривает ПМСП в качестве одного из ведущих инструментов реализации стратегии «Здоровье для всех». Реформа первичного звена планировалась в виде последовательного и постепенного перехода на систему общей врачебной (семейной) практики [129].

По мнению ВОЗ общей врачебной (семейной) практике присущи такие черты, как всеобщность, доступность, соединение лечебной и реабилитационной помощи, профилактика болезней, целостность и скоординированность, персональный характер и ориентированность, как на пациента, так и его семью.

Основными целями перехода к общей врачебной (семейной) практике являются повышение медицинской, экономической и социальной эффективности первичного звена здравоохранения, улучшение профилактики заболеваний, сокращение сроков лечения при наиболее распространенных заболеваниях и, при необходимости, организация в кратчайшие сроки специализированных консультаций и госпитализаций.

Преимуществом института (практики) семейной медицины является то, что этот компонент системы здравоохранения, направлен на решение проблем здоровья семьи и пациента независимо от пола и возраста, в ней

предложена новая концепция болезни и здоровья, как биopsихосоциальной модели. Уникальность специальности семейного врача (врача общей практики) состоит в индивидуальном подходе к пациенту. Семейный врач – специалист не только по болезням, но и по здоровью человека. Семейные врачи не просто исполняют роль сортировщика-регулировщика, как это было в советских поликлиниках, где наблюдалась разобщенность специалистов [28, 46, 68, 99, 143,168], но и они стали главным действующим лицом в оказании квалифицированной первичной медицинской помощи населению.

Итак, философией и новыми принципами семейной медицины, как основы ПМСП [46, 100, 110, 116] являются: длительность и непрерывность наблюдения; многопрофильность первичной медицинской помощи; отношение к семье как к единице медицинского обслуживания; превентивность как основа деятельности врача и медицинской сестры; экономическая эффективность и целесообразность помощи; координация медицинской помощи; ответственность пациента, членов его семьи и общества за сохранение и улучшение здоровья.

Таким образом, в странах с развитой системой здравоохранения общая врачебная практика/семейная медицина (ВОП/СМ) берет на себя до 80-90% посещений, при этом, тратится не более 10% всего бюджета здравоохранения страны. Мета-анализ 54 рандомизированных исследований показал более высокую эффективность оказания помощи по принципу ВОП/СМ по таким показателям, как общая и младенческая смертность, смертность от инсультов, средняя продолжительность жизни [129, 162, 164, 182]. В этих исследованиях показано, что повышение доступности ВОП/СМ приводит к сокращению затрат на медицинскую помощь, а также подушевое финансирование преимущественно стимулирует развитие групповых практик, как возможность оказания более качественной помощи по сравнению с одиночными практиками. Одним из важных факторов достижения положительных результатов были долгосрочные взаимоотношения врача и пациента. Обеспечение непрерывности оказания помощи повышало удовлетворенность населения. Достоверно

снижается уровень госпитализаций у семейных врачей по сравнению с другими специалистами.

Такие авторы, как Гильманов А., Мошкович Б. и Энгстром С. и другие [42, 91, 148] на своем научно-практическом опыте установили, что семейные врачи могут обеспечить помочь по многим заболеваниям такого же качества, как и другие специалисты.

Развитие общей практики обнаруживает значительные колебания от страны к стране, но при этом, больше прогрессируя в странах Северной Европы. В Скандинавских странах, в частности, в Финляндии общая практика отличается высокой степенью своего развития, наличием возможностей и средств подготовки и обучения на дипломном и последипломном уровнях, а также своей интегрированностью с деятельностью других профессиональных работников ПМСП [153, 155, 165].

В Нидерландах и Соединенном Королевстве эта дисциплина является весьма развитой и продолжает развиваться, оказывая все большее влияние на структуру служб здравоохранения и управление ими в целом [157, 179, 191].

Хорошо также развита эта служба в странах Южной Европы, в частности, в Португалии и Испании, а также Израиле, где имеются благоприятные условия для общепрактикующих врачей и хорошие перспективы на будущее.

Принятая за рубежом система первичной медико-санитарной помощи в виде врачей общей практики (семейных врачей) в целом удовлетворяет общество, хотя некоторые аспекты деятельности этой системы вызывают критику.

Ход реформ в различных странах представляет большой интерес для всех, осуществляющих такие реформы, а также для тех, кто готовится к реформированию здравоохранения. В этой связи представляется целесообразным сопоставить опыт некоторых стран и, прежде всего, Великобритании, Финляндии, Канады.

Анализ современной ситуации в службах здравоохранения Великобритании показывает, что система знает своего потребителя. Особое место в ней занимает районное звено и первичный уровень медицинских работников [151, 177, 178, 179, 186].

Система оплаты врачей общей практики в Великобритании смешанная и включает подушевую оплату, фиксированные пособия и оплату отдельных услуг.

Как известно, стоимость медицинской помощи первого уровня в несколько раз меньше госпитальной. В силу этого весьма важен для оценки качества работы ВОП такой показатель, как направление пациентов в больницу или на консультацию. Например, в Великобритании число направлений от ВОП на консультацию или госпитализацию колеблется от 3 до 17 и более на 100 пациентов, из них более 60,0% врачей направляют на консультации от 5,0 до 10,0 % пациентов. Следует также отметить разное количество направлений на консультации в зависимости от возраста пациентов, характеристик самих врачей и их практик [170, 194, 195].

Количество пациентов, принимаемых ВОП, колеблется от 25 до более, чем 225 в неделю, но наиболее распространенные приемы 100-140 человек в неделю. Частота визитов врачей на дом также имеет большой разброс, от 3 до 33 визитов в неделю. По последним данным в Великобритании отмечается снижение домашних визитов в связи с довольно распространенным мнением среди врачей о том, что визиты на дом являются малоэффективными. Хотя одним из принципов оказания ПМСП является уход на дому.

Примерно 16,0% ВОП затрачивает менее 10 часов в неделю на прием пациентов, с другой стороны примерно каждый четвертый врач принимает по 18 и более часов в неделю. При этом, надо иметь в виду, что ВОП посещает больных на дому, имеет дежурства, тратит время на административные дела.

Обычно среднее время приема на одного пациента колеблется от 5 до 9 минут, в определенной степени оно зависит от количества больных, находящихся на обслуживании.

В последнее время имеется тенденция к более широкому распространению групповой практики. Так, если в 1951 году в Англии 81% ВОП работали в одиночку или вдвоем и только 6% в групповой практике, состоящей из 4 и более человек, то к 1983 году это соотношение уже было 29% и 49%, соответственно, указанная тенденция сохраняется и в настоящее время.

В Финляндии, в целом, здравоохранение характеризуется высокой степенью развития первичной медико-социальной помощи и наличием крупного государственного сектора в здравоохранении. В качестве основного медицинского учреждения в системе ПМСП на уровне общины принят центр здоровья (ЦЗ). Минимальное количество обслуживающего населения около 10000 человек. В Финляндии более 20 ЦЗ и большинство из них имеет не менее 4 ВОП. Вспомогательный персонал в среднем 11 человек. Некоторые ЦЗ имеют своих собственных консультантов-специалистов. В состав ЦЗ входят лаборатория, рентген, местные больницы (койки) для острых и хронических больных. Услуги предоставляются в различных отделениях, разбросанных по территории. Некоторые из них открыты круглосуточно, некоторые доступны 2 раза в неделю. 75,0 % контактов ВРАЧ-ПАЦИЕНТ осуществляется на уровне ЦЗ, остальные через страховые фонды и частных врачей [118,183].

Среди услуг, предоставляемых ЦЗ, следует отметить охрану материнства и детства. Женщина посещает ЦЗ примерно 16 раз во время беременности и после родов. 95 % приходят на обследование до 4 месяцев, а более 99% женщин рожают в больнице. Акцент делается также на сохранение здоровья пожилых, планирование семьи, много внимания уделяется санитарному просвещению. Проводится физиотерапия, наблюдение за психическими больными и многими другими группами населения.

Домашние визиты выполняются медицинскими сестрами из ЦЗ, а ВОП посещают только пожилых или хронических больных, для которых организованы стационары на дому.

В ЦЗ нет персональной, регистрационной системы пациентов, поскольку все врачи несут коллективную ответственность в пределах зоны обслуживания ЦЗ. Это не дает возможности осуществить преемственность помощи, поэтому к настоящему времени все больше людей стремится получить более персонифицированную помощь от выбранного ими врача [32,159].

Особый интерес в последние годы зарубежные специалисты проявляют к здравоохранению Канады. С 1971 года в Канаде введена система национального универсального страхования, включая оплату всех видов амбулаторной помощи, кроме зубоврачебной, протезирования и приобретения лекарств. Однако, с 1982 году в условиях подорожания услуг введены лимиты на бесплатное обслуживание.

Сверхлимитное обслуживание оплачивается из личных средств или других источников [190, 192, 195].

Хотя частные врачи, как и больницы, независимы, централизованные формы оплаты счетов ставят их в подчинение Национальной службы здравоохранения и соответствующим администрациям провинций.

Около 50% врачей заняты в общей медицинской практике. Зарплата, доходы врачей в 4 раза превышают среднюю зарплату по стране. Кроме того, дополнительно предоставляется частично оплачиваемая меблированная квартира, оплачиваемый четырехнедельный отпуск, 4 недели усовершенствования в год, а также компенсируются транспортные расходы.

Основная трудность в работе семейных врачей в Канаде – возможность вызова в любое время суток. Особенно длительны и трудоемки вызовы на прием родов. Поэтому не прекращаются дискуссии о том, что в целях освобождения врача от ведения нормальных родов ему требуется медсестра – акушерка или же передача этой работы акушерским пунктам. Проблема состоит в том, что родильные дома имеются только в крупных городах, поэтому прием

родов на дому весьма нередкая практика. Примерно 50-55% принимаются семейным врачом лично, 25% врачей передают своих рожениц акушерским службам, 10% намерены снять с себя эту нагрузку.

Коренная перестройка была проведена в системе первичной медицинской помощи Германии, и, в частности, в реформе поликлинического принципа обслуживания и переходу на систему оказания первичной помощи по принципу врача общей практики. С этой целью тысячи врачей поликлинического звена были вынуждены стать частными врачами общей практики. Это потребовало не только психологической перестройки, но и больших материальных затрат по организации общей практики: подборка помещения, закупка нового оборудования, набор штата и многое другое, не говоря уже о новых, чисто профессиональных требованиях, таких, как расширение объема знаний и умений [19,173,169].

В настоящее время первичная помощь в Германии оказывается в основном врачами общей практики, работающими по контракту и специалистами. Врачи общей практики имеют возможность нанимать различный медицинский штат, чтобы создать свою бригаду для обслуживания пациентов. Кроме того, имеется хорошо развитая сестринская помощь, финансируемая страховыми компаниями, а также различными организациями, в том числе и религиозными. Предусмотрены различные программы для населения с целью раннего обнаружения некоторых заболеваний (сердечно-сосудистые, раковые).

До сих пор, почти половина всех общих практик в Германии являются одиночками или в виде врачебной супружеской пары, только приблизительно пятая часть врачей общей практики и поликлинических специалистов работали в групповой практике. Сейчас эта тенденция усиливается. 20% нагрузки врача приходится на домашние визиты. Население может свободно выбирать между консультацией врача общей практики или у специалиста. Врачи общей практики имеют значительные диагностические и лабораторные возможности. Они оказывают общую медицинскую помощь детям, женщинам, пожилым в

течение 24-х часов, первую помощь, занимаются вопросами планирования семьи и малой хирургией, оказывают перинатальную помощь. В виды обслуживания семейных врачей не входит реабилитация и акушерская помощь [19,173]. Первичная медицинская помощь характеризуется свободным выбором врача общей практики. Право на обслуживание врачом дает страховой полис, который действителен в течение 3-х месяцев. Регистрация для пациентов не обязательна. Также имеется перечень услуг, которые больные не должны оплачивать.

Первая помощь в Италии оказывается в основном врачами общей практики. Врач общей практики обычно работает в одиночку, но пациенты и при групповой практике регистрируются у одного врача. Имеется избыток врачей и относительный недостаток медицинских сестер и социальных работников. В Италии приблизительно 62000 врачей общей практики или 1 врач на 930 жителей. Порядка 40% всех врачей общей практики имеют малую нагрузку. Оптимальное количество пациентов на одного врача считается 1000 жителей, когда этот уровень достигнут, новых врачей общей практики в данной местности не принимают. Максимальное количество пациентов должно быть не более 1500-1800 пациентов, при этом, дети старше 14 лет, регистрируются как остальные взрослые пациенты в общей практике. Дети до 14 лет ведутся врачом первичной педиатрической помощи.

Весь нанимаемый штат при организации общей практики оплачивается самим врачом, поскольку у них нет контракта с местными отделениями здравоохранения. При этом, надо отметить, что групповая практика и прием дополнительного штата (сестры, секретари, регистраторы) в Италии ещё не распространены. Домашние визиты составляют до трети всех контактов врача с пациентом. Поскольку дети, в основном, принимаются врачами-педиатрами и имеются много заместительных медицинских служб, объем видов услуг, предоставляемых итальянскими врачами общей практики сравнительно небольшой. Врачи общей практики в Италии оказывают общую медицинскую помощь женщинам, пожилым и иногда детям, перинатальную помощь,

занимаются вопросами планирования семьи и малой хирургией. Они не обслуживают пациентов в течение 24-х часов, не оказывают первую помощь, акушерскую помощь и не занимаются вопросами реабилитации пациентов [169].

Во Франции первичная медицинская помощь оказывается как врачами общей практики, так и независимыми специалистами, работающими в собственных помещениях. В большинстве случаев врач общей практики работает в одиночку. Небольшое количество врачей общей практики работает в центрах здоровья. Последние официально рассматриваются, как часть системы социального обеспечения. Центры здоровья организованы и управляются муниципалитетами, различными обществами и другими организациями.

Количество врачей общей практики во Франции составляло 75000 человек или 1 врач на 1120 жителей, но имеются значительные вариации в различных районах, например, в южных районах страны и городах врачей больше. Почти треть врачей общей практики работают в госпиталях и получают заработную плату, но они не делают домашних визитов, в то время как около трети всех контактов с частными врачами происходит во время визитов на дом.

Система оплаты врачей общей практики во Франции не стимулирует групповую практику с арендой помещений и дополнительным штатом, поэтому, большинство врачей общей практики работают в одиночку. Хотя, в последнее время все же наблюдается тенденция к увеличению количества врачей, работающих в групповой практике. Очень небольшое количество врачей общей практики – около 15,0% работают в медицинских центрах здоровья.

Больные свободны в выборе врача, но они не зарегистрированы у него. За первичной медицинской помощью пациенты могут обращаться и к врачу общей практики, и к специалисту. Есть определенные услуги в пределах первичной медицинской помощи, где лечение специалиста является нормой, например, в гинекологии. Для получения специализированной помощи направление от

врача общей практики не требуется. Врачи общей практики, также как специалисты, имеют оплату за услуги. Врачи в центрах здоровья и больницах имеют фиксированную заработную плату [166].

США – одна из стран, где семейная медицина развито сильно и действительно является основой государственной системы здравоохранения. В США семейная медицина как сертифицированная специальность была признана в 1969 году. В 1990 году в США около половины людей, обращавшихся за помощью к врачу по поводу одного из 20 наиболее распространенных заболеваний, обращались именно к семейным врачам.

Увеличение количества врачей первичной помощи по отношению к общему числу врачей значимо связано с более низкими показателями общей и младенческой смертности, показателем низкого веса новорожденных. Обеспеченность врачами первичной помощи коррелирует со снижением показателей младенческой смертности, увеличением продолжительности жизни.

Непрерывность оказания врачебной помощи, на фоне свободного выбора врача способствовала повышению удовлетворенности пациентов предоставляемой помощью, снижала задействованность неотложной помощи, уровень госпитализации и расходов. Для таких заболеваний как сахарный диабет, управляемая гипертензия, осткая боль в спине, неотложные состояния помощь врачей общей практики по сравнению с узкими специалистами была равного качества и более дешевой [166, 196, 197].

По мнению Starfield B. [196] финансирование – одна из причин наличия связи между приверженностью первичной медико-санитарной помощи и улучшением показателей здоровья населения. Специализированная помощь дороже первичной, и, следовательно, менее доступна для людей с меньшим достатком. Финансирование специализированной помощи конкурирует с финансированием первичной медико-санитарной помощи, сужая, таким образом, возможности для предоставления более необходимых услуг. Аргументы подтверждали исследования, проводимые в Барселоне после

осуществления реформ первичной медико-санитарной помощи. В тех районах города, где реформы были осуществлены в первую очередь, наблюдалось более значительное снижение уровня смертности, связанной с гипертонией и инсультом, чем в тех районах, где проведение реформ первичной медико-санитарной помощи задерживалось.

По мнению Starfield B. и соавт., врачи, работающие в групповых практиках, оказывают более качественную помощь по сравнению с одиночными практиками, которые имеют более высокие показатели госпитализации [197].

Во многих странах наблюдается тенденция к переходу от одиночной практики к практике в малых группах. Это решает проблему предоставления услуг, которая возникает при «соло» практике, когда единственный врач не может выйти на работу. Кроме того, объединение нескольких врачей сокращает расходы на вспомогательный персонал, а также на покупку и использование медицинского и офисного оборудования. В США такая тенденция к консолидации пошла еще дальше и привела к формированию более крупных групп, имеющих в своем составе специалистов в самых различных сферах, что позволяет на месте оказывать как первичную медико-санитарную, так и специализированную помощь. Группы – малые или большие – в определенной мере дают возможность контролировать злоупотребления и некачественные услуги, которые может допустить врач, практикующий изолировано [76,184].

В целом служба врача общей (семейной) практики за рубежом приобретает все более видное место, как в связи с укреплением первичной медицинской помощи, развитием профилактики, так и особенно в процессе повышения эффективности управления медицинской помощью, управления ее объемами при возрастающей дифференциации отдельных видов этой помощи и ведущей роли в их предоставлении семейного врача (врача общей практики), ответственного перед своим контингентом за качество этой помощи.

1.3. Реформы первичной медико-санитарной помощи в Российской Федерации и странах Центральной Азии

В Российской Федерации первая попытка внедрения семейной практики была предпринята в 1992 году и данный процесс начал активизироваться после выхода приказа Министерства здравоохранения России №237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)» [30]. С этого периода разрабатывались правовые, организационные, финансовые вопросы, создавались научно-методические сопровождения этапов проводимой реформы, апробировались экспериментальные модели деятельности врачей общей практики.

Появившиеся первые публикации Российских авторов по рассматриваемому вопросу касались, в первую очередь, необходимости введения института врачей общей практики, семейных врачей в России, специальной подготовки этих специалистов, создания соответствующих условий для их работы [6, 10, 11, 36, 52, 59, 77, 101, 106, 129, 137].

В последующем публикации освещали результаты научных экспериментов по аprobации организационных форм работы врачей общей практики, семейных врачей, проводимых в ряде территорий [2, 48, 51, 60, 105, 106, 125].

В частности, сотрудниками НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранения им. Н. А. Семашко РАМН в 1988-1989 годы был проведен эксперимент в ограниченном числе территорий по внедрению в практику амбулаторно-поликлинических учреждений принципа работы врача общей практики. В эксперименте участвовали лечебно-профилактические учреждения гг. Москвы, Тулы, Пензы, Шауляя, а также пять сельских районов Краснодарского края.

Наиболее полностью осветили результаты внедрения различных моделей деятельности в г. Санкт-Петербурге Поляков И.В. и соавт. [108].

Вызывают определенный интерес с точки зрения развития нашего

отечественного института семейной медицины некоторые результаты моделей сельских ОВП и СП в Российской Федерации. При этом, за период с конца 1990-х и в первой половине 2000-х годов были проведены значительные по объему и объективности эксперименты и испытания моделей ОВП и СП: Московская область [84], Самарская область [45, 107], Республика Дагестан [50], Саратовская область [117], Пермская область [18], Чувашская Республика [127], Тверская область [52] и др.

При этом, проблемы первичной медико-санитарной помощи и переход на систему работы по принципу врача общей практики широко освещались в литературе, обсуждались на различных конференциях и совещаниях, значительное внимание уделялось существующей системе общей практики и семейной практики в зарубежных странах.

Таким образом, рассмотрение результатов внедрения общей врачебной практики в различных регионах Российской Федерации показало, что в большинстве из них происходит максимальное использование площадей амбулаторно-поликлинических учреждений. Организуемые общеврачебные практики чаще всего являются структурными подразделениями поликлиник и функционируют на правах подрядного подразделения или как самостоятельно хозяйствующие субъекты. В этом случае предотвращается разрушение сложившейся поликлинической службы, эффективно используется имеющийся потенциал, соблюдается преемственность в работе врачей разных специальностей и обеспечивается максимальное внимание пациенту [59, 79]. Практикуется многовариантность организации общей врачебной практики: партнерство, групповая, индивидуальная [10, 31, 37, 38]. Групповые практики организованы в основном в регионах с компактным населением. Получила распространение такая форма, как акушерско-терапевтическо-педиатрический комплекс (АТПК), которую Ю.М. Комаров (1997) [106] считает первым шагом на пути к интеграции и семейной медицине. По мнению Короткова Ю.А [79], эта форма представляется перспективной в плане последовательной интеграции в систему общей врачебной практики всех трех служб первичного звена:

терапевтической, педиатрической и акушерско-гинекологической. Собственный опыт организации АТПК в поликлиниках с приоритетной ролью врача общей практики позволили Галкину Р.А. и соавт. [37, 38, 117] высказать веские аргументы в пользу этих структур как одного из приемлемых для России вариантов формирования структур общеврачебной практики.

Вишняков Н.И. и соавт. [31] предлагали еще одну нестандартную модель – организацию офиса ВОП на базе негосударственного центра, организованного при поликлинике медицинского университета. В качестве преимуществ подобной модели они называли возможность получения высококвалифицированной консультации у профессоров и преподавателей университета, использование для стационарной помощи клиник университета, создание максимальной материальной заинтересованности сотрудников офиса в результатах своего труда и относительная финансовая независимость от условий выделений денежных средств медицинскими страховыми организациями.

Поляков И.В. и соавт. [108] в сравнительном аспекте анализировали работу ОВП, расположенных на территории муниципальной поликлиники в г. Санкт-Петербург, работающей на основании заключенного с администрацией поликлиники договора-подряда. Вторая модель включала ОВП, расположенную в жилом доме на 1-ом этаже и работающую в статусе предпринимателя. В результате изучения разных аспектов данных моделей авторы пришли к определенным выводам: «..для успешного распространения и эффективности работы СП (семейная практика) и ОВП следует решить три главных вопроса: правовое обеспечение на уровне законодательства; финансирование практик, которое как показывает опыт зарубежных стран, в зависимости от конкретных региональных особенностей должно быть разнообразным даже в рамках одного учреждения (на основе ставок, гонорарного, подушевого или смешанного принципа); выработка системы контроля и оценки эффективности работы ОВП и СП.

Результаты внедрения общеврачебной практики в России отражены в работах многих авторов. Так, по данным Павлова В.В. и др.[105] за период 2003-2006 годы в сельской местности Самарской области значительно увеличился объем оказываемых медицинских услуг врачами общей практики, кроме того, за пять лет на участках ВОП снизился уровень посещений населения к узким специалистам с 2014 на 1000 жителей в 2000 году до 1517 в 2006 году, или на 24,7%. На подобные тенденции указывают Жирнова Г.М. и др. [62].

Вишняков Н.И. и соавт. [30] отмечают улучшение качества обслуживания пожилых людей за счет внедрения такой формы работы, как активное посещение этих семей на дому медицинской сестрой общей практики и социальным работником.

По результатам анализа удовлетворенности семей, получающих помощь от врачей общей практики, О.В. Грининой и соавт. [47] установлено 100% согласие с внедрением этой службы.

Царик Г.Н. (137), Дмитриев Н.В. и соавт. [59], Яременко Л.Н. [150] выявили более высокий уровень удовлетворенности населения медицинским обслуживанием врачами общей практики по сравнению с участковыми врачами и врачами-специалистами узкого профиля.

Коротков Ю.А. и соавт. [80] из положительных моментов внедрения института врачей общей практики в первичную медицинскую помощь отмечали многопрофильность оказания медицинской помощи врачами этой специальности. По мнению авторов, увеличение количества больных не терапевтического профиля свидетельствует о росте доверия пациентов к данному специалисту.

Анализ показателей отделения врачей общей практики, проведенный Ануфриевым С.А. [11], показал, что число обращений к ВОП и участковым терапевтам почти не отличается. Однако, число посещений врача общей практики по поводу профилактических осмотров и динамического наблюдения в 1,9 раза выше, чем к участковым терапевтам, а вызовов неотложной помощи,

госпитализаций, направлений к специалистам в 2,1 раза меньше. Отмечено уменьшение числа пациентов, направленных на консультацию к специалистам врачами общей практики по сравнению с участковыми терапевтами: к невропатологу в 3 раза, к хирургу в 6 раз, к отоларингологу в 4 раза, к окулисту в 3 раза, к гинекологу в 3 раза. Это свидетельствует о более высокой компетенции и ответственности врачей общей практики. У них оказался более высокий показатель излеченности пациентов (54,6% против 43,5%).

В этом аспекте в нашей республике в рамках реализации Национальной программы реформы отрасли «Манас таалими» приоритетные задачи направлены на достижение снижения заболеваемости и смертности в области материнства и детства, по распространенным (мониторируемым) болезням, особенно сердечно-сосудистой системы, а также от туберкулеза и на ограничение распространения ВИЧ инфекции/СПИДА, инфекций, передающихся половым путем и наркомании [96].

Акулин И.М. и др. [6, 7] при проведении экономического анализа деятельности амбулаторной службы в условиях реформирования отметил снижение затрат на содержание отделения общей практики в 2-3 раза. Предполагается, что врач общей практики может взять на себя 22,7% всех посещений хирурга, 36,4% посещений офтальмолога, 41% отоларинголога и 46% невропатолога. Авторы считают, что привлекательность ВОП для пациентов обусловлена несколькими аспектами. Прежде всего, их привлекает индивидуальный подход к каждому, владение современными знаниями и методами лечения и диагностики, комплектность обследования благодаря необходимой оснащенности отделения по ряду смежных специальностей, что сокращает количество направлений к узким специалистам.

Помимо этого, установлено, что каждый пятый визит пациентов к ВОП делается с целью получения социальной помощи и поддержки. Многие врачи ВОП ведут учет одиноких, хронических больных, инвалидов, лиц с асоциальным поведением, поддерживают связь с органами социального

обеспечения, оформляют нуждающихся в дома-интернаты, организуют стационары на дому для хронических больных. Семейные врачи больше внимания уделяют профилактической работе, осуществляя не только третичную, но и вторичную и первичную профилактику. Они активно выявляют и постоянно работают с группами риска, проводя большую работу по гигиеническому воспитанию и пропаганде здорового образа жизни.

Опыт Тульской области по внедрению службы врача общей практики показывает, что после соответствующей подготовки ВОП смогли бы взять на себя 22,7% посещений хирурга, 36,4% посещений офтальмолога, 41,0% посещений отоларинголога и 46,6% посещений невропатолога. Объем помощи, оказанной на дому, составил 14%. Как правило, нагрузка у ВОП выше, чем у участковых терапевтов: функция врачебной должности у ВОП – 3934 человека, а у врача в поликлинике – 3008; посещения на дому у ВОП – 1312, у участкового терапевта – 699. За 5-летний период на участках обслуживания ВОП имело место заметное снижение обращаемости в службу «Скорой медицинской помощи», в частности, больных с терапевтической патологией – на одну четверть, с патологией нервной системы – на 42% и больных хирургического профиля – на одну треть. За этот же период так же меньше стала обращаемость населения за специализированной помощью в поликлинике.

Анализируя деятельность ВОП в Омской области Нечаева Г.И. и соавт., (97) отмечает, что после создания амбулаторий общей практики на базе терапевтического участка, ВОП взял на себя обслуживание больных хирургического, ЛОР, офтальмологического, педиатрического, неврологического, частично гинекологического и психиатрического профилей. Ему были переданы диспансерные больные отоларинголога, офтальмолога, хирурга, невропатолога, педиатра. Совместно со специалистами он наблюдает пациентов кожно-венерологического, противотуберкулезного и наркологического диспансеров, психиатрических и онкологических больниц. Вся неотложная помощь на участке интегрирована в систему общей врачебной

практики.

Семейный врач амбулатории в 2000 году принял 60% больных терапевтического профиля, 75% больных офтальмологического профиля (50% в 1999 году), 42 % (8%) хирургического профиля, 33% (0) гинекологического профиля, 80% (0) неврологического профилей.

ВОП оказался способным оказывать помощь большинству обратившихся пациентов с различными заболеваниями, используя методы, прежде применяемые узкими специалистами, он приблизился к пониманию медицинской помощи, как заботе о здоровье семьи.

Гагарин В.В. [35] и Суслин С.А. [126] в своих исследованиях провел сравнительный анализ медицинской эффективности отделений общей практики и поликлиник.

Распределение числа посещений к врачам различных специальностей в отделениях общей практики выявило преобладание их доли у врачей общей практики – 17259 из 19142 (90,2%). В поликлиниках доля посещений участковых терапевтов и узких специалистов была практически одинакова: 49,1% и 50,9%. Полученные результаты демонстрируют больший объём помощи, предоставляемый врачами общей практики в сравнении с участковыми терапевтами, что обуславливает сокращение числа направлений на консультации к врачам других специальностей.

Значимым примером медико-экономической эффективности внедрения модели ВОП/СП в Российской Федерации является процесс модернизации здравоохранения в Чувашской Республике. Так, по материалам, представленным Суслоновой Н.В. [128] экономический эффект за счет снижения нагрузки на стационар и службу скорой медицинской помощи за счет внедрения ВОП в 2002 году составил 14,1 млн. руб., в 2003 году – 64,3 млн. рубл. Указанные средства были реинвестированы в развитие первичного звена.

Таким образом, можно говорить о том, что ВОП реально берет на себя весь объём первичной помощи, оказываемой участковыми врачами, а также

значительную часть работы узких специалистов.

Однако, необходимо отметить, что, по мнению некоторых исследователей Российской Федерации были выяснены проблемные вопросы и аспекты внедрения ВОП/СП за 1990-2000 годы. Так, по мнению Комарова Ю.М. [77] система здравоохранения оказалась не готовой к восприятию врача нового типа, и внедрение общей практики затрудняется по ряду проблем, требующих своего решения. Вишняков Н.И. и соавторы [30], Сквирская Г.П. [119], Вахитов Ш.М. и соавт. [29], подводя итоги первого опыта внедрения деятельности врачей общей практики, указали на следующие проблемы: отсутствие полноценного, детально проработанного юридического и правового статуса врача общей практики, нормативной документации, регламентирующей его деятельность; необходимость отработки схем взаимодействия между врачами общей практики и другими специалистами, со стационарами, учреждениями скорой помощи, диагностическими центрами, с органами социальной защиты и исполнительной власти; необходимость разработки научно-методического подхода к введению платных услуг при организации семейной медицины. Оставляют желать лучшего материальная база и оснащенность, а также информационная поддержка деятельности ВОП.

Апарин И.С. [13] отмечает, что в повышении качества медицинского обслуживания семейным врачом отчетливо просматриваются два принципиально противоположных подхода:

- всемерно повышать квалификацию семейного врача – врача общей практики и его оснащение, доводя до максимально возможного уровня компетентности и технической вооруженности;
- всемерно повышать доступность высококвалифицированной медицинской помощи, сокращая объемы на первичном уровне, за счет оказания ее на максимально возможном уровне качества и научно-технического обеспечения. Вполне возможно при этом, что себестоимость обслуживания и в том, и другом случае будет примерно равной, поскольку исключаются затраты на малоэффективные этапы диагностики, лечения и их

дублирование, с общим сокращением сроков медицинского обслуживания.

За последние годы комплексное научно-теоретическое обобщение достижений и проблем развития института семейной медицины в Российской Федерации сделаны такими авторами, как Житникова Л.М. [63, 64], Артамонова О.А. [14, 15], Ганина А.В., Финченко [39, 40, 135] и др.

Так, в частности, в результате научного исследования, обобщенной в виде докторской диссертации, проведенного Житниковой Л.М. в сравнительном аспекте в субъектах Дальневосточного, Приволжского, Сибирского, Центрального, Уральского, Южного федеральных округов Российской Федерации, установлено, что в Российской Федерации работают 2300 ВОП/СП, что не превышает 0,3% от численности врачей всех специальностей, занятых в системе здравоохранения. При этом, на 10 000 жителей приходится 0,1 ВОП/СП.

Существующая структура организации ОВП/СП, включающая в свой состав разнородные ОВП/СП, медицинские образовательные учреждения и институт главных внештатных специалистов по ОВП/СП, не позволяет обеспечить развитие системы ОВП/СП вследствие:

- отсутствия в структуре территориальных управлений здравоохранения органа управления, непосредственно отвечающего за деятельность территориальной системы ОВП/СП и за все виды ее обеспечения;
- недостаточного количества подготовленных и работающих ВОП/СП и отсутствия четкой системы распределения ВОП/СП в районы территорий;
- отсутствия муниципального заказа;
- несовершенства нормативно-правовой базы деятельности ОВП/СП и ВОП/СВ и отсутствия стимулирующей оплаты труда;
- недостаточного уровня материально-технического, диагностического и лабораторного оснащения ОВП/СП.

Основными приоритетными направлениями развития ОВП/СП на уровне ПМСП сельского сектора здравоохранения на примере Алтайского края и Новосибирской области, по данным Ганиной А.В. и соавт. [40]

являются оптимизация ПМСП по модели ОВП (групповая форма), что позволяет повысить доступность медицинской помощи, ранее оказываемой на специализированном приеме, службой скорой медицинской помощи либо стационаром; снизить расходы за счет сокращения потребления сельским населением ресурсов скорой медицинской помощи, стационара и консультативного приема; обеспечить достаточный уровень качества ПМСП за счет внедрения системы контрольных показателей работы ОВП/СП.

В 2007 году Артамоновой О.А. [14] в Пермском крае впервые изучена профессиональная подготовленность и особенность работы стажированных ВОП/СП. Установлено, что профессиональная подготовленность стажированных ВОП отличается лучшей подготовленностью практически по всем разделам медицины и соответствует требованиям Государственного образовательного стандарта подготовки, в отличие от ВОП, работающих первый год.

В странах Центральной Азии и Казахстане также происходит реформирование системы ПМСП в качестве приоритетного направления отрасли.

Так, одной из первых научно-теоретических обобщений медико-организационных подходов к развитию общей врачебной практики в условиях реформирования сельского здравоохранения в условиях Республики Казахстан сделаны Айтжановой Г.Б. в 1999 году [4]. Далее проблемы деятельности врачей общей практики (семейных врачей) освещались другими исследователями [96, 61].

Для упорядочения сети и структуры, в рамках реализации Государственной программы реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 годы разработано и принято Постановление Правительства №1304 от 28 декабря 2005 г. «О мерах по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи населению Республики Казахстан» [5]. Данный документ является нормативной базой по дальнейшему совершенствованию и реорганизации системы ПМСП, согласно которому необходимо:

1. привести номенклатуру существующей сети организаций ПМСП в соответствие с настоящим государственным нормативом путем создания центров ПМСП, врачебных амбулаторий, сельских участковых больниц, врачебных амбулаторий и фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП);
2. завершить оснащение организаций ПМСП медицинским оборудованием, изделиями медицинского назначения и санитарным автотранспортом;
3. совместно с Минздравом Республики Казахстан обеспечить поэтапное замещение участковых терапевтов и педиатров подготовленными и переподготовленными врачами общей практики до 20% к 2008 году и 30% - к 2009 году от имеющегося общего числа врачей ПСМП;
4. в городах сохранить существующую структуру поликлиник;
5. обеспечить внедрение принципа общей врачебной практики во вновь вводимых объектах ПМСП.

В системе здравоохранения Республики Таджикистан также стало очевидным, что существует настоятельная необходимость развития новых подходов к реформированию ПМСП, ориентированных на демократические преобразования и разрешение накопившихся проблем [3, 56, 112, 134]. Анализ представленных научно-теоретических материалов по Республике Таджикистан показывает, что дальнейшее развитие службы ВОП/СВ нуждается в необходимости целенаправленной подготовки врачей и медицинских сестер, широкой работы среди населения, отработки организационных, экономических и правовых основ деятельности ВОП.

1.4. Реформа первичной медико-санитарной помощи в независимом Кыргызстане

Как ранее отмечали, десятилетие становления независимого Кыргызстана внесло значительные перемены в социально-политическую и экономическую сферы республики, в том числе и здравоохранение.

Ключевым моментом реформы являлась реформа первичной медико-

санитарной помощи, цель которой заключалась в усилении профилактики заболеваний, увеличении объема и улучшении качества медицинских услуг, снижении затрат на здравоохранение, обеспечении доступности и гарантированности медицинской помощи согласно стратегии ВОЗ [139].

Учитывая международный опыт, было решено реформировать систему ПМСП путем внедрения семейной медицины (СМ), которая в большей степени отвечает целям реформы, обеспечивая улучшение качества медицинского обслуживания при меньших финансовых затратах [74, 88, 69].

Во всех регионах была проведена реорганизация амбулаторных лечебно-профилактических учреждений с формированием групп семейных врачей (ГСВ) и центров семейной медицины, независимых от территориальных и городских больниц с новыми структурами лечебно-профилактических организаций (ЛПО) (123, 124).

ЦСМ является реальной основой интегрированной формы медицинской помощи и объединяет все аспекты первичной медико-санитарной и медико-социальной помощи на основе семейного обслуживания населения республики.

ГСВ в качестве ячейки семейной медицины состоит из переподготовленного врача-терапевта, педиатра, акушер-гинеколога и 5-7 медицинских сестер. ГСВ в основном находятся в здании бывших поликлиник или участковых больниц. Ряд ГСВ открыты вне лечебно-профилактических учреждений городов с целью максимального приближения квалифицированной медицинской помощи к населению.

ГСВ в составе трех специалистов следует рассматривать как начальную форму организации семейной медицины, совместная работа создает благоприятную базу для взаимообучения, взаимовыручки между семейными врачами.

В настоящее время в Кыргызской Республике функционируют 85 ЦСМ, в составе которых развернуто 673 ГСВ, кроме того, работает 14 ГСВ, имеющих самостоятельный юридический статус и 1040 ФАПов.

По данным Республиканского медико-информационного центра на январь 2008 года укомплектованность организаций института семейной медицины составила в среднем 90,4%.

Введен принцип свободного выбора семейного врача, для чего несколько раз осуществлялась приписка населения к ГСВ. Одновременно вводились и новые методы подушевого финансирования на первичном уровне, стимулирующие медицинский персонал к улучшению качества предоставляемых услуг. Для улучшения экономической и физической доступности лекарственных средств населению введена Дополнительная программа обязательного медицинского страхования по лекарственному обеспечению застрахованных граждан на амбулаторном уровне (ДП ОМС). Разработаны и успешно внедрены новые клинико-информационные системы (КИФ) в ГСВ.

С 2000 года для улучшения качества медицинских услуг в практику семейной медицины стали внедряться клинические протоколы, основанные на принципах доказательной медицины [88, 21].

Были разработаны и активно внедрены принципы и методы обучения семейных врачей и среднего медицинского персонала в Кыргызском государственном институте переподготовки и повышения квалификации (КГМИПиПК) [58].

По данным Карагаева М.М. и др.[71], в 2006 году зафиксировано 19 млн. 504 тыс. посещений в ЦСМ и ГСВ, что на 392 тыс. посещений больше по сравнению с 2004 годом. Анализ показателей здоровья населения за период реализации программы «Манас» и «Манас таалими» свидетельствует, что к 2006 году отмечалось увеличение продолжительности жизни на 2,2 года (с 66,9 в 1995 году до 68,1 лет в 2006 году), снижение показателя общей смертности с 8,2 на 1000 нас. в 1995 году до 6,9 в 2006 году. С 2000 года имеется тенденция к увеличению естественного прироста населения, снижения материнской и младенческой смертности.

Отмечалось увеличение количества аптечных пунктов, реализующих

лекарства (2005 году - 691, 2004 году - 683). В 2006 году по предварительным данным, из средств ОМС на оплату медицинских услуг, предоставляемых на первичном уровне и в стационарах, направлено средств на 2,5% больше, чем в 2004 году (2004 году - 315 млн. сом., 2005 году – 322,9 млн. сом.).

Особым механизмом контроля качества и совершенствования деятельности института семейной медицины в Кыргызской Республике является лицензирование и аккредитация ГСВ и ЦСМ [167, 168, 169]. Основные результаты вышеуказанных процессов позволили сделать вывод о том, что альтернативы развития ПМСП по принципу семейного обслуживания населения нет, необходим системный и межсекторальный подход к совершенствованию их деятельности.

Однако, в рамках реализации реформы остаются трудности и проблемы дальнейшего развития семейной медицины в республике, что стало определенной платформой для внедрения новых методологических подходов и механизмов для непрерывного улучшения качества медицинской помощи, оказываемой на уровне ПМСП. Эти проблемы включают следующие моменты:

1. непрерывное улучшение качества и мониторинг деятельности института семейной медицины;
2. внедрение государственного образовательного стандарта подготовки семейных врачей и медицинских сестер;
3. достижение качества медицинской помощи на уровне ПМСП, обеспечение материально-технических ресурсов, кадровых, информационных до уровня стандартов, критериев и индикаторов;
4. низкая эффективность внутренней экспертизы деятельности и процесса самооценки внутри ГСВ и ЦСМ.

Начиная с 2000-х годов, основные усилия в рамках ПСМП были направлены на оптимизацию процессов непрерывного обучения и повышения квалификации семейных врачей и медицинских сестер, а также на внедрение новых методов и механизмов, создающих эффективные условия

для непрерывного повышения качества медицинских услуг, оказываемых в ГСВ и ЦСМ.

Впервые в системе здравоохранения Кыргызской Республики зародилась идея неразрывности непрерывного образования и непрерывного улучшения качества деятельности семейных врачей.

Сотрудниками КГМИПиПК интенсивно велись поиски и проводились научно-практические работы в области непрерывного медицинского образования [58, 57, 93, 140, 141]. При этом, основные элементы опирались на международные методологии непрерывного медицинского обучения [53, 66].

Так, в мировой практике в настоящее время выделяют различные формы в непрерывном образовании:

- обучение на рабочем месте (на практике);
- самостоятельное образование;
- активное проблемно-ориентированное обучение;
- профессиональное усовершенствование;
- персональный план развития.

Среди современных форм обучения наиболее оптимальным является дистанционное обучение [54, 55], которое совмещает удобство обучения с точки зрения места и времени, устраниет затраты на дорогу, обеспечивает доступ к высокопрофессиональным материалам. Первое поколение методов дистанционного обучения - заочные курсы (чтение и практические курсы), второе - использование аудио- и видеоматериалов, радио, телевидения, третье- применение компьютерных технологий с возможностью достижения высокого уровня интерактивности и Интернет.

Новой формой оценки знаний и владения практическими навыками является проведение анонимного объективного структурированного клинического экзамена (objective structural clinical examination – OSCE) [132, 163]. Впервые OSCE был использован в 1963 году в Университете Южной Калифорнии докторами Говардом Бароусом и Абраамсоном (США), которые предложили использовать стандартизированного пациента для оценки

студенческой деятельности в медицинской школе.

OSCE – многосторонний, многоцелевой инструмент для оценки знаний и клинических навыков медицинских работников. При этом, используя реальные клинические случаи и «реальных» пациентов, можно было оценивать, как обучаемые используют свои знания и умения, когда сталкиваются с реальной клинической ситуацией. С помощью OSCE оценивается клиническая компетенция медицинского работника на основе объективного тестирования через непосредственное наблюдение.

Преимуществами OSCE являются:

- способность оценить множество вариантов клинического поведения в относительно короткий промежуток времени;
- возможность его использования в процессе обучения;
- возможность его использования для оценки результата;
- возможность оценки практических навыков;
- возможность измерения технических средств, интервьюирования и клинического мышления;
- является средством обучения новых практических навыков.

Практическая реализация мониторинга качества работы ГСВ и внедрения государственной лекарственной политики в Кыргызской Республике с использованием OSCE были осуществлены в 2003 году рабочей группой Министерства здравоохранения Кыргызской Республики при финансовой поддержке со стороны проекта «Реформирование сектора здравоохранение - 2» [104]. В рамках данного исследования были изучены эффективность внедрения семейной медицины, дана оценка экономической и физической доступности лекарственных препаратов, обоснованность их назначения и рациональность использования и оценка внедрения в практику клинических протоколов. Данное исследование явилось важным этапом для выявления положительных и отрицательных сторон в сфере улучшения качества оказываемой медицинской помощи и рационального использования лекарственных средств в республике.

В современной системе здравоохранения всех стран мира одной из приоритетных характеристик медицинской помощи является ее качество, которое можно представить как соответствие оказываемой медицинской помощи запросам пациентов, а также выполнение профессиональных медицинских стандартов медицинским персоналом. Таким образом, процесс повышения качества медицинской помощи населению изначально детерминирован с профессионализмом и уровнем знаний медицинских сотрудников [33, 81, 142, 147]. Это положение в Кыргызской Республике для института семейной медицины всецело характерно и очень актуально, потому что возникла необходимость в создании такой системы, которая бы фокусировалась на самооценке и самостоятельном повышении качества своей работы с использованием внутренних ресурсов самих ГСВ и местного сообщества.

Практическая реализация данного положения в нашей республике началась с 2001 года, когда так называемые «Система повышения качества» (СПК) и «Система непрерывного повышения квалификации (СНПК) начали внедряться в трех pilotных ГСВ Иссык-Кульской области, располагающихся в ЦСМ. Начиная с марта 2002 года, СПК начала внедряться в другие области и она стала методологическим механизмом непрерывного повышения и мониторинга качества медицинских услуг, оказываемых населению семейным врачом [103, 175].

СПК преследует цель улучшения качества медицинской помощи населению путем внедрения постоянно работающей внутренней системы непрерывного усовершенствования и мониторинга деятельности ГСВ [73]. СПК ставит перед собой следующие задачи [152, 186, 188]:

- выявлять информированность и удовлетворенность населения предоставляемыми медицинскими услугами;
- оценить возможности медицинской организации оказывать качественные медицинские услуги;
- оценить знания и навыки поставщика медицинских услуг методом прямого

- наблюдения за оказанием медицинской помощи;
- выявить проблемы, касающиеся процесса оказания качественных медицинских услуг, и искать пути их решения;
 - улучшить условия труда;
 - оптимизировать развитие сотрудничества между ГСВ и местными сообществами, так как разрешение проблем, выявленных ГСВ с помощью СПК, становится их совместной задачей;
 - разрешить проблемы на местном уровне без привлечения правительственные структур.

Таким образом, СПК полностью соответствует современным принципам и методам системы управления качеством медицинской помощи, которые многократно описываются и анализируются различными исследователями стран СНГ [8, 12, 17, 20, 23, 41, 82, 87, 102, 130, 133].

Таким образом, последовательное развитие института семейной медицины в Кыргызской Республике привело к разработке и внедрению всех новых методологических подходов, положений и методов совершенствования деятельности ГСВ и ЦСМ, подготовки и непрерывного обучения семейных врачей и медицинских сестер. Однако, современное состояние ПМСП в целом требует системного и дифференциированного подхода с точки зрения территориального и социально-экономического развития регионов нашей республики. Эти научные подходы в настоящее время очень актуальны для дальнейшего развития всех аспектов семейной медицины, когда усиливается, к сожалению, текучесть кадров и существует неравномерное финансирование деятельности субъектов ПМСП.

ГЛАВА II

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Характеристика базового региона исследования

В Кыргызской Республике 7 областей, они различаются между собой по социально-экономическим, климатогеографическим условиям, медико-демографическими особенностями, а также состоянием здравоохранения.

Для проведения комплексного исследования становления и развития первичной медико-санитарной помощи и разработки новых перспективных методологических подходов и механизмов ее оптимизации нами целенаправленно выбрана Ошская область, которая является крупнейшим регионом республики и отличается от других регионов по некоторым вышеперечисленными параметрами.

По данным Центра электронного здравоохранения Министерства здравоохранения Кыргызской Республики в Ошской области проживают 1 300 800 человек, в г. Ош 285 400, что составляет 25,6% населения нашей республики.

2.2. Материалы и методы исследования

Исследование проводилось с 2013 по 2017 годы в период реализации основных этапов Национальной программы реформирования системы отечественного здравоохранения «Ден-соолук».

В соответствии с целью и задачами исследования нами разработан алгоритм их реализации, включающий совокупность последовательных этапов и методов научной разработки изучаемой проблемы (табл. 2.2).

Как представлено в табл. 2.2 решение поставленных задач осуществлялось в последовательном порядке.

Таблица 2.1 - Программа исследования

№ пп	Основная задача по этапам	Объект	Метод	Результат
1.	Аналитический обзор отечественных и мировых научных и теоретических	Научные труды, директивные документы, официаль-	Информационно-аналитический, контент-анализ,	Обобщены и проведена оценка достижений науки и практики по

	литературных источников по ПМСП	ные статистические материалы	синтез	этапам развития ПМСП
2.	Изучить численность населения и основные медико-демографические показатели Ошской области и ее районов	Официальные статистические материалы Центра электронного здравоохранения МЗ КР, директивные документы, учетно-отчетные материалы ОЗ	Статистический	Установлены тенденции в динамике численности населения, медико-демографических показателей, заболеваемости взрослого населения
3.	1. Изучить объем медицинской помощи, оказываемой семейным врачом 2. Провести социологическое исследование среди пациентов с целью оценки качества и эффективности работы ПМСП	1. Деятельность сертифицированных семейных врачей по медицинскому обслуживанию населения – 115 чел. 2. Медицинская карта амбулаторного больного (Ф.025/у) - 381 ед. 3. Официальные статистические материалы, учетно-отчетные и статистические документы ПМСП	1. Статистический	1. получены данные об объеме медицинской помощи, оказываемой семейным врачом. 2. Получены данные по изучению мнения населения по медицинскому обслуживанию
4.	Провести социологический опрос среди населения по вопросам медицинского обслуживания в pilotных ОЗ ПМСП	Анкета для опроса населения – 285 чел.	Социологический, статистический	Получена обобщенная социологическая оценка об удовлетворенности населения медицинским обслуживанием
5.	Разработать и внедрить в практику новые	ЦСМ, ГСВ, ФАП	Программно-целевое планирование и	Предложены новые методологические подходы

	методологические подходы и рекомендации по совершенствованию деятельности ПСМСП		прогнозирование, моделирование, стандартизация	и методы для оптимизации деятельности ПМСП в Ошской области
--	---	--	--	---

1. Изучение медико-демографических показателей населения Ошской области (рождаемость, смертность, естественный прирост, младенческая и материнская смертности). Объектами данного исследования были официальные статистические материалы и учетно-отчетные документы ЦСМ Ошской области, ее районов и г. Ош.

Основным методом исследования был ретроспективный анализ динамики показателей и сравнение полученных данных с общереспубликанскими.

2. Методы изучения объема медицинской помощи, оказываемой врачом представлены ниже:

- проведение объективных структурированных клинических экзаменов, методы которых апробированы ранее в pilotных проектах других областей республики [172]. Объектом изучения была деятельность 115 сертифицированных семейных врачей ЦСМ/ГСВ, узких специалистов Ошской области. Оценивались коммуникативные навыки работника, полнота и правильность диагностического обследования и лечения в процессе приема и медицинского обслуживания больных с мониторируемым заболеванием, а также общее консультирование ими по вопросам репродуктивного здоровья и планирования семьи;

- ретроспективный анализ 381 медицинских карт амбулаторного больного (ф.112). Данное исследование проводилось в ЦСМ Алайского, Араванского, Кара-Кулджинского, Кара-Сууского, Ноокатский, Узгенского, Чон-Алайского районов и г. Ош).

3. Изучение кадрового потенциала ПСМП проводился с использованием официальных данных областного медико-информационного центра и учетно-

статистических материалов ЦСМ вышеуказанных районов сплошным методом выборки.

Изучение обеспечения и организации оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи (ПСМСП) нуждается во всестороннем анализе современных научных материалов, которые позволяют выявить положительный и отрицательный опыт применения различных организационных технологий как в нашей республике, так и за рубежом, и на основе этого опыта выбрать и адаптировать к современным условиям наиболее оптимальную организационную схему.

В то же время результаты такого анализа нуждаются в обязательном дополнении научно-практическим изучением фактического состояния обеспечения и организации ПСМСП в центрах семейной медицины.

Также в исследовании особое внимание было уделено рассмотрению новой организационной технологии оказания первичной специализированной медицинской помощи населению, действующей с 2014 г., которое включало:

- научный анализ новой, действующей с 2014 г., и предыдущей организационных форм в сравнении оказания данного вида помощи, их положительных сторон и недостатков;
- анализ маршрутизации пациентов на различных уровнях в трехуровневой системе оказания ПСМСП;
- анализ временной доступности врачей-специалистов по данным ЕМИАС (по времени ожидания приема к врачам-специалистам);
- анализ динамики и числа плановых госпитализаций по различным профилям и числа направлений больных по уровням оказания первичной специализированной медицинской помощи (с 1-го на 2-ой и со 2-го на 3-ий) за 4 квартала 2017 г.;
- анализ положительных сторон и недостатков новой организационной технологии.

Объект исследования - первичная специализированная медико-санитарная помощь населению Ошской области.

Предмет исследования - деятельность амбулаторно-поликлинического звена по оказанию первичной специализированной медико-санитарной помощи.

Единицами наблюдения, в соответствии с поставленными задачами, явились: штатная единица врачебного персонала, врач-специалист, пациент, зарегистрированный случай заболевания всего и с диагнозом, установленным впервые в жизни, посещение (на приеме и на дому, по поводу заболевания и не по поводу заболевания (включая профилактическое), диагностическое исследование, случай плановой госпитализации, направление к врачу-специалисту второго и третьего уровней, время ожидания приема у врача-специалиста по самозаписи, обращение пациента.

Исследование проводилось выборочным методом (серийно-гнездовая выборка, в которой отбору подлежали группы связанных единиц наблюдения, выборка формировалась из генеральной совокупности по принципу случайного отбора, внутри серии был применен сплошной отбор), был отобран типичный сегмент системы организации оказания ПСМСП населению.

Для изучения удовлетворенности населения качеством амбулаторной хирургической помощи проводился опрос среди 285 пациентов хирургических кабинетов центров семейной медицины. Опрос проводился анонимно и методом случайной выборки на основе добровольности.

В исследовании был использован комплекс методов:

- изучение и обобщение опыта – при изучении источников литературы с целью установления хронологических этапов развития оказания амбулаторной специализированной медицинской помощи, а также изучения ее оказания за рубежом;
- информационно-аналитический и статистический – при расчетах показателей деятельности центров семейной медицины и заболеваемости;
- ретроспективный сравнительный анализ основных показателей в динамике;
- количественный и структурный анализ при изучении показателей деятельности центров семейной медицины;

- системный подход при исследовании новой организационной технологии оказания населению первичной специализированной медицинской помощи.

При статистической обработке материалов исследования производилось вычисление экстенсивных и интенсивных показателей. Определение достоверности разности средних величин проводилось с вычислением критериев Стьюдента: «*t*» – критерия достоверности или доверительного коэффициента или «*p*» - критерия достоверности безошибочного прогноза. Наличие корреляционной взаимосвязи сравниваемых показателей определялось путем вычисления коэффициента корреляции по методу Пирсона «*r_{xy}*», его достоверность определялась путем вычисления ошибки коэффициента корреляции (*m_r*).

Весь объем информации обработан на персональном компьютере с использованием нужных программы.

ГЛАВА III

МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ НАСЕЛЕНИЯ И КАДРОВЫЕ РЕСУРСЫ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО УРОВНЯ ОШСКОЙ ОБЛАСТИ

3.1. Численность населения и медико-демографические показатели Ошской области

Демографические закономерности и здоровье людей являются итогом тесного взаимодействия социальных, психологических, биологических, медицинских и экономических факторов.

Демографические процессы постоянно находятся в связи с социальными процессами и биологическими закономерностями, характерными для людей, медицинскими и организационными мерами, влияющими на демографический процесс. Данные факторы влияют на направлении в общественном здоровье, определяют ряд серьезных задач перед медицинской наукой и здравоохранением. Данные процессы и анализ их развития для организаций здравоохранения нужны для планирования и оптимизации системы здравоохранения, для комплексного изучения состояния здоровья и эффективной организации разновидностей медицинских услуг [200].

В Кыргызской Республике по численности населения (табл. 3.1) Ошская область занимает ведущее место (1586,2 тыс.). Численность детского населения по КР составляет 31,8%. Первое месте занимает Таласская (36,4%), второе - Ошская (35,2%), третье – Баткенская области (34,2%).

Таблица 3.1 - Численность взрослого населения по регионам Кыргызской Республики за 2017 год

№ пп	Наименование региона	2013	2014	2015	2016	2017
1.	КР	5719,0	5835,8	5957,3	6079,8	6198,5
2.	Баткенская	464,3	475,2	486,6	498,1	508,6
3.	Джалал-Абадская	1088,0	1110,8	1134,4	1157,6	1179,7
4.	Иссык-Кульская	456,0	461,2	467,0	473,4	479,9
5.	Нарынская	269,7	273,0	276,1	279,3	282,5

6.	Ошская	1186,6	1214,1	1244,0	1273,6	1300,8
	Алайский	78,0	79,6	81,3	82,8	84,1
	Араванский	115,2	118,2	121,4	124,5	127,5
	Кара-Кулджинский	91,3	92,8	94,3	95,8	97,3
	Кара-Сууский	376,1	385,6	396,2	406,8	416,6
	Ноокатский	256,3	262,2	268,7	274,9	280,6
	Узгенский	242,4	247,7	253,4	259,3	264,6
	Чон-Алайский	27,3	28,0	28,7	29,4	30,1
7.	Таласская	241,4	245,3	249,3	253,2	257,1
8.	Чуйская	846,0	862,0	878,9	896,3	913,5
9.	г. Бишкек	905,1	926,5	947,9	969,1	991,3
10.	г. Ош	262,8	267,7	273,0	278,8	285,4

Нами проведен анализ численности приписанного населения Ошской области, ее районам и г. Ош в динамике (табл. 3.2).

Таблица 3.2 – Численность приписанного населения Ошской области

№ пп	Область	2013	2014	2015	2016	2017
1.	Ошская область	1108194	983600	1055531	1115117	1151818
	темпер прироста	-	-11,2	+7,3	+5,6	+3,3
2.	Алайский	73310	63578	66111	72242	72931
	темпер прироста	-	-13,2	+4,0	+9,3	+0,9
3.	Араванский	114084	103390	104969	114501	121039
	темпер прироста	-	-9,3	+1,5	+9,0	+5,7
4.	Кара-Кулджинский	83275	53801	69791	74204	79899
	темпер прироста	-	-35,4	+29,7	+6,3	+7,6
5.	Кара-Сууский	360561	319680	354296	372340	380391
	темпер прироста	-	-11,3	+10,8	+5,1	+2,1
6.	Ноокатский	241783	220450	243584	257298	262450

	температура	-	-8,8	+10,5	+5,6	+2,0
7.	Узгенский	211078	198003	194126	200890	210113
	температура	-	-6,2	-1,9	+3,5	+4,6
8.	Чон-Алайский	24103	24698	22654	23642	24995
	температура	-	-2,5	-8,2	+4,3	+5,7
9.	г. Ош	267400	291680	297170	298920	309860
	температура	-	+9,0	+1,9	+0,6	+3,6

По Ошской области отмечалось снижение числа приписанного населения только в 2014 году на -11,2%. С 2015 по 2017 годы наблюдалось незначительное увеличение (+7,3%, +5,6% и +3,3%, соответственно).

Тенденция снижения в Алайском, Араванском, Кара-Кулджинском, Кара-Сууйском и Ноокатском районах отмечалась в 2014 году (-13,2%, -9,3%, -35,4%, -11,3% и -8,8%, соответственно), в последующие годы тенденция увеличения (+4,0%, +9,3%, +0,9%; +1,5%, +9,0%, +5,7%; +29,7%, ++6,3%, +7,6%; +10,8%, +5,1%, +2,1% и +10,5%, +5,6% и +2,0%, соответственно). Численность приписанного населения в Узгенском и Чон-Алайском районах снижалось в 2014 (-6,2% и -11,9%, соответственно) и 2015 (-2,5% и -8,2%, соответственно) годах, незначительный рост в 2016 (+3,5% и +4,6%, соответственно) и 2017 (+4,3% и +5,7%, соответственно) годах. Тенденция увеличения приписанного населения во все исследуемые годы наблюдалась в г. Ош (+9,0%, +1,9%, +0,6% и +3,6%, соответственно).

Таким образом, в 2014 году по Ошской области, ее районам в динамике отмечалась тенденция снижения приписанного населения. Увеличение приписанного населения наблюдалось в 2015 году во всех районах, кроме Узгенского и Чон-Алайского, а в 2016 и 2017 годах во всех районах. По г. Ош в исследуемые годы число приписанного населения незначительно увеличивалась.

Нами проанализированы показатели естественного движения населения (рождаемость, смертность, естественный прирост) Ошской области с 2013 по 2017 годы по данным Центра электронного здравоохранения МЗ КР.

В динамике показателя рождаемости по Ошской области в целом наблюдается увеличение по темпу прироста в 2014 и 2015 годах на +30,5% и +3,6%, соответственно (табл. 3.3). В 2016 и 2017 годах отмечается незначительное снижение на -9,8% и -4,9%, соответственно. В Алайском районе наблюдается снижение рождаемости в 2014, 2016 и 2017 годах на -7,5%, -10,4% и -9,0%, соответственно, незначительное увеличение только в 2015 году на +4,2%. Рождаемость в Араванском районе в динамике снизилась в 2015

и 2016 годах на -0,9% и -10,8%, увеличилась в 2014 и 2017 годах на +5,5% и +2,8%, соответственно.

По Кара-Кулджинскому району наблюдалась тенденция снижения во все годы на -3,8%, -3,5%, -3,6%, соответственно, за исключением 2016 года, когда темп прироста был нулевой. В Кара-Сууском районе показатель снизился в 2016 и 2017 годах на -12,9% и -1,7%, увеличился в 2014 и 2015 годах на +4,0% и +8,6%, соответственно. Рождаемость в Ноокатском районе отмечалась тенденция снижения в 2016 и 2017 годах на -9,9% и -9,2%, в 2015 году - нулевой прирост и незначительного увеличения в 2014 году на +7,2%.

В Узгенском районе показатель рождаемости несколько снижался в 2016 и 2017 годах на -8,8% и -5,7%, соответственно, незначительно увеличился в 2014 на +0,7% и в 2015 годах на +3,7%. По Чон-Алайскому району наблюдалась снижение в 2016 и 2017 годах на -8,6% и -1,0%, соответственно, увеличение в 2015 году на +6,9% и в 2014 году – нулевой прирост. В г. Ош в динамике рождаемость незначительно снижалась в 2015 и 2016 годах на -3,2% и -1,1% и увеличивалась в 2014 и 2017 годах на +11,2% и +1,5%, соответственно.

Таблица 3.3 – Динамика рождаемости населения Ошской области с 2013 по 2017 годы по данным Центра электронного здравоохранения МЗ КР

№ пп	Наименование региона	Годы				
		2013	2014	2015	2016	2017
1.	Ошская область	29,5	30,4	31,5	28,4	27,0
	темпер прироста	-	+30,5	+3,6	-9,8	-4,9
2.	Алайский	30,7	28,4	29,6	26,5	24,1
	темпер прироста	-	-7,5	+4,2	-10,4	-9,0
3.	Араванский	30,8	32,5	32,2	28,7	29,5
	темпер прироста	-	+5,5	-0,9	-10,8	+2,8
4.	Кара-Кулджинский	26,5	25,5	24,6	24,6	23,7
	темпер прироста	-	-3,8	-3,5	0	-3,6
5.	Кара-Сууский	30,0	31,2	33,9	29,5	29,0
	темпер прироста	-	+4,0	+8,6	-12,9	-1,7

6.	Ноокатский	29,1	31,2	31,2	28,1	25,5
	темпер прироста	-	+7,2	0	-9,9	-9,2
7.	Узгенский	29,4	29,6	30,7	28,0	26,4
	темпер прироста	-	+0,7	+3,7	-8,8	-5,7
8.	Чон-Алайский	30,4	30,4	32,5	29,7	29,4
	темпер прироста	-	0	+6,9	-8,6	-1,0
9.	г. Ош	25,0	27,8	26,9	26,6	27,0
	темпер прироста	-	+11,2	-3,2	-1,1	+1,5

Таким образом, в динамике по Ошской области и г. Ош в основном наблюдалась тенденция снижения показателя рождаемости в 2016 и 2017 годы.

Проведен анализ динамики показателя смертности населения Ошской области, ее районов и г. Ош с 2013 по 2017 годы по данным Центра электронного здравоохранения МЗ КР (табл. 3.4).

Таблица 3.4 – Динамика смертности населения Ошской области, ее районов и г. Ош с 2013 по 2017 годы по данным Центра электронного здравоохранения МЗ КР

№ пп	Наименование региона	Годы				
		2013	2014	2015	2016	2017
1.	Ошская область	5,1	5,1	5,0	4,6	4,5
	темпер прироста	-	0	-1,9	-8,0	-2,1
2.	Алайский	5,5	6,0	6,0	5,7	4,8
	темпер прироста	-	+9,0	0	-5,0	-15,8
3.	Араванский	5,4	4,9	5,0	4,5	4,5
	темпер прироста	-	-9,2	+2,0	-10,0	0
4.	Кара-Кулджинский	5,7	5,8	5,5	5,0	4,6
	темпер прироста	-	+1,7	-5,1	-9,0	-8,0
5.	Кара-Сууский	5,0	5,3	5,1	4,5	4,5
	темпер прироста	-	+6,0	-3,7	-11,7	0
6.	Ноокатский	4,6	4,6	4,4	4,3	4,1

	темпер прироста	-	0	-4,3	-2,2	-4,6
7.	Узгенский	5,4	5,2	5,1	4,8	4,8
	темпер прироста	-	-3,7	-1,9	-5,9	0
8.	Чон-Алайский	4,1	3,9	4,3	3,7	4,0
	темпер прироста	-	-4,8	+10,2	-13,9	+8,1
9.	г. Ош	6,3	6,6	6,2	5,8	5,5
	темпер прироста	-	+4,7	-6,0	-6,4	-5,1

По Ошской области в динамике наблюдалось снижение показателя смертности с 2015 по 2017 годы на -1,9%, -8,0%, -2,1%, соответственно, в 2014 году – нулевой прирост. В Алайском районе выявлено увеличение смертности в 2014 году на +9,0%, в 2015 году отмечен нулевой прирост, а в 2016 и 2017 годах снижение на -5,0% и -15,8%, соответственно. Незначительное увеличение в Араванском районе наблюдалось в 2015 году на +2,0%, снижение в 2014 и 2016 годах на -9,25 и -10,0%, соответственно, в 2017 году – нулевой прирост. Среди населения Кара-Кулджинского района небольшое увеличение было в 2014 году на +1,7%, в остальные годы отмечалось снижение на -5,1%, -9,05 и -8,0%, соответственно. По Кара-Суускому району увеличение смертности в динамике наблюдалось в 2014 году на +6,0%, снижение в 2015 и 2016 годах на -3,7% и -11,7%, соответственно, в 2017 году – нулевой прирост. Нулевой прирост в 2014 году отмечен в Ноокатском районе, в последующие годы снижение на -4,3%, -2,2% и -4,6%, соответственно. В Узгенском районе наблюдалось во все годы снижение показателя на -3,7%, -1,9% и -5,9%, соответственно, за исключением 2017 года, когда отмечен нулевой прирост. По Чон-Алайскому району увеличение смертности выявлено в 2015 и 2017 годах на +10,2% и +8,1%, соответственно, снижение в 2016 на -13,0% и в 2014 годах на -4,8%. По г. Ош наблюдалось увеличение в 2014 на +4,7%, снижение в 2015 на -6,0%, 2016 на -6,4% и 2017 годах на -5,1%.

Таким образом, по Ошской области, ее районам и г. Ош выявлена в основном тенденция снижения показателя смертности. В 2017 году увеличение

наблюдалось в Чон-Алайском районе (+8,1%), снижение в других областях, за исключением нулевого прироста в Араванском, Кара-Сууском и Узгенском районах.

Рассмотрена динамика естественного прироста населения Ошской области, ее районов и г. Ош с 2013 по 2017 годы по данным Центра электронного здравоохранения МЗ КР (табл. 3.5). По Ошской области с 2014 по 2015 годы отмечалось увеличение естественного прироста на +3,7% и +4,7%, соответственно, в последующие годы снижение на -10,1% и -5,4%, соответственно.

Таблица 3.5 – Динамика естественного прироста населения Ошской области, ее районов и г. Ош с 2013 по 2017 годы по данным Центра электронного здравоохранения МЗ КР

№ пп	Наименование региона	Годы				
		2013	2014	2015	2016	2017
1.	Ошская область	24,4	25,3	26,5	23,8	22,5
	темпер прироста	-	+3,7	+4,7	-10,1	-5,4
2.	Алайский	25,2	22,4	23,6	20,8	19,3
	темпер прироста	-	-11,1	+5,3	-11,8	-7,2
3.	Араванский	25,4	27,6	27,2	24,2	25,0
	темпер прироста	-	+8,7	-1,4	-11,0	+3,3
4.	Кара-Кулджинский	20,8	19,7	19,1	19,6	19,1
	темпер прироста	-	-5,3	-3,0	+2,6	-2,5
5.	Кара-Сууский	25,0	25,9	28,8	25,4	24,5
	темпер прироста	-	+3,6	+11,2	-11,8	-3,5
6.	Ноокатский	24,5	26,6	26,8	23,8	21,4
	темпер прироста	-	+8,5	+0,7	-11,2	-10,0
7.	Узгенский	24,0	24,4	25,6	23,2	21,6
	темпер прироста	-	+1,7	+4,9	-9,3	-7,0
8.	Чон-Алайский	26,3	26,5	28,2	26,0	25,4
	темпер прироста	-	+0,7	+6,4	-7,8	-2,3
9.	г. Ош	19,0	21,2	20,7	20,8	21,5
	темпер прироста	-	+11,5	-2,3	+0,5	+3,3

В Алайском районе отмечалось снижение показателя в 2014, 2016 и 2017 годах на -11,1%, -11,8% и -7,2%, соответственно, за исключением 2015 года, когда показатель увеличился на +5,3%. По Араванскому району наблюдалось увеличение в 2014 на +8,7% и 2017 годах на +3,3%, снижение в 2016 на -11,0% и 2015 на -1,4%. Только в 2016 году в Кара-Кулджинском районе отмечался прирост на +2,6%, в остальные годы убыль на -5,35, -3,0% и -2,5%, соответственно. В Кара-Сууском районе выявлена тенденция увеличения в 2014 на +3,6% и 2015 годах на +11,2%, в 2016 снижение на -11,8% и в 2017 годах на -3,5%. Аналогичная ситуация отмечена в Ноокатском районе (незначительное увеличение в 2014 на +8,5% и 2015 годах на +0,7%, снижение в 2016 на -11,2% и в 2017 годах на -10,0%) и Узгенском (+1,7% и +4,9%, -9,3% и -7,0%) районах. В Чон-Алайском районе увеличение показателя в 2015 году на +6,4%, снижение в 2014 на -0,7%, в 2016 на -7,8% и 2017 годах на -2,3%. По г. Ош выявлена тенденция незначительного увеличения в 2016 и 2017 годах на +3,5% и +3,3%, соответственно, снижения в 2014 на -11,5% и в 2015 годах на -2,3%.

Таким образом, следует отметить, что в динамике естественного прироста населения Ошской области, ее районов и г. Ош выявлена тенденция снижения к 2017 году, за исключением Араванского района и г. Ош.

Данные анализа медико-демографических показателей населения создает предпосылки для эффективной организации мероприятий по улучшению качества и эффективности работы системы здравоохранения южного региона республики.

Нами проведен анализ младенческой смертности Ошской области, ее районов и г. Ош с 2013 по 2017 годы по данным Центра электронного здравоохранения МЗ КР (табл. 3.6). По Ошской области во все исследуемые годы наблюдалось снижение младенческой смертности в динамике (темперы убыли: -12,9%, -12,0%, -13,7%, -7,3%, соответственно). Аналогичная ситуация отмечалась в Кара-Кулджинском (-24,8%, -6,6%, -6,0% и -20,4%, соответственно), Кара-Сууском (-12,6%, -15,4%, -12,5% и -14,3%,

соответственно), а также Ноокатском районах (-31,5%, -2,7%, -23,1% и -14,4%, соответственно). В Алайском районе во все годы наблюдалось увеличение младенческой смертности (+10,2%, +1,9% и +14,6%, соответственно), за исключением 2016 года, когда темп убыли составил -29,3%. В динамике увеличение показателя в Араванском районе выявлено в 2015 и 2017 годах на +16,8% и +75,4%, снижение в 2014 и 2016 годах на -22,4% и -43,0%, соответственно. В Узгенском районе младенческая смертность увеличивалась в 2014 на +12,3% и 2016 годах на +22,0%, снижалась в 2015 на -39,8% и 2017 годах на -11,7%. Увеличение показателя в Чон-Алайском районе наблюдалось в 2014 на +10,5% и 2015 годах на +48,9%, снижение в 2016 на -2,1% и 2017 годах на -25,5%.

Таблица 3.6 – Динамика младенческой смертности населения Ошской области с 2013 по 2017 годы по данным Центра электронного здравоохранения МЗ КР

№ пп	Наименование региона	Годы				
		2013	2014	2015	2016	2017
1.	Ошская область	12,4	10,8	9,5	8,2	7,6
	темпер прироста	-	-12,9	-12,0	-13,7	-7,3
2.	Алайский	8,8	9,7	11,6	8,2	9,4
	темпер прироста	-	+10,2	+1,9	-29,3	+14,6
3.	Араванский	10,7	8,3	9,7	5,3	9,3
	темпер прироста	-	-22,4	+16,8	-43,0	+75,4
4.	Кара-Кулджинский	14,1	10,6	9,9	9,3	7,4
	темпер прироста	-	-24,8	-6,6	-6,0	-20,4
5.	Кара-Сууский	11,9	10,4	8,8	7,7	6,6
	темпер прироста	-	-12,6	-15,4	-12,5	-14,3
6.	Ноокатский	16,2	11,1	10,8	8,3	7,1
	темпер прироста	-	-31,5	-2,7	-23,1	-14,4
7.	Узгенский	11,4	12,8	7,7	9,4	8,3
	темпер прироста	-	+12,3	-39,8	+22,0	-11,7
8.	Чон-Алайский	8,5	9,4	14,0	13,7	10,2
	темпер прироста	-	+10,5	+48,9	-2,1	-25,5
9.	г. Ош	60,9	69,3	67,3	55,7	51,3
	темпер прироста	-	+13,8	-2,9	-17,2	+0,8

В 2014 году по г. Ош показатель младенческой смертности увеличился на +13,8%, а в 2017 году на +0,8%. Снизился на -2,9% в 2015 и -17,2% в 2016 году.

Таким образом, в целом по Ошской области наблюдалась тенденция снижения младенческой смертности, в частности в Кара-Кулджинском, Кара-Сууском и Ноокатском районах. Тенденция значительного увеличения выявлена в 2017 году в Араванском, Алайском районах и незначительного по г. Ош.

Анализ динамики материнской смертности по Ошской области показал увеличение в 2014 году на +7,7%, в остальные годы отмечалось снижение на -33,6% в 2015, на -9,4% в 2016 и на -7,6% в 2017 годах (табл. 3.7).

Таблица 3.7 – Динамика материнской смертности населения Ошской области с 2013 по 2017 годы по данным Центра электронного здравоохранения МЗ КР

№ пп	Наименование региона	Годы				
		2013	2014	2015	2016	2017
1.	Ошская область	42,8	46,1	30,6	27,7	25,6
	температура	-	+7,7	-33,6	-9,4	-7,6
2.	Алайский	41,7	44,2	83,2	91,3	49,4
	температура	-	-6,0	+88,2	+9,7	-45,9
3.	Араванский	-	78,1	-	28,0	-
	температура	-	0	0	0	0
4.	Кара-Кулджинский	165,6	84,4	43,1	-	43,4
	температура	-	-49,0	-48,9	0	0
5.	Кара-Сууский	44,2	58,3	37,2	8,2	41,4
	температура	-	+31,9	-36,1	-78,0	+404,8
6.	Ноокатский	53,7	36,6	23,8	25,8	14,0
	температура	-	-31,8	-35,0	+8,4	-45,7
7.	Узгенский	14,0	13,6	25,7	41,3	14,3
	температура	-	-2,8	+88,9	+60,7	-65,3
8.	Чон-Алайский	-	-	-	114,2	-
	температура	-	0	0	0	0
9.	г. Ош	15,0	-	68,1	12,5	51,9
	температура	-	0	0	-81,6	+27,2

Значительное увеличение показателя по Алайскому району выявлено в 2015 году на +88,2% и снижение в 2017 на -45,9%. В Араванском районе в 2013, 2015 и 2017 годах не было случаев материнской смертности, поэтому в динамике отмечался нулевой прирост показателя. Случаев материнской смертности в Кара-Кулджинском районе не было в 2016 году, значительное снижение в динамике отмечено в 2014 на -49,0% и 2015 годах на -48,9%, в 2016 и 2017 годах – нулевой прирост. Резкое увеличение материнской смертности в Кара-Сууском районе наблюдалось в 2017 году на +404,8%, снижение в 2016 на -78,0% и в 2015 годах на -36,1%. В Ноокатском районе значительное снижение показателя отмечено в 2014 на -31,8%, 2015 на -35,05 и 2017 годах на -45,7%, увеличение только в 2016 году на +8,4%. Значительное увеличение материнской смертности наблюдалось в 2015 на +88,9% и 2016 годах на +60,7%, резкое снижение в 2017 году на -65,3%. По г. Ош случаев материнской смертности не было в 2014 году, в 2016 показатель снизился на -81,6%, а 2017 темп прироста составил +27,2%.

Таким образом, в целом по Ошской области выявлена тенденция снижения материнской смертности с 2015 по 2017 годы. В 2017 году резкое увеличение наблюдалось в Кара-Суйском районе и г. Ош.

3.2. Организации здравоохранения, оказывающие первичную медико-санитарную помощь населению

В 2013 году в КР было 65 Центров семейной медицины, начиная с 2015 года – 64 (табл. 3.8). В 2014 году в динамике отмечалось снижение числа ГСВ на -2,4%, в остальные годы незначительное увеличение на +0,3%, +0,4% и +2,6%, соответственно. Следует отметить во все годы отмечается увеличение числа фельдшерско-акушерских пунктов на +1,0%, +0,6%, +0,3% и +0,8%, соответственно. По Ошской области наблюдается стабильное число ЦСМ во все годы. Число групп семейных врачей имело тенденцию незначительного увеличения на +0,8% в 2014, 2015 и 2017 годах, за исключением 2016 года,

когда наблюдался нулевой прирост. По ФАП также отмечался положительный прирост на +1,4% в 2014, на +0,3% в 2015, 2016 и 2017 годах. В Алайском районе число ЦСМ, ГСВ и ФАП во все годы оставалось стабильным (ЦСМ - 1, ГСВ – 8, ФАП - 29), только в 2014 году отмечалось незначительное увеличение ФАП (темпер прироста составил +4,3%) и в 2017 году снижение на -3,3%.

Таблица 3.8 – Организации здравоохранения первичного уровня КР, районов Ошской области и г. Ош

№ пп	Регион	2013			2014			2015			2016			2017		
		ЦСМ	ГСВ	ФАП	ЦСМ	ГСВ	ФАП	ЦСМ	ГСВ	ФАП	ЦСМ	ГСВ	ФАП	ЦСМ	ГСВ	ФАП
1.	КР	65	709	1010	65	692	1020	64	694	1026	64	697	1029	64	715	1038
	абс. прирост	-	-		-	-2,4	+1,0	-1,5	+0,3	+0,6	0	+0,4	+0,3	0	+2,6	+0,8
2.	Ошская область	7	115	276	7	116	280	7	117	281	7	117	282	7	118	283
	абс. прирост	-	-	-	0	+0,8	+1,4	0	+0,8	+0,3	0	0	+0,3	0	+0,8	+0,3
3.	Алайский	1	11	29	1	11	30	1	11	30	1	11	30	1	11	29
	абс. прирост	-	-	-	0	0	+3,4	0	0	0	0	0	0	0	0	-3,3
4.	Араванский	1	8	23	1	8	24	1	8	24	1	8	24	1	8	24
	абс. прирост	-	-	-	0	0	+4,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5.	Кара-Кулджинский	1	17	27	1	17	27	1	17	27	1	17	27	1	17	27
	абс. прирост	-	-	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6.	Кара-Сууский	1	27	76	1	27	77	1	27	77	1	27	77	1	27	77
	абс. прирост	-	-	-	0		+1,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7.	Ноокатский	2	24	47	2	25	48	2	26	47	2	26	48	2	27	50
	абс. прирост	-	-	-	0	+4,1	+2,1	0	+4,0	-2,1	0	0	+2,1	0	+3,8	+4,1
8.	Узгенский	1	23	61	1	23	61	1	23	63	1	23	63	1	23	63
	абс. прирост	-	0	0	0	0	0	0	0	+3,3	0	0	0	0	0	0
9.	Чон-Алайский	-	5	13	-	5	13	-	5	13	-	5	13	-	5	13
10.	г. Ош	2	42	7	2	41	7	1	41	9	1	42	9	1	42	9
	абс. прирост	-	-	-	0	-2,4	0	-50,0	0	+28,5	0	+2,4	0	0	0	0

В Араванском, Кара-Сууском районах число данных организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь было стабильным (1, 8, 23 и 1, 27, 76, соответственно), кроме 2014 года, когда было увеличено число ФАП на +4,3% и +1,3, соответственно. Не изменялось число ЦСМ, ГСВ и ФАП в Кара-Кулджинском (1, 17, 27) и ГСВ, ФАП в Чон-Алайском районах во все исследуемые годы (5 и 13, соответственно). Необходимо отметить, что в Ноокатском районе наблюдалось увеличение групп семейных врачей в 2014 на +4,1%, 2015 на +4,0%, 2016 на +2,1% и 2017 годах на +3,8%. Увеличение ФАП в 2014, 2016 годах на +2,1%, соответственно и в 2017 году на +4,1%, снижение в 2015 году на -2,1%. В Узгенском районе отмечалось только увеличение ФАП в 2015 году на +3,3%. По г. Ош значительное увеличение ФАП было в 2015 году на +28,5%, незначительное в 2016 на +2,4%, снижение ГСВ в 2014 году на -2,4%.

3.3. Кадровые ресурсы ЦСМ

3.2.1. Обеспеченность населения медицинскими кадрами, укомплектованность в динамике.

Кадровый ресурс здравоохранения считается основным и ценным его составляющим. Отсутствие нужного количества и оптимального состава врачей разных профилей не позволяет обеспечить людей необходимой общедоступной и качественной медицинской помощью, сделать доступным широкое использование современных высокотехнологичных лечебно-диагностических технологий для сохранения и укрепления здоровья населения [175].

Для обеспечения населения первичной специализированной медико-санитарной помощью необходимо наличие достаточного количества врачей-специалистов в поликлиниках. Кроме этого, еще необходимо наличие врачей диагностической службы. С развитием науки и высоких технологий вышеуказанные специалисты определяют основу правильной постановки

диагноза и выбора эффективных способов лечения. Наличие достаточного числа врачей на амбулаторном приеме и современная диагностическая служба – важный момент организации доступной и качественной медицинской помощи населению.

Главным индикатором считается показатель совместительства, который указывает, насколько обеспечены организации здравоохранения ПМСП квалифицированными специалистами. По Ошской области укомплектованность врачами в ЦСМ составляет 79,8%, коэффициент совместительства – 1,1 (табл. 3.9).

Таблица 3.9 - Укомплектованность должностей врачебного персонала в ЦСМ районов Ошской области и г. Ош за 2017 год

№ пп	Район	Должность		Физ. лица	% укомп.	Коэффи- циент совмести- тельства
		штатные	занятые			
1.	Ошская область	1143,5	912,5	795	79,8	1,1
2.	Алайский	117,75	53,5	37	45,4	1,4
3.	Араванский	139,25	113,25	87	81,3	1,3
4.	Кара- Кулджинский	93,0	70,0	60	75,3	1,2
5.	Кара-Сууский	271,0	245,0	207	90,4	1,2
6.	Ноокатский	236,0	183,0	154	77,5	1,2
7.	Узгенский	181,25	175,75	167	97,0	1,1
8.	Чон-Алайский	50,8	20,25	13	39,9	1,6
9.	Обл. организации	54,8	51,75	70	94,5	0,7
10.	г. Ош	543,8	437,3	446	80,4	1,0

В областных организациях здравоохранения укомплектованность на высоком уровне (94,5%), коэффициент совместительства составляет - 0,7. Следует отметить, что обеспеченность врачами первичного уровня в центрах семейной медицины по районам Ошской области различается. Наихудшая

укомплектованность отмечается в таких отдаленных районах области, как Алайский и Чон-Алайский (45,4% и 39,9%, соответственно), а коэффициент совместительства составлял 1,4 и 1,6, соответственно. Самая высокая укомплектованность наблюдается в Узгенском (97,0% и 1,1), Кара-Сууской (90,4% и 1,2) и Араванском (81,3% и 1,3) районах. Низкая укомплектованность в Алайском (45,4% и 1,4) и Чон-Алайском (39,9% и 1,6) районах.

Однако, необходимо обратить внимание на то, что в большинстве обследованных организациях обстановка с обеспеченностью семейными врачами хуже, чем узкими специалистами.

Наибольшую часть работы первичного уровня выполняют семейные врачи. Если по республике отмечается нехватка на первичном уровне 1640 врачей, то в Ошской области укомплектованность составила около три четверти нужды в семейных врачах – 74,4% (табл. 3.10).

Таблица 3.10 - Укомплектованность должностей врачебного персонала ГСВ районов Ошской области и г. Ош 2017 год

№ пп	Район	Должность		Физ. лица	% укомп.	Коэффи- циент совмести- тельства
		штатные	занятые			
1.	Ошская область	574,25	427,25	327	74,4	1,3
2.	Алайский	60,75	61,75	12	101,6	5,1
3.	Араванский	82,5	61,75	43	74,8	1,4
4.	Кара-Кулджинский	49,75	32,0	24	64,3	1,3
5.	Кара-Сууский	159,0	139,5	112	87,7	1,2
6.	Ноокатский	129,5	87,25	65	67,4	1,3
7.	Узгенский	72,0	71,0	60	98,6	1,2
8.	Чон-Алайский	20,75	14,25	11	38,7	1,3
9.	г. Ош	178,0	167,0	177	93,8	0,9

Самая высокая укомплектованность сравнительно с другими районами в Алайском районе (101,6%), далее в Узгенском (98,6%) и г. Ош (93,8),

показатель совместительства 5,1; 1,2 и 0,9, соответственно. Низкая укомплектованность в Кара-Кулджинском (64,3%) и Чон-Алайском (38,7%), соответственно.

В ходе проведенного исследования выявлено, что среди семейных врачей высокий удельный вес занимают сотрудники пенсионного и предпенсионного возрастов. Данный факт наряду с другими факторами (например: в организации ПМСП районного уровня не приезжают молодые специалисты) в перспективе может еще больше ухудшить обстановку с укомплектованностью врачебными кадрами и отрицательно сказаться на доступности медицинской помощи для населения, в особенности в сельской и отдаленных местностях. Намного лучше обстоят дела с обеспеченностью средними медицинскими работниками. Данное обстоятельство связано с тем, что их подготовкой занимаются медицинские училища, которые открыты в каждой области республики, а также значительное увеличение размеров заработной платы медицинским сотрудникам в 2011 году, что стало положительной мотивацией для медицинских сестер при выборе устройства на работу в организации здравоохранения.

Тема влияния увеличение размеров заработной платы на мотивацию врачебного персонала необходимо рассмотреть в отдельном контексте. Однако, с учетом мнений руководителей и работников организаций здравоохранения можно прийти к выводу, что на первичном звене данный вопрос не решен в полной мере.

Более того, анализ полученных данных указывает на то, что в организациях первичного уровня заработка плата семейных врачей и узких специалистов сократилась, что также повлияло на снижение привлекательности врачебного персонала первичного звена.

Качество деятельности системы здравоохранения в большей степени зависит от уровня профессионализма и качества подготовки, грамотного распределения и использования среднего медицинского работника, как самой огромной частью кадрового ресурса системы здравоохранения. Предоставление

доступной и качественной медицинской помощи населению немыслимо без высокой профессиональной подготовки среднего медицинского персонала.

В современном мире средний медицинский персонал, от которого в большей степени зависит качество и эффективность медицинской помощи, играет одну из ключевых ролей в решении задач медико-социальной помощи населению. Особо ценное значение приобретает международный опыт развития сестринских кадров в условиях реформирования здравоохранения нашей республики.

По сравнению с укомплектованностью врачебными кадрами, обеспеченность средними медицинскими работниками в Ошской области выше - 95,0%, коэффициент совместительства - 1,1 (табл. 3.11). Таблица 3.11 – Укомплектованность должностей средним медицинским персоналом ЦСМ районов Ошской области и г. Ош

№ пп	Район	Должность		Физ. лица	% укомп.	Коэффи- циент совмести- тельства
		штатные	занятые			
1.	Ошская область	2746,75	2609,5	2423	95,0	1,1
2.	Алайский	230,0	190,25	183	82,7	1,0
3.	Араванский	293,0	285,5	271	97,4	1,1
4.	Кара- Кулджинский	222,25	214,75	200	96,6	1,1
5.	Кара-Сууский	766,25	725,5	655	94,7	1,1
6.	Ноокатский	609,25	595,25	548	97,7	1,1
7.	Узгенский	464,25	464,5	440	100,0	1,1
8.	Чон-Алайский	114,25	88,75	78	77,7	1,1
9.	Обл. организации	47,25	45,0	48	95,2	0,9
10.	г.Ош	543,75	437,25	446	80,4	1,0

Высокая укомплектованность отмечается в областных организациях здравоохранения (95,2% и 0,9, соответственно), Ноокатском (97,7% и 1,1,

соответственно), Араванском (97,4% и 1,1, соответственно), Кара-Сууском (94,7% и 1,1, соответственно) и Кара-Кулджинском (96,6% и 1,1, соответственно) районах. Дороговизна и отсутствие собственного жилья в г. Ош обуславливают низкую обеспеченность средним медицинским персоналом и текучесть кадров (80,4% и 1,0, соответственно). Низкая укомплектованность в Алайском (82,7%) и Чон-Алайском (77,7%) районах.

Средние медицинские работники на первичном уровне в основном работают на приписанных участках, поэтому коэффициент обеспеченности чуть выше, чем в центрах семейной медицины (табл. 3.12).

Таблица 3.12 - Укомплектованность средним медицинским персоналом ГСВ районов Ошской области и г. Ош

№ пп	Район	Должность		Физ. лица	% укомп.	Коэффи- циент совмести- тельства
		штатные	занятые			
1.	Ошская область	2050,5	1954,5	1820	95,3	1,1
2.	Алайский	156,25	129,5	133	82,9	1,0
3.	Араванский	246,75	239,5	229	97,1	1,0
4.	Кара-Кулджинский	177,25	171,25	158	96,6	1,1
5.	Кара-Сууский	596,75	563,25	507	94,4	1,1
6.	Ноокатский	499,25	490,75	452	98,3	1,1
7.	Узгенский	295,0	295,0	281	100,0	1,0
8.	Чон-Алайский	79,25	65,25	60	82,3	1,1
9.	г.Ош	178,0	167,0	177	93,8	0,9

Полная укомплектованность средним медицинским персоналом наблюдалась в 2017 году в Узгенском районе (100,0%), коэффициент совместительства составил 1,0. По Ошской области укомплектованность средними медицинскими работниками составляет 95,3%. Самая высокая укомплектованность средними медицинскими работниками кроме Узгенского, в Ноокатском (98,3%), Араванском (97,1%), Кара-Кулджинском (96,6%) и Кара-

Сууском (94,4%) районах. Низкая укомплектованность в Алайском (82,9%) и Чон-Алайском (82,3%) районах.

Врачи амбулаторного приема, врачи-лаборанты, врачи-рентгенологи, врачи функциональной диагностики и физиотерапевты амбулаторно-поликлинического отделения в большей степени определяют тактику и технологию лечебного и диагностического процесса.

3.2.2. Фактическая и необходимая обеспеченность населения штатными должностями врачей

Качество и доступность медицинских услуг населению в большей степени зависят от рационального использования и эффективного труда осуществляющих ее работников, соответствия применяемых ими оборудований и способов современному уровню развития науки и техники в области медицины, укомплектованности организаций здравоохранения трудовыми и материальными ресурсами. Одним из важнейших механизмов по решению этих сложных задач считается нормирование труда [182].

Под понятием нормирование труда обычно понимают мероприятию по разработке и внедрению норм труда, определяющих размер трудовых затрат, необходимых для исполнения определенного вида работ. Нормирование труда считается частью структуры управления трудом: исходя из определенных норм труда, устанавливается численность, профессиональный и квалификационный состав сотрудников. Кроме этого выделяются меры по эффективному применению трудовых ресурсов [183].

Составление необходимого должного числа кадров для амбулаторного приема и учет нужного штатного расписания считается базой для оказания населению гарантированного объема медицинской помощи. До реформы здравоохранения в нашей республике, планирование размеров медицинской помощи, оказываемое больным в амбулаторно-поликлиническом звене, проводилось по нормативам, принятым Министерством Здравоохранения КР.

При этом, учитывалось потребность больных в числе посещений на 10 тыс. взрослого жителя. Полученные показатели рассматривались по отдельности, по специальностям кадров амбулаторного приема и по регионам республики [184].

Норма нагрузки кадрового персонала рассчитывалась после расчета плановой функции должности специалиста. Плановая функция должности специалиста рассчитывается по нижеуказанной формуле:

$$\Phi = B \times kt \quad (3.1)$$

где Φ – плановая функция специалиста

B – бюджет на один год трудового времени должности;

k – показатель применения рабочего времени специалиста на основную работу;

t – необходимые затраты рабочего времени специалиста на лечебно-профилактические обращения в ЦСМ.

Бюджет рабочего времени должности на год можно рассчитывать по нижеуказанной формуле:

$$B = m \times q - n - z \quad (3.2)$$

B – бюджет на год;

m – количество часов труда в день (пять дней труда в недели);

q – количество трудовых дней в году (пять дней труда в недели);

n – количество часов убывания длительности трудового дня перед праздниками и нерабочие дни (в году);

z – количество трудовых часов, выделенных на трудовой отпуск в течение года.

Коэффициенты о затратах рабочего времени на лечебно-профилактические приемы рассчитывались после динамических наблюдений. Данные формулы были взяты из трудов В.М. Шиповой [186].

Наибольшее время на лечебно-диагностический прием больных в ЦСМ (табл. 3.13) затрачивалось врачами стоматологами (19,8 мин.), кардиологами (18,9 мин.) и терапевтами (18,2 мин.). Меньше времени необходимо было

врачам хирургам (11,1 мин.), офтальмологам (12,1 мин.) и оториноларингологам (12,9 мин.). На профилактический прием больных больше затрачивается времени урологами (26,1 мин.), кардиологами (13,1 мин.), а также инфекционистами и стоматологами по 12,9 мин., соответственно. Наименьшее время на профилактический прием больного затрачивают врачи хирурги (4,8 мин.) и врачи офтальмологи (5,9 мин.).

Таблица 3.13 - Время, необходимое для специалиста амбулаторного приема на посещения в ЦСМ

№ пп	Должность	Посещение (мин.)	
		лечебно- диагностическое	профилактическое
1.	Кардиолог	18,9	13,1
2.	Терапевт	18,2	10,8
3.	Эндокринолог	16,1	11,2
4.	Невролог	15,3	9,9
5.	Инфекционист	15,1	12,9
6.	Хирург	11,1	4,8
7.	Уролог	16,8	26,1
8.	Стоматолог	19,8	12,9
9.	Акушер-гинеколог	14,8	9,8
10.	Оториноларинголог	12,9	8,1
11.	Офтальмолог	12,1	5,9

В течение исследуемых пяти лет для выполнения необходимого объема работ в рамках Программы государственных гарантий (ПГГ), каждый год отмечалось недостаточное число специалистов кардиологов, хирургов, стоматологов, ЛОР-врачей. Также наблюдался недостаток врачей неврологов в 2011 и 2013 и окулистов в 2012 годах. Это указывает на высокую нагрузку данных специалистов на амбулаторных приемах.

Нами проведен анализ динамики числа обращений населения к специалистам по Ошской области с 2013 по 2017 годы (табл. 3.14). По годам к кардиологам и ревматологам отмечается снижение числа обращений (-18,2%, -7,3% и -3,6%, соответственно), за исключением 2015 года, когда прирост составил +33,1%. К терапевтам наибольший прирост обращений наблюдался в 2014 (+40,0%) и 2017 (+10,7%) годах, убыль в 2016 (-39,2%) и 2015 (-28,7%) годах. Снижение обращений населения к эндокринологам в 2014, 2015 и 2017 годы (-17,8%, -10,2% и -8,3%, соответственно), кроме 2016 года (+9,7%). Увеличение числа обращений к неврологам наблюдалось в 2015 на +49,5% и 2017 годах на +31,6%, значительное снижение в 2016 на -33,9% и незначительное на -2,5% в 2014 году. Прирост обращений к инфекционистам отмечался только в 2015 году на +114,2%, убыль на -44,4% в 2014, -24,0% в 2016 и -19,3% в 2017 годы. К хирургам увеличилось число обращений в 2015 (+20,7%) и 2017 годах (+7,6%), снизилось в 2014 и 2016 годах на -1,6% и -19,2%, соответственно. Увеличилось число обращение к врачам-урологам в 2015 (+91,4%) и 2017 (+3,2%), соответственно, снизилось в 2014 (-40,5%) и в 2016 (-17,1%) годы. К врачам-стоматологам больше обращений населения было в 2014 и 2017 годы (+9,1% и +10,3%, соответственно), меньше в 2015 и 2016 (-4,3% и -0,6%, соответственно). Увеличение обращений к акушер-гинекологам отмечалось в 2014 на +4,1% и в 2017 на +28,8%, снижение в 2015 и 2016 годы, темп убыли составил -3,2% и -9,2%, соответственно. В исследуемые годы наблюдалось снижение числа обращений к ЛОР-врачам (-16,0%, -15,6% и -26,6%, соответственно), кроме 2016 года (темпер прироста - +4,5%). По годам отмечается уменьшение обращений к врачам-окулистам, в 2014 на -22,4%, 2015 на -17,6%, 2016 на -11,6% и 2017 на -14,1%, соответственно.

Таким образом, проведенный анализ по годам, показал увеличение числа обращений в 2014 и 2017 годах к врачам-терапевтам, снижение к врачам-инфекционистам, в 2015 году сложилась обратная тенденция, в 2016 году незначительное увеличение обращений к эндокринологам и ЛОР-врачам, к

врачам других специальностей наблюдалась тенденция снижения, в 2017 году более обращались к неврологам, наименее к ЛОР-врачам.

Таблица 3.14 – Динамика числа обращений к врачам по Ошской области (на 1000 взрослого жителя)

№ пп	Должность специалиста	Годы				
		2013	2014	2015	2016	2017
1.	Кардиолог и ревматолог	43,9	35,9	47,8	44,3	42,7
	температура прироста	-	-18,2	+33,1	-7,3	-3,6
2.	Терапевт	64,4	90,2	64,3	39,1	43,3
	температура прироста	-	+40,0	-28,7	-39,2	+10,7
3.	Эндокринолог	68,0	55,9	50,2	55,1	50,5
	температура прироста	-	-17,8	-10,2	+9,7	-8,3
4.	Невролог	75,0	73,1	109,1	72,1	94,9
	температура прироста	-	-2,5	+49,2	-33,9	+31,6
5.	Инфекционист	25,2	14,0	30,0	22,8	18,4
	температура прироста	-	-44,4	+114,2	-24,0	-19,3
6.	Хирург	61,2	60,2	72,7	58,7	63,2
	температура прироста	-	-1,6	+20,7	-19,2	+7,6
7.	Уролог	35,5	21,1	40,4	33,5	34,6
	температура прироста	-	-40,5	+91,4	-17,1	+3,2
8.	Стоматолог	382,2	416,9	399,0	396,4	437,4
	температура прироста	-	+9,1	-4,3	-0,6	+10,3
9.	Акушер-гинеколог	38,7	40,3	39,0	35,4	45,6
	температура прироста	-	+4,1	-3,2	-9,2	+28,8
10.	ЛОР	118,6	99,6	84,0	87,8	64,4
	температура прироста	-	-16,0	-15,6	+4,5	-26,6
11.	Окулист	94,9	73,6	86,6	76,5	65,7
	температура прироста	-	-22,4	-17,6	-11,6	-14,1

Данные по лечебно-диагностическим и профилактическим осмотрам, а также количество обслуживаний специалистами больных на дому получены из отчетных форм №30. Для определения затрат рабочего времени на лечебно-диагностические и профилактические работы использованы данные из монографии В.М. Шиповой [186]. Для расчета затрат рабочего времени

специалистов на обслуживание больных использован норматив 40 мин. на одно посещение на дому. Также рассчитаны показатели Кпроф и Кнд.

По данным объема труда врачей в эквивалентных единицах было определено необходимое количество должностей по объему работы:

$$Д = ПЭ \times \Phi \quad (3.4)$$

Д – количество должностей по объему труда;

ПЭ - количество посещений в эквивалентных единицах;

Ф –функция врача по плану.

В последующем мы провели сравнение полученного данного необходимого количества должностей по объему труда с численностью занятых должностей врачей.

Кпроф, Кнд - показатели, указывающие соотношение затрат рабочего времени специалиста на профилактический осмотр (Кпроф) или на посещение на дом (Кнд) к нормативам времени на лечебно-диагностическое обращения в центры семейной медицины (табл. 3.15).

Таблица 3.15 - Коэффициенты соотношения затрат рабочего времени врача

№ пп	Должность	Коэффициент	
		Кпроф	Кнд
1.	Кардиолог	0,71	1,9
2.	Терапевт	0,72	2,31
3.	Эндокринолог	0,69	2,47
4.	Невролог	0,68	2,55
5.	Инфекционист	0,91	2,81
6.	Хирург	0,49	3,78
7.	Уролог	0,70	2,28
8.	Акушер-гинеколог	0,71	2,48
9.	Оториноларинголог	0,62	3,11

10.	Офтальмолог	0,49	3,23
-----	-------------	------	------

Наибольший Кпроф наблюдался у врача-инфекциониста (0,91), терапевта (0,72), кардиолога и акушер-гинеколога (по 0,71, соответственно) и уролога (0,70). Больше всего Кнд был у врача хирурга (3,78), офтальмолога (3,23), оториноларинголога (3,11) и инфекциониста (2,81).

3.3. Диагностические исследования, проводимые в Центрах семейной медицины

Предоставление первичной специализированной медицинской помощи населению тесно связано с определенным количеством диагностических исследований. Такие обследования проводятся с целью уточнения диагноза и для оценки течения болезни у пациента и результативности проведенного лечения. Современная медицинская диагностика является основой для организации эффективной и качественной медицинской помощи.

Лабораторное исследование считается самым доступным, распространенным и информативным диагностическим методом в ЦСМ. Лабораторные отделения ЦСМ районов обеспечены достаточным набором и количеством оборудования для проведения диагностических исследований.

В ходе исследование выявлено, что в течение пяти лет произошло увеличение количества лабораторных обследований - на 15,3%, а в расчете на 1 человека – на 10,3% (с 8,50 до 9,38 обследований на 1 человека). Особенность регистрации показателей работы в том, что в качестве учетной единицы применяются отдельные параметры (гемоглобин, плотность мочи). При этом применение современных оборудований предполагает автоматическое выполнение фиксированного набора из многих параметров. Это и причина увеличения количества измеренных параметров, регистрируемых как отдельные исследования.

В структуре лабораторных обследований в Центрах семейной медицины наибольшее количество составляли исследования крови, которые являются довольно информативными и не требуют много времени и финансовых расходов на свое выполнение. Отмечается рост количества исследований крови на 19,5%, их доля в структуре всех лабораторных обследований составляла в среднем 44,7%. Наблюдается также рост количества коагулологических обследований на 1,3% (их доля составляла в среднем 1,9%). Уменьшение количества исследований отмечается по биохимическим обследованиям на 12,6%, а также число исследований мокроты.

Рентгенологические обследования широко используются в городских центрах семейной медицины. Данные виды обследования достаточно доступны, требуют малых затрат и не требуют сложной подготовки больного. Проведенное исследование показало, что в течение пяти лет отмечается рост количества рентгенологических обследований как в абсолютных числах (на 33,7%), так и в расчете на 1 человека (на 35,4%, 0,205 против 0,278 исследований на 1 человека). В структуре всех рентгенологических обследований наблюдается рост исследований органов грудной клетки на 6,1%. Доля таких обследований в структуре всех рентгенологических исследований составляла 16,6%. Исследование костно-суставной системы выросло на 25,9 % и их доля составляет в среднем 40,8%. Рост рентгенологических исследований прочих органов и систем составляет 56,0% (доля составляла в среднем 40,9%). Отмечено снижение количества обследований органов желудочно-кишечного тракта на 293 исследования.

Также установлено, что из числа обследований прочих органов и систем увеличилось количество исследований черепа в 5,9 раз. Маммографий проведено в 2,6 раза больше. Число рентгенологических исследований мочеполовой системы увеличилось на 18,9% (их доля - 0,9%), исследования лицевой части черепа на 10,6% (их доля в среднем 60,8%), около 99% из этих обследований составляли исследования зубов (рост на 17,2%).

По ходу исследования выявлено, что количество цифровых рентгенологических и томографических исследований за изучаемый период выросло в 12 раз. Количество томографий увеличилось в 11 раз (с 0,25 до 2,87 на 1000 человека). Из них число томографий органов грудной клетки выросло 2,6 раза (в расчете на 1000 человека в 2,4 раза, с 0,15 до 0,38).

Ультразвуковые исследования (УЗИ) являются неинвазивным методом обследования организма при помощи ультразвуковых волн. Метод дает возможность установить многие внутренние болезни на начальных этапах. Данный метод исследования популярен из-за своей универсальности и в связи с этим широко применяется в организациях первичного уровня.

В 2016 г. в области было 14 аппаратов УЗИ, за 5 лет их количество выросло на 3 аппарата (11 против 14). Наблюдается рост количества ультразвуковых обследований и в абсолютных числах на 79,7%, так и в расчете на 1 человека (на 89,0%, с 0,500 до 0,945 обследований на 1 человека).

Отмечается также рост количества УЗИ брюшной полости на 45,4% (их доля - 18,6%). Наблюдается рост УЗИ женских половых органов на 13,4% (их доля - 16,9%), УЗИ надпочечников, почек и мочевыводящих путей на 86,2% (их доля - 19,5%), УЗИ предстательной железы на 2,1 раза (их доля - 1,9%), УЗИ щитовидной железы на 54,6% (их доля - 6,4%), УЗИ мягких тканей на 82,2% (их доля - 5%). Также в 5,8 раза возросло количество других ультразвуковых обследований (их доля составляла в среднем 0,7%).

Нужно подчеркнуть, что количество ультразвуковых обследований уменьшилось по УЗИ молочной железы на 5,3% (их доля составляла - 2,3%), УЗИ головного мозга на 387 исследования.

Эндоскопическое исследование играет важную роль в диагностике заболеваний многих внутренних органов. По нашим данным количество эндоскопических обследований за пятилетний период возросло и в абсолютных числах (на 9,3%), так и в расчете на 1 человека (в 2 раза, с 0,089 до 0,175 на 1 человека). Такая картина возникла за счет роста количества эзофагогастродуоденоскопий на 54,5% (их доля составляла в среднем 34,9%),

уменьшилось количество колоноскопий (на 22,1%, их доля составляла в среднем 24,1%) и количество других эндоскопических исследований (на 4,2%, их доля в среднем 40,9%).

Применение современных методов функциональной диагностики отражает достижения научно-технического прогресса и является основой для точной установки различных диагнозов на современном уровне.

Количество обследованных людей за пятилетний период возросло на 4,4%. Увеличилось также количество функционально-диагностических обследований, как в абсолютных значениях на 22,7%, так и в расчете на 1 человека (на 14,9%, с 1,168 до 1,343 обследований на 1 человека).

В то же время количество преобладающих обследований сердечно-сосудистой системы в общем количестве обследований незначительно уменьшилось на 1,1% (их доля в общем числе составляла в среднем 79,2%). Среди таких обследований увеличилось количество ЭКГ на 22,7%. Удельный вес ЭКГ от других видов исследований данной системы составила 97,7%, удельный вес реовазографий – 2,1%.

По нашим данным увеличилось также количество исследований нервной системы (в 3,5 раза, доля таких обследований составляет в среднем 11,1%). Среди данной категории исследований преобладали ЭЭГ (количество их возросло на 69,8%, их удельный вес в обследованиях нервной системы в среднем 47,7%). Увеличилось также количество реоэнцефалографий в 8,3 раза (их доля в среднем 52,3%). В 2013 году удельный вес ЭЭГ в структуре исследований нервной системы составил 35,1%, а удельный вес реоэнцефалографий – 64,8%.

Количество функциональных обследований системы внешнего дыхания возросло на 77,8% (в общем числе обследований данные исследования составляют 6,1%), все эти обследования проведены как спирографические пробы. Количество функциональных обследований других систем увеличилась на 2,6 раза (их доля составляла в среднем 2,6%), что подтверждает факт

широкого внедрения данного метода обследования в практику амбулаторно-поликлинических учреждений.

Из вышеуказанных данных следует, что за пятилетний период отмечалась динамика увеличения числа многих методов диагностических исследований. А также отрадно, что растет число диагностических аппаратур в лечебно-диагностических учреждениях.

Количество обследований, проводимых больным в ЦСМ, зависит не только от диагностических аппаратур. Наличие в учреждение специалистов диагностической направленности тоже имеет большое значение.

Установлена прямая сильная корреляционный связь между количеством обследований и наличием в организациях здравоохранения первичного уровня специалистов по диагностике (коэффициент корреляции $r_{xy}=+0,9$), а также имеется прямая связь средней силы между числом рентгенологических обследований на 1 человека и обеспеченностью жителей врачами-рентгенологами ($r_{xy}=+0,4$).

Таким образом, наш анализ показал, что широта различных диагностических обследований в ЦСМ зависит не только от наличия лечебно-диагностических аппаратур, но и от обеспеченности учреждения специалистами диагностической службы.

Полученные данные свидетельствуют о том, что деятельность семейных врачей пока мало, чем отличается от деятельности участковых врачей. Хотя в республике на переподготовку и обучение врача семейной практики расходуются достаточно большие силы и средства. Основные их пациенты - это население с заболеваниями терапевтического и педиатрического характера. При оказании специализированной помощи часто обращаются к специалистам узкого профиля или направляют на стационарное лечение. Основная причина такой картины – это слабая подготовка семейных врачей по оказанию специализированной медицинской помощи, отсутствие необходимых условий для оказания специализированной помощи. Также необходимо отметить низкий уровень проводимых работ по профилактике и метафилактике заболеваний.

Этому лишним доказательством является тот факт, что 38,1% больных умерших от туберкулеза в Нарынской области и 23,8% больных умерших от туберкулеза в г. Бишкек не наблюдались на диспансерном учете. Данный факт говорит о том, что выявление новых случаев туберкулеза низкое на всех этапах выявления больных. По данным исследования доля впервые выявленных больных туберкулезом без прописки и приписки в г. Бишкек составляет 37%, из них взрослые – 38,3%, подростки- 23,5%, дети- 35,8%.

Таким образом, нужно подчеркнуть, что говорить об улучшении качества оказания специализированной медицинской помощи населению еще преждевременно, так как наблюдается тенденция роста летальности в стационарах и на дому. Это подтверждает наличие пробелов в организации доступной и качественной медицинской помощи, отсутствие преемственности и координации между уровнями организаций здравоохранения.

3.4. Нагрузка на одного специалиста в учреждениях ПМСП

Нагрузка на врача-специалиста в учреждениях ПМСП по КР составляла в среднем около 3,9 тыс. посещений, у врача ГСВ - 4,7 тыс. Нагрузка на специалиста по областям варьирует от 1,8 тыс. в Нарынской до 5,4 тыс. в Ошской областях. Если в Нарынской области нагрузка в 2014 г. составляет 2,2 тыс., то в Ошской области - 6,2 тыс.

Нами проведен анализ динамики годовой нагрузки на одного специалиста ГСВ и в том числе семейного врача по районам Ошской области и г. Ош за период 2013-2017 годы (табл. 3.16). По Ошской области наблюдался прирост годовой нагрузки специалиста ГСВ, в том числе семейного врача лишь в 2014 году (+9,9% и +9,8%, соответственно), убыль с 2015 года (-2,1% и -0,5%; -15,2 и -15,2%; -5,9% и -5,7, соответственно). По Алайскому району отмечался прирост годовой нагрузки на одного специалиста, в том числе семейного врача в 2014 году (+3,7% и +24,6%, соответственно), в 2015 году прирост только годовой нагрузки семейного врача (+13,6%). В последующие годы отмечалась

убыль годовой нагрузки (-8,3% и -10,9% в 2016 году; -19,% и -39,1% в 2017 году). В Кара-Кулджинском районе по годовой нагрузке на одного специалиста наблюдался прирост в 2014 на +24,2% и 2017 годах на +2,9%, убыль в 2015 на -10,2% и 2016 годах на -14,8%.

Таблица 3.16 – Годовая нагрузка на одного специалиста ГСВ по Ошской области

№ пп	Область	Нагрузка годовая									
		2013		2014		2015		2016		2017	
		всего	в т.ч. семей- ный врач	всего	в т.ч. семей- ный врач	всего	в т.ч. семей- ный врач	всего	в т.ч. семей- ный врач	всего	в т.ч. семей- ный врач
I.	Ошская область	3211	4197	3531	4610	3457	4585	2931	3887	2757	3662
	абс. прирост	-	-	+9,9	+9,8	-2,1	-0,5	-15,2	-15,2	-5,9	-5,7
1.	Алайский	3082	4674	3196	5825	3110	6618	2851	5892	2291	3587
	абс. прирост	-	-	+3,7	+24,6	-2,7	+13,6	-8,3	-10,9	-19,6	-39,1
2.	Араванский	3837	2845	3584	3368	3681	3237	3393	2766	2811	2913
	абс. прирост	-	-	-6,6	+18,4	+2,7	-3,9	-7,8	-14,5	-17,1	+5,3
3.	Кара- Кулджинский	4198	3349	5214	4571	4683	4537	3990	4096	4107	3927
	абс. прирост	-	-	+24,2	+36,4	-10,2	-0,7	-14,8	-9,7	+2,9	-4,1
4.	Кара-Сууский	4580	5147	4234	5574	4034	5397	2875	3999	2997	4394
	абс. прирост	-	-	-7,5	+8,3	-4,7	-3,2	-28,7	-25,9	+4,2	+10,0
5.	Ноокатский	3883	4786	3553	4423	3405	4589	3201	4134	2966	3789
	абс. прирост	-	-	-8,5	-7,6	-4,1	+3,7	-6,0	-10,0	-7,3	-8,3
6.	Узгенский	3037	3465	2765	4175	2758	3995	2637	4138	2369	3423
	абс. прирост	-	-	-9,0	+20,5	-0,2	-4,3	-4,4	+3,6	-10,2	-17,2
7.	Чон-Алайский	2398	4758	2573	1548	2781	4703	1960	717	1224	1392
	абс. прирост		-	+7,3	-70,1	+8,1	+203,8	-29,5	-84,7	-37,5	+94,1
II.	г.Ош	3797	4176	3869	4274	3897	3973	3915	4143	3962	4205
	абс. прирост	-	-	+1,9	+2,3	+0,7	-7,0	+0,4	+4,3	+1,2	+1,5

Годовая нагрузка на семейного врача увеличивалась в 2014 году на +36,4%, в последующие годы убыль на -0,7%, -9,7% и -4,1%, соответственно. Увеличение годовой нагрузки на одного специалиста ГСВ в Кара-Сууском районе отмечалось в 2017 году на +4,2%, в остальные годы снижение на -7,5% в 2014, на -4,7% в 2015 и -28,7% в 2016 годах. Тенденция увеличения нагрузки семейного врача наблюдалась в 2014 на +8,3% и +10,0% в 2017 годах, снижения в 2015 на -3,2% и на -25,9% в 2016 годах. В Ноокатском районе выявлена тенденция снижения в 2014 (-8,5% и -7,6%, соответственно), в 2015 нагрузки на одного специалиста ГСВ (-4,1%), в 2016 (-6,0% и -10,0%, соответственно), 2017 годах (-7,3% и -8,3%, соответственно), за исключением 2015 года, когда наблюдалось увеличение нагрузки семейного врача на +3,7%. Наибольшее увеличение нагрузки на семейного врача выявлено в 2014 на +20,5% и незначительное в 2016 годах на +3,6%, снижение в 2015 на -4,3% и 2017 годах на -17,2%. Тенденция снижения годовой нагрузки на одного специалиста ГСВ наблюдалась в на -9,0% в 2014, на -0,2% в 2015, на -4,4% в 2016 и на -10,2% в 2017 годах. В Чон-Алайском районе увеличение нагрузки на одного специалиста ГСВ отмечалось в 2014 году на +7,3% и 2015 годах на +8,1%, в остальные годы снижение на -29,5% в 2016 и на -37,5% в 2017 годах. Наибольшее увеличение нагрузки семейного врача наблюдалось в 2015 на +203,8% и 2017 годах на +94,1%, снижение в 2014 на -70,1% и 2016 годах на -84,7%. По г. Ош отмечалась тенденция увеличения годовой нагрузки на одного специалиста ГСВ во все исследуемые годы (+1,9%, +0,7%, +0,4% и +1,2%, соответственно). Нагрузка семейного врача увеличивалась в 2014 на +2,3%, 2016 на +4,3% и 2017 годах на +1,5%, за исключением 2015 года, когда снизилась нагрузка на -7,0%.

Таким образом, в основном наблюдалась тенденция снижения годовой нагрузки на одного специалиста ГСВ, в том числе семейного врача по Ошской области и ее районам, за исключением г. Ош. Наибольшее увеличение нагрузки семейного врача наблюдалось в 2014 году в Алайском, Араванском, Кара-Кулджинском районах, в 2015 и 2017 годах в Чон-Алайском районе. Также

нами была рассмотрена дневная нагрузка на одного специалиста ГСВ и семейного врача (табл. 3.17). Еще больше заметны отличия по областям по дневной нагрузке, которая у семейных врачей всегда выше. По Ошской области наблюдалось снижение дневной нагрузки на одного специалиста по годам, начиная с 2015 года (-4,2%, -15,2% и -6,0%), за исключением 2014, когда нагрузка повысилась на +10,1%. Дневная нагрузка семейного врача также снижалась в динамике с 2015 года (-0,5%, -15,3% и -5,8%, соответственно), кроме 2014 года (прирост составил +10,2%). Следует отметить, что по Ошской области несмотря на снижение в динамике, нагрузка была высокая. В Алайском районе дневная нагрузка увеличивалась в 2014 году на +3,2%, в остальные годы снизилась в 2015 на -2,3%, 2016 на -8,1% и 2017 годах на -20,2%. Прирост дневной нагрузки семейного врача наблюдалось в 2014 на +25,2% и 2015 на +13,7%. Убыль в 2016 на -11,3% и 2017 годах на -39,1%. Увеличение дневной нагрузки на одного специалиста ГСВ отмечалось в Араванском районе в 2015 году на +2,8%, снижение в 2014 на -6,5%. 2016 на -8,1% и 2017 годах на -17,0%. Нагрузка семейного врача увеличивалась в 2014 на +19,4% и 2017 годах на +4,5%, снижалась в 2015 на -4,4% и 2016 годах на -14,0%. В Кара-Кулджинском районе увеличение дневной нагрузки специалиста наблюдалось в 2014 на +24,5% и 2017 годах на +3,1%, снижение в 2015 на -10,1% и 2016 годах на -15,0%. Увеличение дневной нагрузки семейного врача отмечалось в 2014 году на +37,6%, снижение в 2016 на -10,0%, в 2017 на -3,7% и 2015 годах на -1,1%. В Кара-Сууском районе наблюдалось снижение дневной нагрузки, за исключением 2014 года (увеличение нагрузки семейного врача на +8,2%) и 2017 года (увеличение нагрузки специалиста на +3,4% и семейного врача на +10,1%). В Ноокатском районе отмечалось снижение нагрузок, кроме 2015 года (увеличение нагрузки семейного врача на +4,0%). В Узгенском районе наблюдалось увеличение дневной нагрузки семейного врача в 2014 на +21,0% и 2016 годах на +3,7%, в остальные годы нагрузки и специалиста и семейного врача снижались.

Таблица 3.17 - Нагрузка на одного специалиста ГСВ в день по Ошской области

№ пп	Область/район	Нагрузка в день									
		2013		2014		2015		2016		2017	
		всего	в т.ч. семей- ный врач	всего	в т.ч. семей- ный врач						
I.	Ошская область	12,8	16,7	14,1	18,4	13,8	18,3	11,7	15,5	11,0	14,6
	абс. прирост	-	-	+10,1	+10,2	-4,2	-0,5	-15,2	-15,3	-6,0	-5,8
1.	Алайский	12,3	18,6	12,7	23,3	12,4	26,5	11,4	23,5	9,1	14,3
	абс. прирост	-	-	+3,2	+25,2	-2,3	+13,7	-8,1	-11,3	-20,2	-39,1
2.	Араванский	15,3	11,3	14,3	13,5	14,7	12,9	13,5	11,1	11,2	11,6
	абс. прирост	-	-	-6,5	+19,4	+2,8	-4,4	-8,1	-14,0	-17,0	+4,5
3.	Кара- Кулджинский	16,7	13,3	20,8	18,3	18,7	18,1	15,9	16,3	16,4	15,7
	абс. прирост	-	-	+24,5	+37,6	-10,1	-1,1	-15,0	-10,0	+3,1	-3,7
4.	Кара-Сууский	18,3	20,6	16,9	22,3	16,1	21,6	11,5	15,9	11,9	17,5
	абс. прирост	-	-	-7,6	+8,2	-4,7	-3,1	-28,5	-26,4	+3,4	+10,1
5.	Ноокатский	15,5	19,1	14,2	17,6	13,6	18,3	12,8	16,5	11,8	15,1
	абс. прирост	-	-	-8,4	-7,8	-4,2	+4,0	-5,8	-9,8	-7,8	-8,5
6.	Узгенский	12,1	13,8	11,1	16,7	11,0	15,9	10,5	16,5	9,4	13,6
	абс. прирост	-	-	-8,2	+21,0	-0,9	-4,8	-4,5	+3,7	-10,4	-17,5
7.	Чон-Алайский	9,5	19,0	10,2	6,1	11,1	18,8	7,8	2,8	4,8	5,5
	абс. прирост		-	+7,3	-67,8	+8,8	+208,2	-29,7	-85,1	-38,4	+96,4
II.	г. Ош	15,0	15,4	15,2	15,9	15,3	14,9	15,4	15,2	15,5	15,8
	абс. прирост	-	-	+1,3	+3,2	+0,6	-6,3	+0,6	+2,0	+0,6	+4,0

Увеличение нагрузки специалиста отмечалось на +7,3% в 2014, на +8,8% в 2015 годах, семейного врача на +208,2% в 2015 и на +96,4% в 2017 годах. В остальные годы нагрузка снижалась. По г. Ош дневная нагрузка незначительно увеличивалась в исследуемые годы, кроме 2015 года (снижение нагрузки семейного врача на -6,3%).

Таким образом, наибольшее увеличение нагрузки на одного специалиста наблюдалось в Кара-Кулджинском районе (2014), нагрузки семейного врача в Чон-Алайском (2015, 2017), Кара-Кулджинском и Алайском (2014) районах.

Еще одним фактором отличия по нагрузке является различное число приписанного населения у врачей ГСВ. У некоторых семейных врачей количество приписанного населения иной раз достигает до 8-12 тыс. А вместо трех специалистов, медицинскую услугу оказывает только один специалист. В ходе исследования установлено, что определенная часть населения обращается к специалистам, минуя врача ГСВ, а в г. Бишкек и г. Ош достаточно хорошо функционируют частные медицинские клиники. Из вышеуказанного можно делать предложение, что при составлении штатного расписания для специалистов ПМСП нужно учитывать, что определенное количество приписанного населения будет обращаться к частнопрактикующим специалистам и им допускается увеличение количества приписанного населения.

Взаимодействие семейных врачей со специалистами

В составе ПМСП семейный врач является ключевой фигурой и имеет тесный контакт с другими организациями здравоохранения (рис. 3.1). Ключевое положение в структуре ПМСП занимает семейный врач. В данный момент семейный врач загружен только обязанностями и прав почти никаких не имеет. В этом отношении семейный врач дублирует деятельность участкового терапевта. В плане финансового обеспечения, материальных ресурсов врач ГСВ сильно зависит от вышестоящих организаций и связь с ними происходит через администрацию ЦСМ. Взаимодействие семейного врача с внутренними и внешними объектами должна быть экономически взаимовыгодной и отвечать

рыночным правилам. Фондодержание и управление фондом семейными врачами соответствуют данным требованиям. За стационарное лечение и за медицинские услуги врачей в КДО должен платить семейный врач.

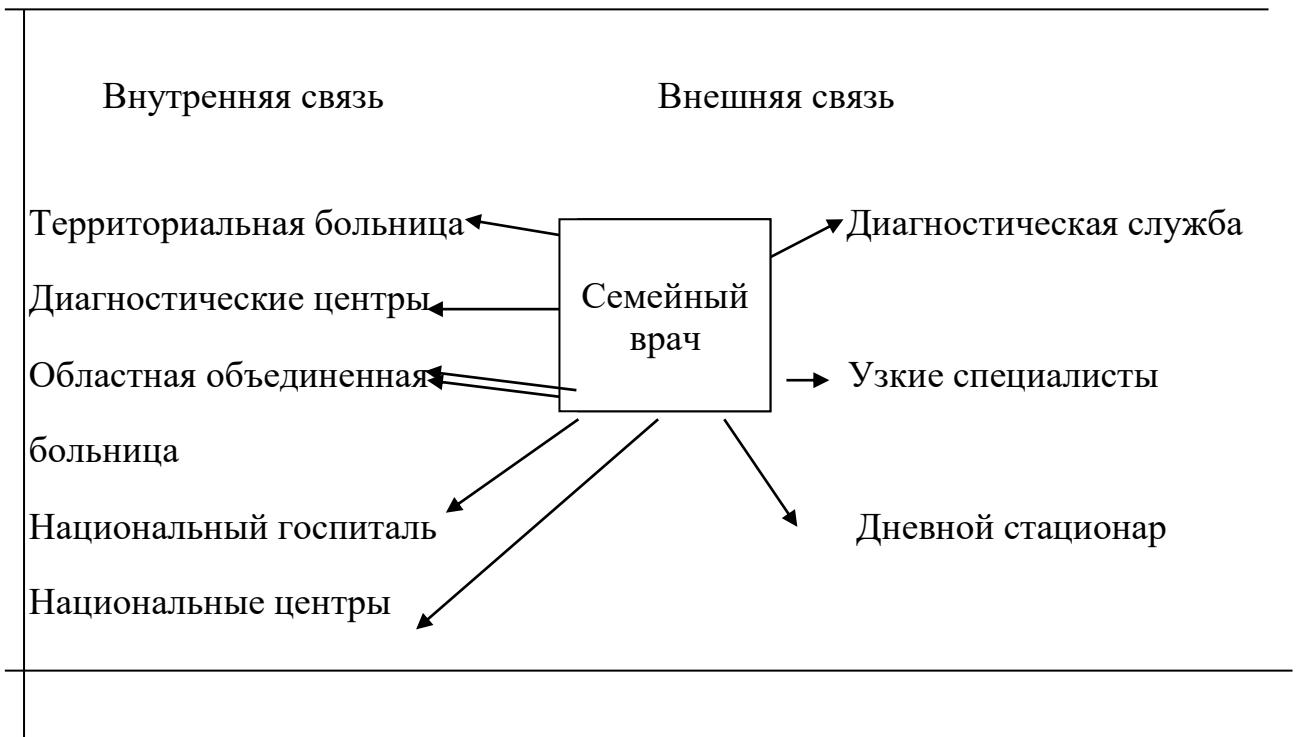


Рис. 3.1. Внутренняя и внешняя связь семейного врача с другими организациями здравоохранения

На данном этапе наиболее тесный контакт у семейных врачей прослеживается с узкими специалистами и происходит это таким образом:

- после консультации узкого специалиста пациент повторно приходит на прием к семейному врачу в 15,0% случаев;
- качественная совместная консультация семейного врача и врача узкой специальности возможна только в ЦСМ и происходит в 12,0% наблюдений;
- информация узкого специалиста о состоянии здоровья пациента для семейного врача зафиксирована в 15,0% случаев, которая представляется в основном на общих собраниях и семинарах;
- запись врача специалиста в медицинскую карту больного для семейных врачей в 40,0%;

- углубленное исследование больного у узкого специалиста по направлению семейного врача в 59,0%;

- общение семейного врача по телефону с пациентом о результатах исследования и лечения после посещения узкого специалиста происходит в 24,0%.

Как показывают эти данные, в данное время определенное число больных после осмотра узкого специалиста к семейному врачу не возвращается. В результате семейный врач не обладает нужной информацией о состоянии здоровья пациента. Такая ситуация больше типична для семейных врачей удаленных регионов.

Таким образом, доступность и качество медицинской помощи для населения удаленных районов больше зависит от таких причин, как плотность населения, показатель близости - расстояние до ближайшей лечебной организации и время требуемое для посещения лечебного учреждения. Население удаленных регионов наряду с физической испытывают экономическую недоступность, недостаточно обеспечены лекарственными препаратами в рамках ПГГ. Необходимо учитывать рельеф местности при организации доступности медицинской помощи населению: долинный или горный.

Наблюдается тенденция снижения обращаемости населения в учреждения ПМСП. Например, в 2010 году один житель осуществлял 3,6 посещения в организации здравоохранения первичного звена, а в 2015 году всего 2,9. Пациенты предпочитают напрямую обращаться к специалистам стационарных лечебных учреждений, где гарантирована более квалифицированная медицинская услуга.

В течение года семейного врача примерно посещают около 2500 пациентов, из них 80,6% обращаются в ЦСМ, а 19,4% вызывают врача на дом. Наиболее низкая посещаемость зарегистрирована в Ошской области (65,0%), где врачи больше всех совершили визиты на дом. Главная причина обращения к семейным врачам - это острые и хронические заболевания (84,2%). Примерно

10% посещают по поводу профилактических осмотров, для получения справок и выписки медикаментов. Посещения, связанные с диспансерной работой, составляет около 6%, а в некоторых регионах не достигают и 2%. Население сельских районов плохо пользуется услугами семейных врачей по укреплению и сохранению своего здоровья. Для проведения профилактических и метафилактических работ специалисты ГСВ затрачивают около 8-9% своего рабочего времени, в том числе терапевты - 5- 6% , педиатры - 9-11%.

Основной показатель общей заболеваемости в республике составляет 45823,5 на 100 000 населения. Баткенская область и г. Бишкек отличаются наиболее высокими показателями общей заболеваемости. Риск общей заболеваемости в Баткенской области больше средних показателей по республике в 1,3 раза, в г. Бишкек – в 1,5 раза. В отличие от других регионов в Таласской области зарегистрирован низкий уровень общей заболеваемости и высокий темп снижения заболеваемости – 21,3%. Данные интенсивного снижения общей заболеваемости в Талассской области вызывают сомнения. Нагрузка на одного специалиста в области составляет 1686 посещений, а в целом по республике – 2477,0. Это говорит о том, что жители региона редко посещают лечебные учреждения области. Нагрузка одного специалиста в учреждениях ПМСП по республике составляла в среднем 3,9 тыс. посетителей, у семейного врача - 4,7 тыс. По регионам нагрузка на специалиста варьирует от 1,8 тыс. пациентов в Нарынской области и до 5,4 тыс. пациентов в Ошской области. Специалисты ГСВ достаточно редко подтверждают свой клинический диагноз лабораторными и инструментальными методами диагностики.

Специалисты ГСВ в 57,6% случаев сумели оказать необходимую многопрофильную медицинскую услугу самостоятельно, в 19,2% случаев потребовалась помощь узкого специалиста и 23,2% случаев направляли на стационарное лечение. Данная картина вырисовывалась из характера требуемой медицинской помощи. Семейные врачи редко оказывали акушерско-гинекологическую помощь (3,1%), хирургическую (14,6%) и эндокринологическую. Эти цифры показывают, что семейные врачи в основном

оказывают терапевтическую помощь и достаточно редко медицинские услуги по другим специальностям. Большое число посещений узких специалистов для консультаций объясняется слабой подготовкой специалистов по семейной медицине, а также отсутствием необходимых условий для оказания многопрофильной услуги.

Специализированную медицинскую помощь в ЦСМ 82,9% больных получали, минуя специалиста ГСВ, хотя в идеале картина должна быть наоборот. Этот показатель по разным специальностям колеблется от 66,6 до 98,0%. Узкие специалисты ЦСМ часто направляют больных на консультацию к специалистам областного и республиканского уровня для уточнения диагноза и коррекции тактики лечения. Чаще всего прибегают к услугам психиатров и невропатологов (15,3%), эндокринологов (14,0%) и офтальмологов (12,4%).

Специалист семейной медицины является основной фигурантой ПМСП и имеет тесную и обратную связь с другими лечебными учреждениями. Он должен обладать полной информацией о состоянии здоровья своих жителей. А на самом деле большинство больных после осмотра специалиста к врачу ГСВ не обращаются. Такая картина больше характерна для сельских ГСВ.

Согласно данным проведенных исследований следует, что деятельность сегодняшних семейных врачей пока мало чем отличается от деятельности участковых терапевтов. Хотя в республике на подготовку и обучение врача семейной практики направлены достаточно большие средства. Основной контингент их больных - это люди с заболеваниями терапевтического характера. При оказании многопрофильной помощи часто обращаются к узким специалистам или направляют на стационарное лечение. Основной причиной такой картины является слабая подготовка семейных врачей по оказанию многопрофильной медицинской услуги, низкий уровень управляемости специалистами на уровне ПМСП, отсутствие соответствующих условий для оказания многопрофильной помощи. Указанные факторы, в свою очередь, не позволяют оказать качественную и доступную медицинскую помощь в рамках государственных гарантий.

ГЛАВА IV

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ПОСЕЩАЕМОСТИ ВРАЧЕЙ И ПРОВЕДЕННЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ЦСМ ОШСКОЙ ОБЛАСТИ

4.1. Обращаемость населения за медицинской помощью в организации здравоохранения первичного уровня

В 2017 г. число посещений пациентами организаций здравоохранения первичного уровня, с учетом посещений стоматологов, составило 18,9 млн. или 35,7 тыс. посещений на 10 тыс. населения. Показатель обращаемости по регионам отличается в пределах от 22,5 до 55,9 тыс. %.

При рассмотрении числа посещений на одного жителя к врачам ЦСМ в период с 2012 по 2017 годы по КР (3,3; 3,4; 3,2; 2,9 и 3,1) среднее число посещений составило - 3,2 (табл. 4.1). Наиболее высокие показатели посещений наблюдались в г. Бишкек, в среднем - 5,8 (6,5; 6,1; 5,8; 5,3 и 5,5, соответственно) и г. Ош, в среднем - 3,9 (3,9; 4,0; 3,8; 3,6 и 4,1, соответственно). Наибольшее число посещений на одного жителя к врачам ЦСМ отмечалось в Иссык-Кульской (в среднем – 3,1), Чуйской (2,9), Джалал-Абадской и Нарынской областях по 2,8 посещений в среднем. В Баткенской области среднее число посещений составило - 2,6, Таласской – 2,5 и Ошской областях – 2,1.

Анализ числа посещений на одного жителя к врачам ЦСМ в период с 2012 по 2017 годы по районам Ошской области показал, что больше всего посещений на одного жителя было в Араванском (3,2), Кара-Кулдjinском

(2,8) и Ноокатском (2,1) районах. В Кара-Сууском, Узгенском, Алайском и Чон-Алайском районах – 1,7; 1,6, 1,5 и 1,4, соответственно.

Таблица 4.1 – Среднее число посещений на одного жителя к врачам ЦСМ по областям КР, районам Ошской области и гг. Бишкек и Ош в 2013-2017 гг.

№ пп	Область/район/город	Годы					M (среднее число)
		2013	2014	2015	2016	2017	
1.	КР	3,3	3,4	3,2	2,9	3,1	3,2
2.	Баткенская	2,8	2,5	2,7	2,3	2,9	2,6
3.	Джалал-Абадская	2,9	2,9	2,8	2,5	2,7	2,8
4.	Иссык-Кульская	2,9	3,0	3,4	2,9	3,2	3,1
5.	Нарынская	3,1	2,9	2,8	2,6	2,7	2,8
6.	Ошская	2,0	2,4	2,2	1,9	2,1	2,1
	Алайский	1,5	1,7	1,6	1,5	1,3	1,5
	Араванский	3,3	3,7	3,7	3,2	2,3	3,2
	Кара-Кулджинский	2,1	3,7	2,9	2,7	2,5	2,8
	Кара-Сууский	1,8	2,1	1,9	1,4	1,4	1,7
	Ноокатский	2,2	2,5	2,2	1,8	1,6	2,1
	Узгенский	1,4	1,7	1,7	1,6	1,5	1,6
	Чон-Алайский	1,6	1,4	1,7	1,4	0,9	1,4
7.	Таласская	2,8	2,6	2,7	2,3	2,0	2,5
8.	Чуйская	3,1	3,0	3,1	2,8	2,5	2,9
9.	г. Бишкек	6,5	6,1	5,8	5,3	5,5	5,8
10.	г. Ош	3,9	4,0	3,8	3,6	4,1	3,9

Таким образом, показатели посещаемости на одного жителя республики остается относительно низким (3,1-3,9), тогда как население Западной Европы осуществляет 15-17 визитов [178].

В связи с этим в республике, в последние годы, пересмотрены методы расчета данных коэффициентов. Для расчета коэффициента посещаемости стали вычислять посещения медицинского персонала на дому и посещения пациентов амбулаторно-диагностических отделений (табл. 4.2). На дому среднее число посещений, как по республике, так и по отдельным регионам составило 0,5 (Джалал-Абадская, Иссык-Кульская, Ошская области). По г.

Бишкек и г. Ош 0,7 и 0,6, соответственно. По районам Ошской области, наибольшее число посещений на дому было в Кара-Кулдjinский (1,0), Кара-Сууском и Чон-Алайском районах по 0,5, соответственно.

Таблица 4.2 – Среднее число посещений на дому врачами ЦСМ по областям КР, районам Ошской области и гг. Бишкек и Ош с 2013 по 2017 годы (на одного жителя)

№ пп	Область/район/город	Годы					M (среднее число)
		2013	2014	2015	2016	2017	
1.	КР	0,4	0,5	0,5	0,5	0,6	0,5
2.	Баткенская	0,2	0,2	0,6	0,6	0,5	0,4
3.	Джалал-Абадская	0,4	0,4	0,5	0,6	0,6	0,5
4.	Иссык-Кульская	0,5	0,4	0,6	0,6	0,6	0,5
5.	Нарынская	0,3	0,3	0,5	0,5	0,5	0,4
6.	Ошская	0,4	0,5	0,5	0,5	0,6	0,5
	Алайский	0,6	0,2	0,2	0,2	0,1	0,3
	Араванский	0,4	0,4	0,3	0,3	0,2	0,3
	Кара-Кулдjinский	0,6	1,3	1,1	0,8	1,0	1,0
	Кара-Сууский	0,6	0,7	0,6	0,4	0,4	0,5
	Ноокатский	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
	Узгенский	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
	Чон-Алайский	0,5	0,6	0,6	0,5	0,08	0,5
7.	Таласская	0,2	0,2	0,3	0,4	0,4	0,3
8.	Чуйская	0,3	0,3	0,5	0,6	0,5	0,4
9.	г. Бишкек	0,5	0,5	0,9	0,9	0,9	0,7
10.	г. Ош	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6

Среднее число посещений АДО (табл. 4.3) по республике и Ошской области составило - 0,4, в остальных областях по 0,2, соответственно. По Кара-Кулдинскому и Кара-Суускому районах по 0,3, соответственно, в других районах по 0,2, соответственно, за исключением Чон-Алайского района (0,1).

Таблица 4.3 – Среднее число посещений АДО по областям КР, районам Ошской области и гг. Бишкек и Ош с 2013 по 2017 годы (амбулаторно-поликлинический прием, на одного жителя)

№ пп	Область/ район/город	Годы					М (среднее число)
		2013	2014	2015	2016	2017	
1.	КР	0,3	0,3	0,4	0,5	0,5	0,4
2.	Баткенская	0,1	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2
3.	Джалал-Абадская	0,1	0,2	0,3	0,3	0,3	0,2
4.	Иссык-Кульская	-	-	0,2	0,2	0,2	0,2
5.	Нарынская	-	-	0,2	0,2	0,2	0,2
6.	Ошская	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,4
	Алайский	0,4	0,3	0,2	0,2	0,1	0,2
	Араванский	0,3	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2
	Кара-Кулдинский	0,2	0,4	0,3	0,2	0,2	0,3
	Кара-Сууский	0,3	0,4	0,3	0,2	0,2	0,3
	Ноокатский	0,2	0,2	0,3	0,1	0,1	0,2
	Узгенский	0,1	0,2	0,2	0,3	0,1	0,2
	Чон-Алайский	0,1	0,2	0,1	0,1	0,06	0,1
7.	Таласская	-	-	0,2	0,2	0,2	0,2
8.	Чуйская	-	-	0,2	0,2	0,2	0,2
9.	г. Бишкек	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2
10.	г. Ош	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2

При таком расчете обращаемость на одного жителя намного увеличилась. Данный коэффициент составил 3,6-3,9 визитов на одного жителя в год. Из них 0,3 посещений имеет лабораторно-диагностический характер и 0,5 посещений врача на дом. Данный показатель тоже считается достаточно низким. Исследования проблемы посещаемости жителей показали, что в среднем к семейному врачу в течение года обращается 2478 пациентов, из них 80,6% сами приходят на прием к

врачу, а 19,4% вызывают врача на дом. Данные показатели по регионам имеют существенные отличия (табл. 4.4). Меньше всех в первичный уровень обращаются в Ошской области (65,0%), отмечены частые посещения врача на дом. Целенаправленные исследования показали, 30% больных из всех обратившихся на прием к врачу, посещали КДО. Хотя по нашим данным только 11,4% больным дано направление врачами в КДО.

Таблица 4.4 - Структура посещаемости по видам

№ пп	Область	Всего по- сещений на заня- тую дол- жность	В том числе по типу посещения					
			ЦСМ		КДО		на дому	
			абс. число	уд.вес (%)	абс. число	уд.вес (%)	абс. число	уд.вес (%)
1.	КР	2511,8	2019,4	81,3	758	31,2	492,5	18,9
2.	Баткенская	2711,5	2235,3	85,2	1231	41,3	433,4	17,2
3.	Джалал- Абадская	2956,5	2346,6	76,7	1213	38,7	653,2	21,8
4.	Иссык- Кульская	3453,3	2712,2	80,9	673	18,9	671,3	20,0
5.	Нарынская	3014,6	2579,5	85,2	653	22,3	481,4	16,2
6.	Ошская	2710,2	1789,3	64,8	1602	58,8	985,6	35,1
7.	Таласская	1705,6	1508,3	88,1	356	19,2	245,7	13,1
8.	Чуйская	2835,1	2378,1	84,1	645	23,2	467,8	17,4
9.	г. Бишкек	2263,4	1873,5	83,9	568	25,8	351,7	16,2
10.	г. Ош	2712,3	2354,4	84,9	575	20,2	405,7	15,6

Нами проанализированы мотивы посещаемости амбулаторно-диагностических отделений (табл. 4.5). Большинство пациентов (66,5%) обратились в КДО своим ходом, по направлению – 16,7%, в том числе ГСВ и ЦСМ – 9,5%, по направлению других организаций здравоохранения – 7,3%. Такая самостоятельность больных увеличивает стоимость обследования и лечения. Как известно, по положению лабораторное, инструментальное исследование и медицинские услуги КДО без

направления специалиста ГСВ оказываются на платной основе.

Таблица 4.5 - Удельный вес мотив посещаемости АДО

№ пп	Мотив посещения	Число посещений	
		абс. число	удельный вес (%)
1.	По направлению	150	16,7
2.	в т.ч. по ГСВ и ЦСМ	85	9,5
3.	другие организации здравоохранения	65	7,3
4.	Самонаправление	596	66,5
5.	Всего посещений	896	100,0

Посетители ГСВ – рядовые потребители услуг первичного уровня здравоохранения. Основным поводом обращения в ГСВ являются различные острые и хронические заболевания (83,8%). По поводу профилактического осмотра на прием приходят 9,8% посетителей. Наименьший удельный вес занимают пациенты, обратившиеся для получения различного рода справок и выписки рецептов для медикаментов (табл. 3.6). Необходимо отметить низкий удельный вес посещений по поводу диспансерного осмотра (5,8%). В некоторых регионах удельный вес диспансерных посещений не более 1,7%. В двух крупных городах республики удельный вес диспансерных посещений выше. В г. Бишкек данный коэффициент отнесен на уровне 14,8%, в г. Ош - 12,1%. Больше всего времени у ГСВ расходуется на профилактические мероприятия – 8-9% (терапевты - 5-6%, педиатры - 9-11%), санитарно-противоэпидемические работы 0-1%, на диспансерную и реабилитационную работу с больными хроническими заболеваниями (вторичная профилактика) - 5,9% и диспансеризацию приписанного населения (первичная профилактика) – 3,0%.

Таблица 4.6 - Причина посещения ГСВ

№ пп	Область	Всего	В том числе по причинам		
			болез- ни	медосмотры, справки, рецепты	диспансери- зация
1.	КР	2512,6	83,8	9,8	5,8
2.	Баткенская	2628,6	85,7	11,3	3,2
3.	Джалал-Абадская	2903,5	84,5	12,3	5,2
4.	Иссык-Кульская	3363,3	81,7	12,9	6,1
5.	Нарынская	3018,9	83,7	12,4	4,1
6.	Ошская	2704,5	82,8	11,2	5,8
7.	Таласская	1731,5	92,3	7,3	2,3
8.	Чуйская	2804,3	82,7	10,8	6,1
9.	г. Бишкек	2165,4	77,1	7,9	14,8
10.	г. Ош	2705,4	78,3	11	12,1

Как выявлено в ходе данного исследования, население достаточно хорошо знает (71,0%) свои права по получению медицинской помощи, оказываемой врачами ГСВ. Хотя больные не всегда стремятся ими пользоваться. В большинстве случаев (62,0%) пациенты предпочитают обращаться к врачу специалисту, минуя своего семейного врача.

Нами проведен анализ распространенности заболеваний населения Ошской области по основным классам с 2013 по 2017 годы по данным Центра электронного здравоохранения МЗ КР (табл. 4.7). В 2013 году ведущее место занимали болезни органов дыхания (5462,4 на 100 тыс. населения), второе место – болезни мочеполовой системы (5086,1 на 100 тыс. населения) и третье место – болезни органов кровообращения (4970,9 на 100 тыс. населения). В 2014 году также ведущее место занимали болезни органов дыхания (5221,6 на 100 тыс. населения), далее болезни органов кровообращения (5131,0 на 100 тыс. населения) и болезни мочеполовой системы (4876,5 на 100 тыс. населения). Первое место в 2015 году занимали болезни органов кровообращения (5788,5 на 100 тыс. населения), второе болезни органов дыхания (5703,8 на 100 тыс.

населения) и третье – болезни мочеполовой системы (4909,4 на 100 тыс. населения).

Таблица 4.7 – Распространенность заболеваний населения Ошской области по основным классам с 2013 по 2017 годы

№ пп	Классы болезней	Показатель на 100 000 населения				
		2013	2014	2015	2016	2017
1.	ВСЕГО	43858,4	39536,5	42145,7	36939,8	35934,5
2.	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	1049,9	995,4	1019,1	878,9	1170,0
3.	Новообразования	700,7	583,7	583,0	488,4	287,9
4.	Болезни крови	3639,9	3784,8	3750,3	3002,9	2305,5
5.	Болезни эндокринной системы	2455,8	2036,1	2556,8	1584,5	1905,2
6.	Психические расстройства	1431,5	1338,5	981,0	760,2	668,0
7.	Болезни нервной системы	4761,0	3347,9	3433,0	1830,7	2050,3
8.	Болезни глаза и его придатков	2447,09	2396,2	2786,7	2254,0	2177,6
9.	Болезни уха и сосцевидного отростка	2725,3	1479,7	2045,7	1030,2	648,7
10.	Болезни органов кровообращения	4970,9	5131,0	5788,5	5898,7	5985,7
11.	Болезни органов дыхания	5462,4	5221,6	5703,8	5055,1	4275,8
12.	Болезни органов пищеварения	2846,5	3109,8	2917,1	2747,1	2676,1
13.	Болезни кожи и подкожной клетчатки	2372,6	2029,2	2251,2	1155,3	1248,8
14.	Болезни костно-мышечной системы	1060,7	1115,8	1375,2	1834,9	1941,8
15.	Болезни мочеполовой системы	5086,1	4876,5	4909,4	4694,8	4976,0
16.	Беременность, роды и послеродовой период	3176,4	2560,8	2414,8	5099,8	5505,1
17.	Врожденные аномалии	101,2	79,5	68,5	63,9	64,8
18.	Симптомы, признаки и неточно обозначенные	28,5	17,1	40,7	149,7	86,8
19.	Травмы и отравления	830,1	714,4	799,6	865,4	736,9

В 2016 году ведущее место приходилось на болезни органов кровообращения (5898,7 на 100 тыс. населения), далее на беременности, роды и послеродовой период (5099,8 на 100 тыс. населения) и болезни органов дыхания (5055,1 на 100 тыс. населения). Ведущее место по распространенности

заболеваний в 2017 году занимали болезни органов кровообращения (5985,7 на 100 тыс. населения), второе - беременности, роды и послеродовой периоды (5505,1 на 100 тыс. населения), третье - болезни мочеполовой системы (4976,0 на 100 тыс. населения).

Таким образом, по Ошской области наиболее распространены болезни органов дыхания, органов кровообращения, мочеполовой системы и класс болезней беременность, роды и послеродовой период. Необходимо отметить резкое снижение психических расстройств, болезней глаза и его придатков, болезней уха и сосцевидного отростка.

В Ошской области отмечено снижение показателя первичной заболеваемости в 2017 году по сравнению с 2013 годом в 1,7 раз (табл. 4.8). В 2013 году первое место занимали болезни органов дыхания (3808,9 на 100 тыс. населения), второе – болезни мочеполовой системы (2644,2 на 100 тыс. населения) и третье – болезни нервной системы (2643,3 на 100 тыс. населения). Ведущее место в 2014 году приходилось на болезни органов дыхания (3659,4 на 100 тыс. населения), далее на болезни мочеполовой системы (2475,9 на 100 тыс. населения) и на болезни крови (2132,9 на 100 тыс. населения). В 2015 году также на первом месте находились болезни органов дыхания (3885,0 на 100 тыс. населения), на втором – болезни мочеполовой системы (2550,7 на 100 тыс. населения) и на третьем – болезни нервной системы (2198,8 на 100 тыс. населения). Первое месте в 2016 году занимали болезни органов дыхания (2361,2 на 100 тыс. населения), второе – мочеполовой системы (1981,9 на 100 тыс. населения) и третье – беременность, роды и послеродовый период (1474,3 на 100 тыс. населения). В 2017 году класс болезней - беременность, роды и послеродовый период заняли первое место (2170,1 на 100 тыс. населения), второе - болезни органов дыхания (1869,7 на 100 тыс. населения) и третье - болезни мочеполовой системы (1702,1 на 100 тыс. населения).

Таблица 4.8 – Первая заболеваемость населения Ошской области по основным классам за период с 2013 по 2017 годы

№	Наименование болезни	Показатель на 100 000 населения
---	----------------------	---------------------------------

пп		2013	2014	2015	2016	2017
1.	Всего	21463,3	19404,8	20947,0	15017,8	12414,4
2.	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	663,5	632,6	668,5	395,5	437,2
3.	Новообразования	232,6	152,4	135,1	88,0	74,8
4.	Болезни крови	2065,6	2132,9	1619,9	1212,1	649,3
5.	Болезни эндокринной системы	747,1	782,1	798,4	564,1	414,8
6.	Психические расстройства	320,2	220,9	155,2	152,4	70,0
7.	Болезни нервной системы	2643,3	1925,5	2198,8	836,1	747,2
8.	Болезни глаза и его придатков	1363,1	1196,9	1754,8	1061,1	1008,4
9.	Болезни уха и сосцевидного отростка	934,1	599,2	953,0	633,6	339,7
10.	Болезни органов кровообращения	1064,5	1127,9	1579,9	1999,6	1611,8
11.	Болезни органов дыхания	3808,9	3659,4	3885,0	2361,2	1869,7
12.	Болезни органов пищеварения	1263,1	1308,8	1321,7	1081,4	785,6
13.	Болезни кожи и подкожной клетчатки	1431,0	1355,3	1283,8	578,3	548,9
14.	Болезни костно-мышечной системы	530,4	598,7	799,9	810,3	701,8
15.	Болезни мочеполовой системы	2644,2	2475,9	2550,7	1981,9	1702,1
16.	Беременность, роды, и послеродовой период	1990,2	1089,7	1075,7	1474,3	2170,1
17.	Врожденные аномалии	21,2	12,2	13,7	22,2	17,7
18.	Симптомы, признаки и неточно обозначенные	16,1	13,8	16,0	56,5	33,4
19.	Травмы и отравления	719,9	665,7	675,4	447,7	320,3

Рост беременности и родов связан и естественным приростом жителей республики. Болезни системы кровообращения дали рост почти в два раза, такая картина наблюдается и в других регионах республики.

В ходе исследования получены данные всестороннего изучения медико-демографических показателей населения на основе анализа динамики состояния мониторируемых заболеваний. Полученные результаты по динамике показателей заболеваемости населения за многолетний период, прежде всего нужны для определения тенденций в состоянии здоровья населения, оценки эффективности лечебных, диагностических, профилактических и социальных

мероприятий, для определения и планирования наиболее эффективных способов оказания специализированной медицинской помощи населению.

Комплексный анализ показателей по заболеваемости и смертности по мониторируемым заболеваниям является важным и необходимым этапом нашей работы. Этих показателей мы считали в качестве индикатора качества и эффективности деятельности медицинских работников в ходе оказания медицинских услуг больным. Еще одним наиболее важным моментом нашего исследования является определение взаимосвязи показателей заболеваемости и смертности в контексте с направлением развития семейной медицины в республике.

Базовый показатель общей заболеваемости в республике составляет 45823,5 на 100 000 населения, ИП – 0,63. Данный показатель по территориальным регионам организаций здравоохранения значительно различается (табл. 4.9). Самые высокие показатели общей заболеваемости наблюдаются у жителей Баткенской области (усредненный ИП-0,86) и г. Бишкек – ИП 0,96. Риск общей заболеваемости в Баткенской области превышает средний показатель по республике в 1,3 раза, в г. Бишкек - 1,5 раза. В Таласской области наблюдается низкий уровень общей заболеваемости (ИП - 0,39) и высокий темп снижения заболеваемости–21,3%. В то же время в стране базовые показатели общей заболеваемости уменьшились всего на 1,5%. Если в стране снижение общей заболеваемости происходит на фоне повышения обращаемости, то в Талассской области на фоне резкого снижения обращаемости - на 15,9% за последние три года. Нужно отметить, что в Талассской области самое низкое количество посещений семейных врачей на дом, то реальное уменьшение общей заболеваемости в Талассской области сомнительно. Жители в редких случаях приходят на прием. Нагрузка на одного специалиста составляет 1686 посещений, тогда как в целом по стране – 2477,0.

Таблица 4.9 - Заболеваемость по данным ПМСП в интегральных показателях

№	Годы наблюдения	Усред-	ОР
---	-----------------	--------	----

пп	Область	2015	2016	2017	ненный ИП	
1.	КР	0,64	0,62	0,63	0,63	1,0
2.	Баткенская	0,86	0,89	0,82	0,86	1,3
3.	Джалал- Абадская	0,54	0,50	0,57	0,53	0,8
4.	Иссык-Кульская	0,53	0,50	0,48	0,49	0,8
5.	Нарынская	0,54	0,56	0,59	0,55	0,9
6.	Ошская	0,52	0,51	0,48	0,50	0,8
7.	Таласская	0,46	0,35	0,36	0,39	0,6
8.	Чуйская	0,64	0,65	0,65	0,65	1,0
9.	г. Бишкек	0,94	0,95	0,99	0,96	1,5
10.	г. Ош	0,67	0,01	0,68	0,45	0,7

Примечание – ОР - относительный риск.

4.2. Частота и качество многопрофильных медицинских услуг, оказываемых ГСВ

Недостаточное финансирование сектора здравоохранения на нынешнем этапе развития медицины нашей республики дает толчок для поиска эффективных форм организации деятельности. Реформы амбулаторного звена здравоохранения и внедрение института семейной медицины требует оптимальных решений в организации оказания медицинской помощи людям. Перепрофилирование или изменение структуры лечебных организаций, реструктуризация коек требуют взвешенных решений.

Нами проведен анализ оказываемой медицинской помощи, обратившихся пациентов по профилю болезни семейными врачами (табл. 4.10). Семейные врачи в основном оказывают медицинскую помощь больным с внутренними

(41,1%, 45,1%, 32,3% и 36,8%, соответственно) и детскими (35,4%, 36,0%, 24,8% и 22,9%, соответственно) болезнями.

Таблица 4.10 – Оказание медицинской помощи семейными врачами (%)

№ пп	Группа болезней	Семейные врачи			
		самостоятель- ные ГСВ	ГСВ	ЦСМ	ЦОВП
1.	Внутренние болезни	41,1	45,1	32,3	36,8
2.	Эндокринные болезни	2,2	1,1	5,2	5,9
3.	Психические и нервные болезни	9,1	6,4	7,3	8,3
4.	Болезни уха, горла и носа	2,7	3,1	6,2	3,6
5.	Болезни глаз	2,9	2,3	6,8	5,1
6.	Хирургические болезни	4,2	2,8	9,1	8,2
7.	Акушерство-гинекология	1,2	2,2	6,2	6,7
8.	Детские болезни	35,4	36,0	24,8	22,9
9.	Прочие болезни	1,2	1,0	2,1	2,5
10.	Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

Данная ситуация больше всех наблюдается в ГСВ, имеющих статус самостоятельных юридических лиц - 76,5%. Другие виды специализированных медицинских услуг оказываются в основном в ЦСМ и ЦОВП.

Уровень оказания специализированной медицинской помощи в ГСВ, имеющих статус самостоятельных юридических лиц, указан в табл. 4.11. В данных ГСВ наибольший удельный вес вылеченных больных приходится на детские (78,9%), на внутренние болезни (53,9%) и болезни уха, горла и носа (35,2%). Направлено к узким специалистам больше всего пациентов с эндокринными болезнями, акушерству и гинекологии (по 87,5%, соответственно), психическими и нервными болезнями (73,3%), болезнями уха, горла и носа (62,6%) и глаз (64,2%). Наибольший удельный вес госпитализированных приходился на пациентов с хирургическими (46,5%), внутренними (35,7%) и детскими (14,5) болезнями.

С 2013 по 2017 годы уровень и структура оказания специализированной медицинской помощи в ГСВ, имеющих статус самостоятельных юридических

лиц, без изменений. Наоборот имеется тенденция сокращения их количества и уменьшение объемов оказываемых ими помощи.

Таблица 4.11 – Структура оказания многопрофильных медицинских услуг ГСВ, имеющих статус самостоятельных юридических лиц (%)

№ пп	Класс болезни	Вылечено	Направлено к узкому специалисту	Госпита- лизировано
1.	Внутренние болезни	53,9	10,4	35,7
2.	Эндокринные болезни	9,4	87,5	3,1
3.	Психические и нервные болезни	25,1	73,3	1,6
4.	Болезни уха, горла и носа	35,2	62,6	2,2
5.	Болезни глаз	29,9	64,2	6,0
6.	Хирургические болезни	14,6	39,0	46,3
7.	Акушерство-гинекология	3,1	87,5	9,4
8.	Детские болезни	78,9	6,5	14,5
9.	Прочие болезни	86,2	13,8	0,0

Семейные врачи сельских групп семейных врачей специализированную медицинскую помощь оказывают на уровне семейных врачей ГСВ, имеющих статус самостоятельных юридических лиц (табл. 4.12). Незначительное увеличение числа госпитализаций (25,9% против 23,2%) и уменьшение специализированной помощи (55,0% против 57,6%) по данным статистического исследования являются случайными.

В ЦСМ 31,1% больных при первичном обращении обслуживаются семейными врачами. В первую очередь получают терапевтическую (72,8%) и психо-неврологическую помощь (9,2%). Остальные многопрофильные виды медицинских услуг составляют 18,0%. Необходимо отметить, что 45,8% больных семейные врачи отправляют к узким специалистам. Наибольшее количество пациентов идет к окулистам (94,1%), акушерам-гинекологам (80,0%) и эндокринологам (91,3%). Такие высокие данные посещений за консультацией к узким специалистам связаны некачественной подготовкой

семейных врачей по оказанию многопрофильной медицинской услуги. Еще одним моментом можно считать отсутствие необходимых условий.

Таблица 4.12 - Многопрофильные медицинские услуги, оказываемые семейными врачами сельских ГСВ

№ пп	Принадлежность пациентов к классу болезней	Вылечено	Направлено к узкому специалисту	Госпита- лизировано
1.	Внутренние болезни	51,6	9,2	39,2
2.	Эндокринные болезни	10,3	8,8	80,9
3.	Психические и нервные болезни	26,1	72,4	1,4
4.	Болезни уха, горла и носа	34,5	56,0	9,5
5.	Болезни глаз	32,1	62,2	5,6
6.	Хирургические болезни	16,0	35,9	48,1
7.	Акушерство-гинекология	5,4	86,5	8,1
8.	Детские болезни	77,8	7,2	15
9.	Прочие болезни	84,2	13,2	2,6
10.	Итого	55,0	19,1	25,9

Проведенное исследование доказало, что в большинстве случаев больные (82,9%) специализированную помощь в ЦСМ получает по самообращению. Хотя на деле такая помощь должна оказываться по направлению семейного врача. Такие показатели по разным специальностям отличаются от 66,6 до 98,0% (табл. 4.13).

Узкие специалисты ЦСМ также пользуются советами специалистов областного и республиканского уровней для уточнения диагноза заболеваний и коррекции способов и методов лечения. Наиболее число пациентов направляются к психиатрам и невропатологам (15,3%), эндокринологам (14,0%) и офтальмологам (12,4%). Похожее положение отмечено и в ЦОВП. Однако необходимо отметить, что удельный вес пациентов, направленных на консультацию и лечение в вышестоящие лечебные организации у них намного больше.

Таблица 4.13 - Структура оказания специализированной помощи в ЦСМ и ЦОВП (%)

№ пп	Группа болезней	Тип учреждения ПМСП				
		ЦСМ			ЦОВП	
		всего обрати- лось к специа- листам	из них по самооб- ращению	из общего числа нап- равлено на консульта- цию в обл. и респ. центры	всего обрати- лось к специа- листам	из них направлено на консуль- тацию в обл. и республ. центры
1.	Внутренние болезни	21,7	53,9	13,1	36,8	17,8
2.	Эндокринные болезни	6,1	74,4	14,0	5,9	21,1
3.	Психические и нервные болезни	8,0	66,5	15,3	8,3	16,2
4.	Болезни уха, горла и носа	7,0	93,6	9,6	3,6	13,6
5.	Болезни глаз	8,1	92,7	12,4	5,1	15,6
6.	Хирургически е болезни	10,8	97,9	5,8	8,2	8,7
7.	Акушерство- гинекология	7,4	98,0	11,6	6,7	18,2
8.	Детские болезни	28,6	97,5	6,0	22,9	13,5
9.	Прочие болезни	2,2	66,7	8,3	2,5	8,9
10.	Итого	100,0	82,9	100,0	100,0	15,7

Уровень заболеваемости гипертонической болезнью (ГБ) по регионам республики имеет почти 5-кратную разницу. По распространенности на 100 тыс. населения г. Бишкек занимает лидирующее место. По данной нозологической форме Ошская область находится на последнем месте - 721 больной на 100 тыс. населения.

Больше всех ГСВ посещают население Чуйской (267 посещений на 100 больных), Иссык-Кульской области (262) и г. Бишкек - 224. В г. Бишкек при высокой частоте посещений наблюдается низкий уровень экстренных

состояний (8 на 100 больных), а в Иссык-Кульской области при низком уровне обращений отмечен самый высокий уровень посещений по поводу неотложных состояний – 40 на 100 больных. Такая картина указывает на некачественное оказание помощи при предшествующих обращениях. Качество медицинской помощи оказываемых в Баткенской, Нарынской и Таласской областях оставляет желать лучшего. В Иссык-Кульской, Ошской и Таласской областях отмечен наиболее высокий уровень направлений в стационары по поводу гипертонической болезни. Население Ошской, Таласской и Чуйской областей больше пользовались услугами скорой помощи, чем население других областей. Меньше всех рецептов по линии ПГГ выписали врача и Баткенской и Нарынской областей (86-88 на 100 больных).

4.3. Анализ обращений, структуры хирургических вмешательств, произведенных пациентам в ООЦМ и его филиалах и удовлетворенность пациентов

В структуре заболеваний (табл. 4.15), с которыми обращались в ООЦМ в 2013 году, ведущее место занимали ортопедические заболевания (19,8%), нагноительные заболевания кожи и подкожной клетчатки, в виде фурункулов, абсцессов, флегмон, панарициев и различных инфицированных ран (17,8%), ушибы (16,2%) и раны (11,5%). В 2014 году первое место занимали также ортопедические заболевания (19,8%), второе - ушибы (15,2%), третье - нагноительные заболевания кожи, подкожной клетчатки (15,0%). В филиал №1 в исследуемые годы больше обращались с нагноительными заболеваниями кожи и подкожной клетчатки (36,8% и 23,7%, соответственно), ушибами (12,0% и 14,7%, соответственно) и ортопедическими заболеваниями (7,8% и 9,8%, соответственно).

Таблица 4.15 - Структура обращений Ошский областной ЦСМ и его филиалы по основным нозологическим формам

№ пп	Нозологические формы	ООЦСМ				Филиал №1				Филиал №2				Филиал №3				Филиал №4			
		2013		2014		2013		2014		2013		2014		2013		2014		2013		2014	
		абс. чис- ло	уд. вес (%)																		
1.	Остеомиелит	7	0,5	7	0,5	6	0,6	6	0,6	6	0,7	19	2,2	9	1,2	14	2,8	9	1,7	8	2,0
2.	Грыжи	65	5,1	68	5,7	35	3,0	37	4,0	36	4,2	19	2,2	51	6,9	36	7,2	12	2,2	14	3,3
3.	Аппендицит	23	1,8	17	1,4	18	1,6	25	2,7	24	2,8	26	3,0	34	4,6	34	6,8	18	3,3	12	2,9
4.	Холецистоэктомия	26	2,1	24	2,0	34	3,0	27	2,9	6	0,7	5	0,6	54	7,3	33	6,7	12	2,2	10	2,4
5.	Заболевания сосудов	36	2,8	42	3,5	92	8,1	55	5,9	32	3,7	33	3,7	82	11,0	57	11,5	35	6,5	58	14,0
6.	Раны	148	11,5	149	12,5	107	9,4	108	11,6	97	11,2	76	8,7	54	7,3	38	7,6	59	10,9	64	15,3
7.	Спаечная болезнь	7	0,5	7	0,5	30	2,6	31	3,4	5	0,6	6	0,7	-	-	-	-	10	1,8	12	2,9
8.	Мастит	8	0,6	8	0,7	9	0,8	11	1,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9.	Эхинококкоз	7	0,5	4	0,3	3	0,3	4	0,4	8	0,9	8	0,9	10	1,3	10	2,1	10	1,9	8	2,0
10.	Переломы	57	4,4	49	4,1	8	0,7	9	1,0	21	2,4	36	4,1	17	2,3	27	5,4	11	2,0	12	2,9
11.	Урологич.заб-я	80	6,2	71	5,9	10	0,9	27	2,9	45	5,2	57	6,5	49	6,6	12	2,4	48	8,8	20	4,8
12.	Ортопедические заболевания	255	19,8	235	19,8	88	7,8	91	9,8	168	19,5	195	22,2	87	11,7	102	20,5	78	14,4	45	10,7
13.	Добропр. опухоли	67	5,2	59	4,9	70	6,2	73	7,8	15	1,7	35	4,0	26	3,5	15	3,1	24	4,4	20	4,8
14.	Ушибы	208	16,2	181	15,2	136	12,0	137	14,7	218	25,2	157	18,0	110	14,8	48	9,7	81	15,0	30	7,2
15.	Ожоги	24	1,9	28	2,3	28	2,5	29	3,1	9	1,0	9	1,0	38	5,1	10	2,0	34	6,3	18	4,3
16.	Проктологич. заб-я	40	3,1	58	4,8	42	3,7	43	4,6	2	0,2	2	0,2	25	3,4	31	6,2	4	0,8	6	1,4
17.	Нагноительные заболевания кожи и подкожной клетчатки	230	17,8	178	15,0	416	36,8	218	23,4	172	19,9	192	22,0	96	13,0	30	6,0	96	17,8	80	19,1
	Всего	1288	100,0	1185	100,0	1132	100,0	931	100,0	864	100,0	875	100,0	742	100,0	497	100,0	541	100,0	417	100,0

В 2013 году в филиале №2 в структуре обратившихся пациентов преобладали пациенты с ушибами (25,2%), нагноительными заболеваниями кожи и подкожной клетчатки (19,9%) и ортопедическими заболеваниями (19,5%). В 2014 ведущее место занимали пациенты, обратившиеся с ортопедическими заболеваниями (22,2%), нагноительными заболеваниями кожи и подкожной клетчатки (22,0%) и ушибами (18,0%). В филиал № 3 с структуре обратившихся первое место занимали пациенты с ушибами (14,8%), второе - нагноительными заболеваниями кожи и подкожной клетчатки (13,0%) и ортопедическими заболеваниями (11,7%). Необходимо отметить, что в 2014 году в данный филиал стали больше обращаться пациенты с ортопедическими заболеваниями (20,5%), с заболеваниями сосудов (11,5%) и ушибами (9,7%). Среди обратившихся в филиал №4 в 2013 году высокий удельный вес занимали пациенты с нагноительными заболеваниями кожи и подкожной клетчатки (17,8%), ушибами (15,0%) и ортопедическими заболеваниями (14,4%). В 2014 на первом месте были пациенты с нагноительными заболеваниями кожи и подкожной клетчатки (19,1%), ранами (15,3%) и заболеваниями сосудов (14,0%).

Таким образом, в исследуемые годы среди обратившихся в основном преобладали пациенты с ортопедическими заболеваниями, нагноительными заболеваниями кожи, подкожной клетчатки и ушибами. Следует отметить, что в 2014 году пациенты с заболеваниями сосудов занимали среди обратившихся в филиал № 3 и №4 ведущее место.

В связи с этим актуальной в работе амбулаторного хирурга остается проведение санитарно-просветительской пропаганды соблюдения личной гигиены, ведения здорового образа жизни и соблюдение правил безопасности на улице, на работе и в учебных заведениях совместно со всеми заинтересованными сторонами среди населения и больными в период до и после лечения. Одновременно такие социально значимые и искалечивающие (часто приводящие к инвалидности) население патологии, как эхинококкоз,

остеомиелиты и сосудистые патологии не должны оставаться вне поля зрения врача хирурга. Как видно из представленных данных врач-хирург в ЦСМ принимает огромное число не только хирургических больных, но и травматологических, ортопедических, урологических, онкологических, проктологических, гинекологических и других больных, что требует знаний по вышеуказанным разделам медицины.

В ЦСМ проводятся вскрытие фурункулов, мастита, панариция, абцесса, гидроаденита, парапроктита, флегмоны, гематомы, удаление липом, атером, ногтевой пластинки, инородного тела, иссечение мозоли, первичная хирургическая обработка раны, циркумцизия, перевязки, гипсовые повязки и прочие.

Нами проведен анализ структуры хирургических вмешательств, произведенных пациентам в ООЦСМ и его филиалы в 2013 и 2014 годы (табл. 4.16). Основные малые операции проводятся под местным обезболиванием с использованием современных анестетиков и шовных материалов. В ООЦСМ в исследуемые годы преобладали перевязки (47,1% и 61,3%, соответственно), первичная хирургическая обработка (ПХО) раны (20,6% и 7,1%, соответственно) и удаление ногтевой пластинки (9,0% и 7,0%, соответственно). В филиале №1 на первом месте перевязки (57,8% и 56,5%, соответственно), на втором – ПХО раны (9,7% и 9,5%, соответственно) и на третьем – вскрытие фурункула (по 5,1%, соответственно). Ведущее место также занимали в филиале №2 проведенные перевязки (61,3% и 80,7%, соответственно), ПХО раны (11,7% и 4,6%, соответственно), далее вскрытие панарициев в 2013 году (3,2%), а в 2014 году – вскрытие фурункулов (2,6%). В структуре проведенных хирургических вмешательств в филиале №3 на первом месте также находились перевязки (68,3% и 89,0%, соответственно), на втором - в 2013 году ПХО раны (7,5%), в 2014 году - вскрытие панариция (2,6%), на третьем – в 2013 году вскрытие фурункула (7,2), в 2014 - ПХО раны (2,1%).

Таблица 4.16 – Структура хирургических вмешательств, произведенных обратившимся пациентам в ООЦСМ и его филиалы

№ пп	Наименование операции	ООЦСМ				Ф№1				Ф№2				Ф№3				Ф№4			
		2013		2014		2013		2014		2013		2014		2013		2014		2013		2014	
		абс. чис- ло	уд. вес (%)																		
1.	Вскрытие фурункула	11	2,3	43	6,2	33	5,1	36	5,1	13	2,6	29	2,6	38	7,2	12	1,0	34	7,8	44	8,9
2.	- мастита	3	0,6	1	0,1	9	1,3	11	1,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3.	- панариций	13	2,7	33	4,8	22	3,4	23	3,5	16	3,2	25	2,2	36	6,7	29	2,6	22	5,1	18	3,6
4.	- абсцесса	4	0,8	7	1,0	19	2,9	21	3,0	2	0,4	6	0,6	4	0,8	1	0,1	24	5,5	37	7,5
5.	- гидроаденита	1	0,2	3	0,4	13	2,0	15	2,1	4	0,8	2	0,2	-	-	1	0,1	-	-	2	0,4
6.	- парапроктита	4	0,8	3	0,4	8	1,2	9	1,3	1	0,2	2	0,2	3	0,6	4	0,4	1	0,3	2	0,4
7.	- флегмоны	2	0,4	5	0,7	10	1,5	12	1,7	2	0,4	17	1,5	3	0,6	2	0,2	2	0,5	14	2,8
8.	- гематомы	2	0,4	3	0,4	4	0,6	6	0,8	2	0,4	3	0,3	-	-	2	0,2	-	-	-	-
9.	Удаление липомы	2	0,4	3	0,4	2	0,3	1	0,1	3	0,6	3	0,3	11	2,1	6	0,6	24	5,5	21	4,2
10.	- атеромы	12	2,5	7	1,1	12	1,8	13	1,8	9	1,7	12	1,1	2	0,3	3	0,3	3	0,7	4	0,8
11.	- ногтевой пластинки	43	9,0	48	7,0	20	3,1	23	3,5	3	0,6	5	0,5	4	0,8	3	0,3	11	2,5	23	4,6
12.	- инородного тела	6	1,2	9	1,3	10	1,5	12	1,7	7	1,7	8	0,8	5	0,9	4	0,4	6	1,4	4	0,8
13.	Иссечение мозоли	5	1,1	7	1,1	8	1,2	9	1,3	4	0,8	3	0,3	5	0,9	6	0,6	3	0,7	2	0,4
14.	ПХО раны	99	20,6	49	7,1	63	9,7	67	9,5	59	11,7	52	4,6	40	7,5	24	2,1	15	3,5	22	4,4
15.	Циркумцизия	9	1,9	13	1,9	6	0,9	5	0,7	8	1,5	4	0,4	9	1,7	11	0,9	5	1,1	6	1,3
16.	Прочие операции	28	5,9	19	2,7	8	1,2	12	1,7	41	8,1	28	2,5	2	0,3	11	0,9	32	7,3	19	3,8
17.	Перевязки	226	47,1	423	61,3	372	57,8	398	56,5	310	61,3	913	80,7	365	68,3	993	89,0	253	58,1	278	56,1
18.	Гипсовые повязки	10	2,1	14	2,1	24	3,7	31	4,4	22	4,3	19	1,6	7	1,3	3	0,3	-	-	-	-
Всего		480	100,0	690	100,0	643	100,0	704	100,0	506	100,0	1131	100,0	534	100,0	1115	100,0	435	100,0	496	100,0

В филиале №4 на первом месте перевязки (58,1% и 56,1%, соответственно), на втором – вскрытие фурункулов (7,8% и 8,9%, соответственно), на третьем – вскрытие абцессов и удаление липом (по 5,5%, соответственно) в 2013 году - вскрытие абцессов (7,5%) в 2014 году.

Таким образом, в ООЦСМ и его филиалах проводятся в основном перевязки, первичная хирургическая обработка раны, удаление ногтевой пластиинки, вскрытие фурункула, панариция, абцесса, удаление липом. На долю остальных хирургических вмешательств приходился незначительных удельный вес.

В целях оптимизации хирургической помощи необходимо расширить объем хирургических вмешательств в амбулаторных условиях. При организации дневных хирургических стационаров возможно при минимальных затратах проводить грыжесечение при малых грыжах, орхидопексию при паховой ретенции, устранение водяночек яичек и прочих операций, которые проводятся в стационарных условиях. Хорошее обезболивание, соответствующие хирургические инструменты, применение антибиотиков широкого спектра действия, антисептических средств, качественных шовных материалов, проведение профилактических бесед, все это в совокупности будет способствовать быстрому выздоровлению.

Среди диспансерных групп больных проводятся большая работа. Все больные наблюдаются, обследуются и оздоравливаются индивидуально в положенные им сроки. Для обследования и лечения применяются современные методы диагностики и лечения, эффективные препараты. При необходимости направляются на стационарное лечение, консультируются ведущими специалистами гг. Ош и Бишкек. Диспансерные больные 1-2 раза в год получают противорецидивное лечение.

Нами проанализированы диспансерные группы (табл. 4.17) за 2013 и 2014 годы. Так, в 2013 году в ООЦСМ наибольший удельный вес диспансерных больных составили больные с заболеваниями сосудов (30,1%), проктологическими заболеваниями (19,9%) и грыжами (17,3%).

Таблица 4.17 – Структура больных, находящихся на диспансерном наблюдении в ООЦСМ и его филиалах

№ пп	Заболевания	ООЦСМ				Ф№1				Ф№2				Ф№3				Ф№4			
		2013		2014		2013		2014		2013		2014		2013		2014		2013		2014	
		абс. чис- ло	уд. вес (%)																		
1.	Остеомиелит	8	4,1	12	7,0	6	8,1	6	6,7	7	10,0	5	7,6	11	14,9	10	12,3	13	16,7	12	11,8
2.	Заболевания сосудов	59	30,1	35	20,5	40	54,1	49	55,0	35	50,0	29	44,0	39	52,7	42	51,9	29	37,2	51	50,0
3.	Спаечная болезнь	14	7,2	14	8,2	4	5,4	5	5,6	5	7,1	6	9,1	-	-	-	-	10	12,8	12	11,8
4.	Грыжи	34	17,3	39	22,8	2	2,7	6	6,7	13	18,6	12	18,2	-	-	-	-	-	-	-	-
5.	Эхинококкоз	6	3,1	4	2,3	5	6,7	4	4,5	6	8,6	8	12,1	7	9,5	10	12,3	10	12,8	8	11,8
6.	Узловой зоб	3	1,5	-	-	3	4,0	4	4,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7.	Проктологические заболевания	39	19,9	31	18,1	4	5,4	5	5,6	1	1,4	2	3,0	-	-	-	-	4	5,1	6	5,9
8	Холецистоэктомия	33	16,8	36	21,0	6	8,1	7	7,9	2	2,9	3	4,5	15	20,2	17	21,0	6	7,7	10	9,8
9	Резекции желудка	-	-	-	-	4	5,4	3	3,4	1	1,4	1	1,5	2	2,7	2	2,5	6	7,7	3	2,9
	Всего	196	100,0	171	100,0	74	100,0	89	100,0	70	100,0	66	100,0	74	100,0	81	100,0	78	100,0	102	100,0

В 2014 году - с заболеваниями сосудов (20,5%), грыжами (22,8%) и больные после холецистэктомии (21,0%). В филиале №1 также на первом месте были больные с заболеваниями сосудов (54,1% и 55,0%, соответственно), на втором – в 2013 году диспансерные группа больных с остеомиелитом и после операции холецистэктомии (по 8,1%, соответственно), в 2014 – больные после холецистэктомии (7,9%). На третьем месте – в 2013 году больные с эхинококкозом (6,7%), в 2014 году – с грыжами (6,7%). На диспансерном наблюдении в филиале №2 в исследуемые годы наибольший удельный вес составили больные с заболеваниями сосудов (50,0% и 44,0%, соответственно), грыжами (18,6% и 18,2%, соответственно), остеомиелитом (10,0%) в 2013 и эхинококкозом (12,1%) в 2014 годах. В филиале №3 также ведущее место в данные годы занимали в диспансерных группах больные с заболеваниями сосудов (52,7% и 51,9%, соответственно), далее больные после холецистэктомии (20,2%) и эхинококкозом (9,5%) в 2013 и больные с остеомиелитом, эхинококкозом (по 12,3%, соответственно), после холецистэктомии (21,0%) в 2014 годах. Заболевания сосудов также занимали наибольший удельный вес (37,2% и 50,0%, соответственно) в филиале №4. В 2013 году на втором месте были больные с остеомиелитом (16,7%), на третьем – больные с спаечной болезнью и эхинококкозом (по 12,8%, соответственно). В 2014 году второе место занимали больные с остеомиелитом, спаечной болезнью, эхинококкозом (по 11,8%, соответственно), третье – после холецистэктомии (9,8%).

Таким образом, на диспансерном наблюдении в ООЦСМ и его филиалах находятся в основном больные с заболеваниями сосудов, проктологическими заболеваниями, грыжами, остеомиелитом, эхинококкозом, спаечной болезнью и больные после холецистэктомии.

При изучении работы хирургических кабинетов Центра семейной медицины №2 г. Ош (табл. 4.18) установлено на учете 156 инвалидов из общего числа инвалидов (2422 чел.). Инвалиды по травматолого-ортопедическим заболеваниям в общем составили – 54,5% (85 больных), а дети - 37% (58

больных). Больные с сосудистыми заболеваниями составили 12,8% и остеомиелитом (12,2%). На остальные причины инвалидности приходился незначительный удельный вес.

Таблица 4.18 – Структура причин инвалидности по нозологическим формам

№ пп	Нозологические формы	Абс. число	Удельный вес (%)
1	Сосудистые заболевания	20	12,8
2	Травматологические заболевания	14	9,0
3	Ортопедические заболевания	71	45,5
4	Остеомиелиты	19	12,2
5	Проктологические болезни	1	0,6
6	Резекция желудка и кишечника	5	3,2
7	Незаращение неба	11	7,1
8	Болезнь Гиршпрунга	1	0,6
9	Эхинококкоз, альвеококкоз	4	2,6
10	Опухоли головного и спинного мозга	3	2,0
11	Спаечные болезни	5	3,2
12	Урологические болезни	1	0,6
13	Поликистоз легких	1	0,6
Всего		156	100,0

Эти данные лишнее доказательство того, что в настоящее время патология костно-суставной системы является одной из ведущих причин инвалидности. Требуется длительный и упорный труд, как со стороны медицинских работников, так и самих больных и их родственников. В плане лечения, оздоровления таких больных, важное значение имеет широкий комплекс реабилитационных мероприятий. От качества этих мероприятий зависит дальнейшая судьба больных, т.е. сроки выздоровления и восстановления трудоспособности, активности образа жизни и т. д.

Для изучения удовлетворенности населения качеством амбулаторной хирургической помощи проводился опрос среди 285 пациентов хирургических кабинетов центров семейной медицины (табл. 6). Опрос проводился анонимно и методом случайной выборки на основе добровольности.

Таблица 4.19 - Удовлетворенность населения качеством амбулаторной хирургической помощи на 100 опрошенных (n=285)

№ пп	Характеристика	Да		Нет		р
		абс. число	P±m	абс. число	P±m	
1.	Удовлетворены качеством оказанной помощи	247	86,6±1,0	38	13,3±1,0	<0,001
2.	Предпочтение стационара	24	8,4±0,6	261	91,6±0,6	<0,001
3.	Доступность приема врача ГСВ	213	74,7±1,6	72	25,2±1,6	<0,001
4.	Доступность приема узкого специалиста	175	61,4±2,0	110	38,6±2,0	<0,001
5.	Удовлетворенность квалификацией специалистов	208	73,0±1,7	77	27,0±1,7	<0,001
6.	Удовлетворенность отношением среднего медицинского персонала	236	82,8±1,2	49	17,2±1,2	<0,001
7.	Удовлетворенность своевременным назначением и проведением обследования и процедур	251	88,0±0,9	34	11,9±0,9	<0,001

Среди опрошенных 86,6±2,0 больных в целом выразили удовлетворенности качеством полученной помощи, но одновременно хотели бы более лучшего сервиса, как в частных клиниках, меньше очередей, $p<0,001$. Большинство опрошенных (91,6±1,6) предпочли бы пребывание в дневном стационаре, чем в стационаре (8,4±1,6), $p <0,001$. Прием врача ГСВ был доступность большей части пациентов (74,7±1,6), $p<0,001$. Доступность приема узкого специалиста

отметили $61,4 \pm 2,0$, чем остальная часть опрошенных пациентов ($38,6 \pm 2,0$), $p < 0,001$. Удовлетворены квалификацией специалистов $73,0 \pm 1,7$ пациентов, не удовлетворены $27,0 \pm 1,7$, $p < 0,001$. Выразили удовлетворенность отношением среднего медицинского персонала $82,8 \pm 1,2$ и не удовлетворенность $17,2 \pm 1,2$ опрошенных пациентов, $p < 0,001$. Считают своевременным назначение и проведение обследования и процедур большинство пациентов ($88,0 \pm 0,9$) и не своевременным $11,9 \pm 0,9$ пациентов, $p < 0,001$.

Таким образом, анализ работы хирургических кабинетов Центров семейной медицины, опрос посетителей и оценка их деятельности показывает огромную роль амбулаторной хирургической помощи в системе здравоохранения, особенно в условиях больших городов. Наличие этих служб в структуре ЦСМ, обеспечивает доступность и приближенность специализированной помощи в густонаселенных районах города.

ГЛАВА V

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИКО – САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В ЦСМ И АНАЛИЗ ЕЕ ДОСТУПНОСТИ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ

Эффективность отрасли является одной из ключевых задач программ преобразования сектора здравоохранения. Излишние стационарные мощности унаследованной системы все больше и больше требовали снижающихся государственных ресурсов. Фактически это означает, что 75% бюджетных средств идет на покрытие фиксированных затрат, таких как коммунальные услуги, и оплату сотрудников, и только 25% затрачивалось непосредственно на медицинские расходы на пациента, такие как медикаменты и предметы медицинского назначения и питание. В результате высокой стоимости медикаментов и предметов медицинского назначения, больным самим приходилось покрывать их стоимость.

И в результате неэффективность приводила к слабой финансовой защите. Еще один момент неэффективности был обусловлен с тем, что очень малая часть всего финансирования организаций здравоохранения приходилась на первичную медико–санитарную помощь в сравнении с частью финансирования стационаров. Советская медицина страдала от избыточной госпитализации, даже при таких заболеваниях, которые можно было лечить в амбулаторных условиях (напр., астма, язва желудка, анемия и т.д). Не беря во внимание то, какое влияние это оказывало на больных, следует отметить, что при такой системе нерационально использовались огромные средства. Реформы, проводимые согласно Национальной Программы «Манас» и «Манас таалими» ,

привели к улучшению эффективности по этим направлениям. Во-первых, больничные мощности уменьшились на 50%, что сэкономило средств за счет сокращения коммунальных услуг и заработной платы сотрудникам, и возросла часть ресурсов, направляемых на прямые медицинские расходы, то есть расходы на питание и медикаменты. Во-вторых, увеличилась часть финансирования, направляемая на первичный уровень. Несмотря на это мониторинг этих индикаторов оставалось актуальным как в ходе реализации программы «Манас Таалими», так и в данное время, когда реализуется программа «Ден-соолук».

5.1. Доступность первичной медико-санитарной помощи

Во многих селах и отдаленных районах нашей страны низкая плотность жителей. Среднее расстояние между сельскими населенными пунктами (коэффициент близости) составляет примерно 7,8 км. В стране имеется 815 населенных пунктов с жителями от 25 до 1000 человек (табл. 5.1).

Таблица 5.1 - Группировка сельских населенных пунктов Кыргызстана по типам и численности постоянного населения

№ пп	Тип поселка по числу постоянных жителей (в тыс.)	Населенные пункты (абс. число)	Постоянные жители (абс. число)
1.	25 и менее	8	67
2.	26-50	8	301
3.	51-100	32	2470
4.	101-200	70	10865
5.	201 - 500	248	87804
6.	501- 1000	449	330160
7.	Всего	815	431667
8.	% к общему числу	45,2	12,7

Во многих отдаленных населенных пунктах отсутствуют лечебные учреждения для оказания качественных медицинских услуг населению. Для 431,7 тыс. (12,7%) населения отдаленных районов срочная и неотложная квалифицированная медицинская помощь является недоступной. Больные из таких отдаленных сельских пунктов вынуждены ехать до ближайшего лечебного учреждения – фельдшерско-акушерского пункта (ФАП). Такое расстояние составляет примерно 7-10 км от постоянного места проживания пациента. Территориальная больница находится на расстоянии примерно 72 км, таков средний радиус обслуживания жителей больничными учреждениями. В среднем больной затрачивает на проезд от ФАП до участковой больницы 1,5 часа. От участковой больницы до территориальной больницы пациент затрачивает 2,6 часа. От территориальной больницы до областной (республиканской) больницы затрачивает около 5,4 часа.

У жителей малочисленных поселений имеются проблему не только с физической, но и экономической недоступностью. При посещении больными ЦСМ, их расходы на 25,0% выше стоимости обращения в ГСВ. В зависимости от оснащенности и наличия вспомогательных отделений в Центрах семейной медицины, которые оказывают дополнительную медицинскую помощь, такие расходы варьируются от 224 до 367 сомов. Пациенты из отдаленных населенных пунктов почти не имеют доступа к лекарственным средствам согласно Программы государственных гарантий. Согласно статистическим данным Фонда обязательного медицинского страхования республики в 2016 г. 12,3% указанной категории населения получили лекарственные препараты на льготных условиях, в целом в республике по статистическим данным организаций здравоохранения - 43,1% больных.

Доступность медицинской помощи жителям определяется такими факторами, как плотность населения, показатель близости - расстояние до ближайшего медицинского учреждения и время необходимое для посещения лечебное учреждение. Разделение сельских территорий на районы долинной и

горной зон нужно для регистрации доступности медицинских услуг. В горных районах состояние дорог, средств передвижения, отсутствие качественной связи, характер дислокации сельских медицинских учреждений и хроническая нехватка финансовых средств в здравоохранении, препятствуют получению качественной и своевременной медицинской помощи.

Медицинскими учреждениями первого уровня, где можно получить специализированную помощь, являются центры семейной медицины, ГСВ и ФАП. В случаях отсутствия в ЦСМ необходимого специалиста, нужного вида диагностической аппаратуры больной обычно направляется на второй уровень.

Подразделениями второго уровня считаются амбулаторно-диагностические отделения, в них пациенты получают преимущественно ПСМСП и обеспечены они необходимыми для этого материально-техническими и кадровыми ресурсами.

За каждым таким амбулаторным центром функционально закрепляются несколько медицинских учреждений первого уровня (ЦСМ).

При отсутствии соответствующих условий для обследования и лечения пациентов они направляются на третий уровень. Такими учреждениями являются амбулаторно-диагностические отделения крупных стационаров.

В данное время (2012-2016 гг.) идет переходный период организации, осуществляется настройка мероприятий созданной трехуровневой системы оказания медицинской помощи. Также отрабатываются процессы маршрутизации больных. По данные нашего исследования, начиная с 2012 г. в системе здравоохранении происходят значительные организационные изменения в организации первичной специализированной медицинской помощи.

Для осуществления и оценки организационных реформ в системе здравоохранении важным моментом является оценка фокусов такого влияния – состояния здоровья жителей, а также доступности и качества медицинских услуг. Поэтому исследование возможности доступа жителей к медицинским услугам имеет важную ценность.

5.2. Направления по уровням в трехуровневой системе и число плановых госпитализаций

Главной целью организации трехуровневой системы оказания ПСМСП является перераспределение потоков больных по уровням. Важно чтобы пациенты были обследованы на современных диагностических аппаратах и получили необходимые консультации врачей-специалистов.

Нами проведен ретроспективный анализ направлений пациентов с первого на второй уровень оказания медицинских услуг в 2017 году с последующим ранжированием (табл. 5.2). Всего за 2017 год направлено к невропатологам на второй уровень $239,6 \pm 21,9$ пациентов (I ранг). Наиболее чаще во втором ($65,6 \pm 1,4$), третьем ($67,4 \pm 1,4$) и четвертом ($66,9 \pm 1,4$) кварталах. Далее чаще были направлены пациенты к кардиологам ($167,7 \pm 7,4$) второго уровня (II ранг). Так в первом квартале $37,5 \pm 1,5$, во втором - $46,7 \pm 1,6$, третьем - $41,2 \pm 1,6$ и $42,2 \pm 1,6$ пациентов в четвертом квартале. По частоте направлений на второй уровень следующими были направления к эндокринологам ($127,5 \pm 2,3$, III ранг). Таких пациентов было больше в первом квартале ($52,7 \pm 1,6$), во втором, третьем и четвертом кварталах направили на консультации $28,0 \pm 1,3$; $22,8 \pm 1,1$ и $23,8 \pm 1,1$ пациентов, соответственно. Направлено к глазным врачам $70,3 \pm 1,3$ (IV ранг), хирургам $51,1 \pm 1,6$ (V ранг). Направления пациентов к остальным специалистам составили незначительную часть.

Такое перераспределение больных привело к уменьшению количества не нужных госпитализаций. Из вышеуказанных данных следует, что по мере возрастания уровня количество не нужных и многозатратных направлений на госпитализацию уменьшается. Это связано с тем, что чем выше уровень, тем больше возможностей у пациентов получить высокоспециализированную помощь.

Таблица 5.2 - Частота направлений с первого на второй уровень оказания медицинских услуг в 2017 году (n=381)

№ пп	Специальность	1 кв.		2 кв.		3 кв.		4 кв.		Всего за год		
		абс. число	P±m	ранг								
1.	Неврология	151	39,6±1,5	250	65,6±1,4	257	67,4±1,4	255	66,9±1,4	913	239,6±21,9	I
2.	Кардиология	143	37,5±1,5	178	46,7±1,6	157	41,2±1,6	161	42,2±1,6	639	167,7±7,4	II
3.	Эндокринология	201	52,7±1,6	107	28,0±1,3	87	22,8±1,1	91	23,8±1,1	486	127,5±2,3	III
4.	Офтальмология	27	7,0±4,6	78	20,4±1,0	71	18,6±0,9	92	24,1±1,2	268	70,3±1,3	IV
5.	Колопроктология	27	7,0±0,4	49	12,8±0,7	39	10,2±0,6	51	13,4±0,7	166	43,5±1,6	VI
6.	Хирургия	31	8,1±0,4	61	16,0±0,8	52	13,6±0,7	51	13,4±0,7	195	51,1±1,6	V
7.	Оториноларингология	20	5,2±0,3	47	12,3±0,7	49	12,8±0,7	48	12,6±0,7	164	43,0±1,6	VII
8.	Пульмонология	20	5,2±0,3	41	10,7±0,6	27	7,0±0,4	29	7,6±0,4	117	30,7±1,4	VIII
9.	Инфекционные болезни	10	2,6±0,1	24	6,3±0,4	36	9,4±0,5	37	9,7±0,5	107	28,0±1,3	IX
10.	Ревматология	11	2,4±0,1	17	4,4±0,2	19	5,0±0,3	18	4,7±0,3	65	17,0±0,9	X
11.	Гастроэнтерология	11	2,4±0,1	15	3,5±0,2	14	3,6±0,2	14	3,6±0,2	54	14,1±0,8	XI
12.	Аллергология-иммунология	4	1,0±0,06	18	4,7±0,3	14	3,6±0,2	16	4,2±0,2	52	13,6±0,7	XII
13.	Стоматология	11	2,4±0,1	10	2,6±0,1	9	2,3±0,1	10	2,6±0,1	40	10,5±0,6	XIII
14.	Акушерство и гинекология	1	0,2±0,01	9	2,3±0,1	10	2,6±0,1	5	1,3±0,08	25	6,6±0,4	XIV

Примечание - P±m – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности.

Проведен анализ частоты направлений пациентов со второго уровня (амбулаторно-диагностические отделения) на третий (амбулаторно-диагностические отделения крупных стационаров) с последующим ранжированием направлений к специалистам. Так, в 2017 году чаще направляли к кардиологам ($34,1 \pm 1,4$, I ранг), причем больше всего во втором ($9,9 \pm 0,6$), третьем ($12,6 \pm 0,7$) и четвертом ($11,0 \pm 0,6$) кварталах. Далее чаще направляли к невропатологам ($33,8 \pm 1,4$, II ранг), по кварталам больше во втором ($8,1 \pm 0,4$), третьем ($13,1 \pm 0,7$) и четвертом ($10,2 \pm 0,6$). На консультацию к инфекционистам было направлено $28,0 \pm 1,3$ пациентов (III ранг), больше во втором ($6,3 \pm 0,4$) и третьем ($9,4 \pm 0,5$) кварталам. Направлено было к эндокринологам $23,6 \pm 1,1$ пациентов (IV ранг), чаще во втором ($7,0 \pm 0,4$), третьем ($7,6 \pm 0,4$) и четвертом ($8,1 \pm 0,4$) кварталах. Пациенты направлены были к ревматологам в $17,0 \pm 0,9$ случаях, также чаще во втором ($4,4 \pm 0,2$), третьем ($5,0 \pm 0,3$) и четвертом ($4,7 \pm 0,3$) кварталах. Направления пациентов к остальным специалистам составили незначительную часть.

Таким образом, проведенный анализ частоты направлений с первого на второй уровень за 2017 год показал, что чаще направляли к невропатологам кардиологам, эндокринологам, глазным врачам и хирургам. Со второго на третий чаще к кардиологам, невропатологам, инфекционистам, эндокринологам и ревматологам.

Проведенное исследование показывает, что новые подходы в организации первичной специализированной медицинской помощи (трехуровневая технология) создает условия для снижения числа не нужных направлений и госпитализаций пациентов в стационары по многим специальностям.

Таблица 5.3 - Частота направлений со второго на третий уровень оказания медицинских услуг в 2017 году (n=381)

№ пп	Специальности	1 кв.		2 кв.		3 кв.		4 кв.		Всего за год		
		абс. число	P±m	ранг								
1.	Неврология	9	2,3±0,1	31	8,1±0,4	50	13,1±0,7	39	10,2±0,6	129	33,8±1,4	II
2.	Кардиология	2	0,5±0,03	38	9,9±0,6	48	12,6±0,7	42	11,0±0,6	130	34,1±1,4	I
3.	Эндокринология	3	0,8±0,05	27	7,0±0,4	29	7,6±0,4	31	8,1±0,4	90	23,6±1,1	IV
4.	Офтальмология	1	0,2±0,01	15	3,9±0,2	13	3,4±0,2	12	3,1±0,2	41	10,7±0,6	VII
5.	Колопроктология	3	0,8±0,05	13	3,4±0,2	9	2,3±0,1	11	2,9±0,1	36	9,4±0,5	IX
6.	Хирургия	11	2,9±0,1	12	3,1±0,2	10	2,6±0,1	5	1,3±0,08	38	9,9±0,5	VIII
7.	Оториноларингология	2	0,5±0,03	13	3,4±0,2	7	1,8±0,1	9	2,3±0,1	31	8,1±0,4	X
8.	Пульмонология	4	1,0±0,06	9	2,3±0,1	13	3,4±0,2	20	5,2±0,3	46	12,0±0,7	VI
9.	Инфекционные болезни	10	2,6±0,1	24	6,3±0,4	36	9,4±0,5	37	3,7±0,5	107	28,0±1,3	III
10.	Ревматология	11	2,9±0,4	17	4,4±0,2	19	5,0±0,3	18	4,7±0,3	65	17,0±0,9	V
11.	Гастроэнтерология	5	1,3±0,08	7	1,8±0,1	4	1,0±0,06	3	0,8±0,05	19	5,0±0,3	XI
12.	Урология	2	0,5±0,03	5	1,3±0,08	6	1,3±0,08	4	1,0±0,06	17	4,4±0,2	XII
13.	Аллергология-иммунология	1	0,2±0,01	7	1,8±0,1	2	0,5±0,03	3	0,8±0,05	13	3,4±0,2	XIV
14.	Стоматология	5	1,3±0,08	4	1,0±0,06	3	0,8±0,05	3	0,8±0,05	15	3,9±0,2	XIII
15.	Акушерство и гинекология	0	0	9	2,3±0,1	2	0,5±0,03	2	0,5±0,03	13	3,4±0,2	XIV

Примечание - P±m – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности.

Разработана организационная структура медицинского информационно-аналитического центра (рис. 5.1):

- сектор ввода информационных данных;
- сектор контроля;
- сектор программно-технического обеспечения;
- аналитический отдел.



Рис. 5.1. Программа проведения клинико-экономического анализа деятельности ЛПО

С появлением медицинского информационно - аналитического центра, формировалась новая форма финансово-экономического взаимодействия на уровне клинической практики. Данный центр способствует оптимизацию учета, оценки и анализа медицинской помощи, ресурсных и трудовых затрат.

Созданный алгоритм обработки медико-информационных данных позволил оценить:

- организационную структуру лечебно-профилактических учреждений;
- объем и структуру медицинской помощи в разрезе структурных подразделений, медицинских сотрудников и больных;
- структуру ресурсных расходов по профилю подразделений и болезней, медицинских сотрудников и больных;
- нормативное и фактическое число трудовых расходов медицинских сотрудников.

Реализация компонентов и механизмов управлеченческого учета при помощи выходных аналитических форм медицинского информационно-аналитического центра дает возможности рационально управлять потоками больных и финансов, как внутри лечебно-профилактического учреждения (внутриучрежденческий хозрасчет), так и на уровне между учреждениями (межучрежденческий хозрасчет).

При хозрасчете внутри учреждения движение потоков пациентов и финансов с уровня семейного врача анализировалось по следующим ступеням оказания медицинской помощи: семейный врач, врачи узкой специальности, стационар. На всех уровнях оказания медицинской услуги клинико-экономический анализ проводился по характерным для этих уровней показателям.

В настоящее время на затратную госпитальную медицинскую помощь расходуется 66,0-75,0% всех финансовых ассигнований организаций

здравоохранения. В ряде стационаров 30,0% и более больных не нуждается в стационарной помощи, диагноз не подтверждался в стационарах у 14,0% пациентов, неполное исследование больных отмечено в 18,4% случаев, а безрезультатное лечение больных в 19,3%.

В целях рационального использования ресурсов организаций здравоохранения нами выработан алгоритм организационных мероприятий, включающий в себя следующие действия (рис. 5.2):

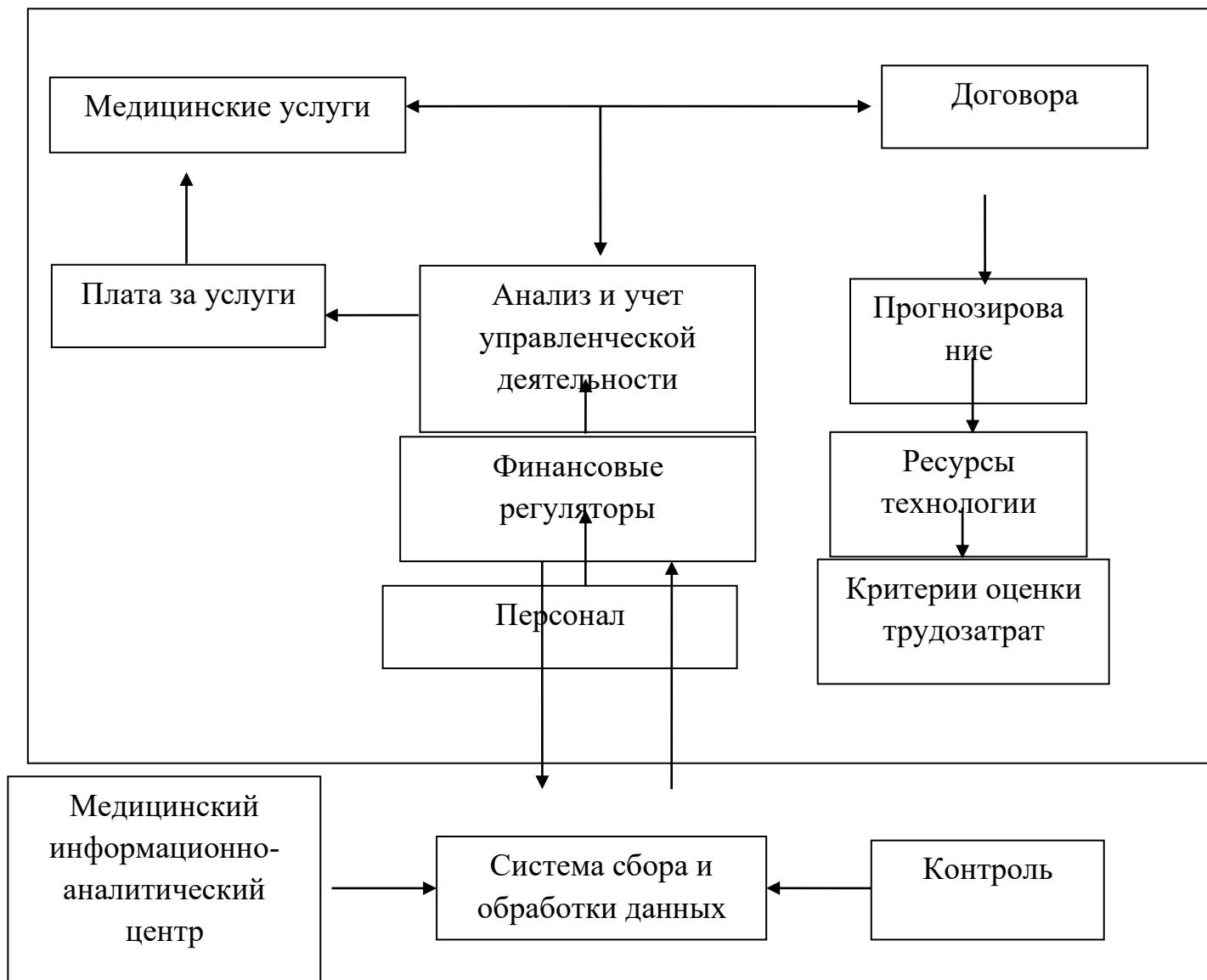


Рис. 5.2. Структурное информационное обеспечение лечебно-диагностического процесса

- выбор нужных показателей объемов медицинских услуг, ресурсных и трудовых расходов;

- клинико-экономический анализ работы как лечебно-профилактических организаций в целом, так и конкретного медицинского персонала;
- планирование объемов медицинской услуги и ресурсных расходов;
- создание эффективной системы экспертизы и оценки качества лечебно-диагностической деятельности.

Основными показателями объемов медицинских услуг и расходов в амбулаторно-поликлиническом звене явились:

- количество посещений к врачу;
- количество медицинской помощи;
- количество условных единиц трудозатрат (УЕТ).

Ресурсный анализ деятельности лечебно-профилактических организаций осуществлялся по следующим показаниям:

- использование трудовых ресурсов;
- использование коечного фонда;
- использование финансовых ресурсов;
- структура затрат на одну медицинскую услугу;
- использование медицинской аппаратуры;
- анализ движения потоков больных.

В ходе изучения были выявлены «зоны риска» в системе управления ресурсами лечебно-профилактических организаций:

- руководители отделениями не имели информации о соотношении объемов медицинских услуг и расходов;
- лечащие врачи экономически не мотивированы в экономном использовании ресурсов;

Профилактическая работа имеет формальный характер, только 5-6% обращений к семейному врачу были связаны с профилактическими работами. Собственную деятельность семейного врача охватывает только 12-14% финансовых и материальных ресурсов, что примерно одинаково с затратами врачей узких специалистов. В ходе исследования выявлены факторы, которые отрицательно влияли на эффективность деятельности лечащего врача:

- несмотря на то, что лечащий врач является основной производитель затрат на уровне лечебно-диагностических мероприятий, он был полностью отстранен от клинического управления, в том числе и от управления финансами и ресурсами;
- отсутствие эффективных способов обратной связи с уровня взаимоотношения лечащего врача с пациентом;
- отсутствие эффективных механизмов управления качеством медицинских услуг;
- не соответствующие способы оплаты медицинских услуг;
- большая вероятность финансовых потерь;
- отсутствие нормативов и стандартов лечебно-диагностической деятельности;

При создании эффективной технологии управления ресурсами основным направлением явилось разработка оптимизированных систем управления потоками больных и финансов с уровня первичной медико-санитарной помощи с обязательным включением в данное мероприятие лечащих врачей при помощи материальных мотиваций. При организации эффективной технологии управления потоками больных и финансов с уровня ПМСП нам выработан алгоритм организационных мероприятий, который включал следующие действия:

- отказ от старых принципов сетевого планирования;
- разработка компонентов и систем управленческого учета, ориентированных на эффективное использование имеющихся ресурсов и повышение качества медицинской услуги;
- разработка гибких механизмов финансового планирования;
- выбор экономичных методов клинического управления.

В основу управления эффективным использованием ресурсов на уровне ПСМСП заложен принцип управления семейным врачом своего фонда. Разработана экономическая модель управления ресурсами с уровня ПМСМ, её основной целью является мотивация работников первичной медико-санитарной помощи в экономии ресурсов. Финансово-экономические взаимодействия

внутри указанной модели управления ресурсами строятся на договорных принципах и системе взаиморасчетов (комплекс внутри- и межучрежденческого хозрасчета). При фондодержании ПМСМ семейный врач берет на себя ответственность координатора объемов медицинских услуг, оказываемых приписанному населению на всех уровнях. Поэтому семейный врач должен быть экономически заинтересован в повышении расходов на свою собственную работу. Для этого семейному врачу необходимо усиленно проводить профилактические мероприятия для уменьшения направлений в стационар, узким специалистам за счет ресурсосберегающих и стационар замещающих технологий. Процесс управления ресурсами на основе фондодержания ПМСМ (экономическая модель) представлен на рис. 5.3.



Рис. 5.3. Управление ресурсами уровня первичной медико-санитарной помощи

Алгоритм организационных мероприятий для эффективного управления ресурсами на уровне первичной медико-санитарной помощи включает в себя следующие мероприятия:

- планирование финансовых ресурсов по отдельным территориальным участкам;
- постоянный контроль и учет объемов медицинской помощи и ресурсных расходов по каждому участку;
- клинико-экономический анализ деятельности семейного врача и узких специалистов;
- контроль и оценка качества медицинских услуг.

Переход к новым методам финансирования должен осуществляться поэтапно.

На первом этапе может быть внедрено подушевое финансирование учреждений ПМСП, образовавшихся в результате реорганизации смешанных поликлиник. На этом этапе должен быть использован самый простой вариант оплаты по подушевому нормативу не предполагающий учета различий в потреблении первичной помощи разными половозрастными категориями пациентов. Оплату специализированной помощи на данном этапе можно осуществлять либо за визиты, либо за законченные случаи. Одновременно необходимо начать внедрение информационной системы по сбору данных об оказании медицинской помощи пациентам и информационной системы по сбору данных о населении. При этом данные об оказанной помощи могут быть на этом этапе не персонифицированными.

На втором этапе, после накопления определенного количества данных об оказанной поликлинической помощи и моделирования оплаты

специализированных поликлиник за оказанные услуги, может быть внедрено финансирование специализированной помощи за оказанные услуги по амбулаторно-поликлиническому тарификатору. По мере формирования банка данных по населению, можно постепенно переходить к персонифицированному учету оказания медицинской помощи. Одновременно, можно постепенно переходить к оплате ПМСП по подушевому принципу с учетом половозрастных коэффициентов потребления первичной медико-санитарной помощи. Это возможно при наличии на данном этапе персонифицированного учета оказания стационарной помощи и определенного объема накопленных данных по оплате стационарной помощи за пролеченные случаи, а также при выполнении требований к сводным данным, накопленным в банке данных об оказанной поликлинической помощи, описанных выше. При этом используется несколько более сложная методика для расчета подушевых нормативов и половозрастных коэффициентов потребления поликлинической помощи.

На третьем этапе, после создания банка данных по населению и внедрения персонифицированного учета оказания медицинской помощи, необходимо на основе накопленных данных провести расчет подушевых нормативов потребления первичной медико-санитарной помощи и специализированной поликлинической помощи для различных половозрастных категорий пациентов. Далее, после проведения математического моделирования работы учреждений в условиях фондодержания, эти нормативы используются для начисления учреждениям ПМСП оплаты за оказание первичной помощи и начисления средств, необходимых для оплаты специализированной помощи, полученной прикрепленными к ним пациентами на стороне, с учетом половозрастных коэффициентов и при внедрении различных форм фондодержания. Взаиморасчет между учреждениями ПМСП и специализированными поликлиниками должен осуществляться финансирующей организацией.

Мероприятия по совершенствованию оказания медицинской помощи населению

I. Стратегический уровень:

- планировать перспективное развитие здравоохранения с учетом имеющейся материальной базы, состояния здоровья жителей;
- преобразование системы здравоохранения, акцентировав внимание на профилактическую направленность работы организаций здравоохранения.

II. Тактический уровень:

- выявить нужды пациентов в объемах медицинских услуг с учетом потребности населения;
- организовать сеть медицинских учреждений для социально уязвимых слоев населения; увеличить число отделений (койки) сестринского ухода; открыть хосписы;
- усилить профилактические мероприятия, способы раннего выявления, диагностики, лечения и восстановления больных с наиболее распространенными заболеваниями населения.
- проводит мониторинг причин летальных случаев населения трудоспособного возраста с анализом каждого такого случая.

Предложения:

- четкая организация модели частичного фондодержания семейных врачей. Кроме того важную роль в экономической стабилизации деятельности первичного уровня отводится и конкретной доработке взаиморасчетов между ГСВ и врачами узких специальностей;
- нужно введение контрактной модели оплаты труда специалистов с ориентацией на оценку пролеченных случаев пациентов;
- увеличение объемов и видов оказываемых семейными врачами услуг;
- избирательный подход к оплате труда семейных врачей и специалистов;
- усиление профилактических и метафилактических мероприятий для снижения расходов при оказании медицинских услуг;

- озадачить руководителей организаций здравоохранения первичного уровня и заведующих отделениями вести постоянный контроль направлений на второй и третий уровни направлений;
- с целью осуществления этих мероприятий необходимо использовать разработанные нами новые подходы.

Пути совершенствования организации оказания первичной специализированной медицинской помощи населению:

- консультативно-диагностические отделения должны быть независимыми. Функционирование этих отделений в составе центров семейной медицины с экономических и организационных позиций не рационально и неэффективно.
- направления на другие уровни оказания медицинской помощи и госпитализация должна осуществляться только через специалистов КДО, за исключением экстренных случаев.
- в ЦСМ должны работать только семейные врачи, это соответствует названию и содержанию реформ. А также применима контрактная форма сотрудничества с узкими специалистами, с оплатой их труда на пролеченных случаях больных.
- конкретно должны быть отработаны механизмы, как юридических отношений, так и финансовых взаимодействий:
- частичное фондодержание, а в перспективе полное фондодержание дает хорошую мотивацию и заинтересованность для семейных врачей, а также узким специалистам в оказании первичной специализированной медицинской помощи;
- расширение сотрудничества государственно-частного партнерства на первичном уровне позволить увеличить объемов оказания медицинской, в том числе специализированной помощи населению;
- четкий контроль качества медицинской помощи, случаев искусственной задержки пациента при необходимости в стационарной помощи или в помощи узких специалистов;
- перевод документооборот на электронный вариант, ведение медицинской документации в электронной форме. Цифровое (электронное) здравоохранение

будет охватывать первичную и скорую неотложную помощь, профилактику заболеваний и стационарное лечение, лекарственное обеспечение, обеспечить повышение информированности граждан, улучшить качество подготовки врачей и повысить эффективность управление отраслью.

- оснащение консультативно-диагностических центров современной диагностической аппаратурой с целью уменьшения количества направлений в стационары и преимущественного оказания медицинской помощи на амбулаторном уровне, для расширения спектра и объемов оказания специализированной медицинской помощи;
- укрупнение, централизация консультативно-диагностических отделений в крупных населенных пунктах. Функции амбулаторно-диагностических отделений специализированных медицинских учреждений, диспансеров полностью передать консультативно-диагностическим отделениям Центров семейной медицины;
- поэтапное обучение специалистов консультативно-диагностических отделений по программе смешанного приема больных;
- - обеспечить создание в крупных стационарах консультативно-диагностических отделений для оказания пациентам первичной специализированной помощи;
- разработать статистическую форму отчетности по числу, профилям и причинам направлений пациентов по трем уровням оказания первичной специализированной медицинской помощи;

4 ВЫВОДЫ

1. В динамике в основном наблюдалась тенденция снижения медико-демографических показателей и незначительного увеличения приписанного населения Ошской области в 2016 и 2017 годах. Укомплектованность врачами в ЦСМ Ошской области составляет 79,8%. Наихудшая укомплектованность отмечается в отдаленных Алайский (45,4%) и Чон-Алайский (39,9%) районах. В основном наблюдалась тенденция снижения годовой нагрузки на одного специалиста ГСВ, в том числе семейного врача по Ошской области и ее районам, за исключением г. Ош.
2. В 2017 году среди населения Ошской области ведущее место занимали следующие классы болезней: беременность, роды и послеродовый период (2170,1 на 100 тыс. населения), органов дыхания (1869,7 на 100 тыс. населения) и мочеполовой системы (1702,1 на 100 тыс. населения). В динамике по Ошской области наблюдалось увеличение числа обращений к кардиологам и ревматологам в 2015 на +33,1%, терапевтам в 2014 на +40,0%, неврологам в 2015 на +49,5% и 2017 на +31,6%, инфекционистам в 2015 на +114,2%, хирургам в 2015 на +20,7%, урологам в 2015 на +91,4%, акушер-гинекологам в 2017 годах на +28,8%. Наибольший Кпроф наблюдался у врача-инфекциониста (0,91), терапевта (0,72), кардиолога и акушер-гинеколога (по 0,71, соответственно) и уролога (0,70). Больше всего Кнд был у врача хирурга (3,78), офтальмолога (3,23), оториноларинголога (3,11) и инфекциониста (2,81). Установлена прямая сильная корреляционный связь между количеством обследований и наличием в организациях здравоохранения первичного уровня специалистов по диагностике (коэффициент корреляции $r_{xy}=+0,9$).
3. Наибольшее время на лечебно-диагностический прием больных в ЦСМ затрачивалось врачами стоматологами (19,8 мин.), кардиологами (18,9 мин.) и терапевтами (18,2 мин.). На профилактический прием больных больше затрачивается времени урологами (26,1 мин.), кардиологами (13,1 мин.), а

также инфекционистами и стоматологами по 12,9 мин., соответственно. Большинство пациентов (66,5%) обратились в КДО своим ходом, по направлению – 16,7%, в том числе ГСВ и ЦСМ – 9,5%, по направлению других организаций здравоохранения – 7,3%. Среди обратившихся в основном преобладали пациенты с ортопедическими заболеваниями, нагноительными заболеваниями кожи, подкожной клетчатки и ушибами. Среди опрошенных $86,6 \pm 2,0$ больных в целом выразили удовлетворенность качеством полученной помощи, $91,6 \pm 1,6$ предпочли пребывание в дневном стационаре, $p < 0,001$. Прием врача ГСВ был доступным большей части пациентов ($74,7 \pm 1,6$), $p < 0,001$. Доступность приема узкого специалиста отметили $61,4 \pm 2,0$, удовлетворены квалификацией специалистов $73,0 \pm 1,7$ пациентов, $p < 0,001$.

4. Наибольшая частота направлений пациентов в 2017 году с первого на второй уровень выявлена к невропатологам ($239,6 \pm 21,9$, I ранг), кардиологам ($167,7 \pm 7,4$, II ранг), эндокринологам ($127,5 \pm 2,3$, III ранг). Со второго уровня на третий чаще направляли к кардиологам ($34,1 \pm 1,4$, I ранг), невропатологам ($33,8 \pm 1,4$, II ранг), к инфекционистам ($28,0 \pm 1,3$, III ранг).

5. Комплекс научно-обоснованных мероприятий позволит совершенствовать организацию оказания ПСМСП населению на первичном уровне на основе новой трехуровневой организационной технологии.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

На уровне Министерства здравоохранения:

- необходимо проводить мониторинг трехуровневой модели организации ПСМСП на основе учета динамики фактических показателей здоровья населения, доступности медицинских услуг и динамики направления пациентов по уровням оказания медицинских услуг;
- обеспечить семейными врачами для улучшения качества оказания медицинских услуг на уровне первичного звена;
- создание единой медико-информационной аналитической системы по направлению больных по связи «Врач-врач»;
- обеспечить стимулирование профилактических мероприятий в ЦСМ путем внедрения соответствующего финансирования;
- оснащение консультативно-диагностических центров современной диагностической аппаратурой с целью уменьшения количества направлений в стационары и преимущественного оказания медицинской помощи на амбулаторном уровне;
- обеспечить создание в крупных стационарах консультативно-диагностических отделений для оказания пациентам первичной специализированной помощи;
- разработать статистическую форму отчетности по числу, профилям и причинам направлений пациентов по трем уровням оказания первичной специализированной медицинской помощи.

На уровне организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторную специализированную медицинскую помощь:

- необходимо постоянное наблюдение руководителей показателей доступности медицинских услуг и движения потока больных по трем уровням;
- создание условий для повышения обеспеченности населения врачами узкой специализации с целью повышения доступности первичной специализированной помощи;

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. **Авксентьева, М.В.** Семья и болезнь. Структура, функции и динамика семьи. Болезнь в семье и роль семейного врача [Текст] / М.В. Авксентьева. - М.: Мед. Вестник, 1994. - 117 с.
2. **Азаматов, А.М.** Оптимизация сельской муниципальной системы здравоохранения в новых социально-экономических условиях (на примере Республики Дагестан) [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / А.М. Азаматов. - М., 2002. - 22 с.
3. **Азизов, З.А.** Семейная медицина и здоровье человека [Текст]: Матер. Национал. науч.-практ. конф. с междунар. участием / З.А. Азизов. – Душанбе, 2005. - С. 4-14.
4. **Айтжанова, Г.Б.** Медико-организационные подходы к развитию общей врачебной практики в условиях реформирования сельского здравоохранения [Текст]: автореф. дис. ...канд. мед. наук: 14.00.33 / Г.Б. Айтжанова. - Алматы, 1999. - 23 с.
5. **Аканов, А.А.** Организация здравоохранения Казахстана [Текст] / [А.А. Аканов, К.К. Куракбаев, А.Н. Чен и др.]. - Астана – Алматы. 2006. - С. 99-101.
6. **Акулин, И.М.** Некоторые аспекты формирования системы общеучебной практики в Санкт-Петербурге [Текст] / И.М. Акулин // Проблемы городского здравоохранения: сб. науч. тр.: под ред. Н.И. Вишнякова. - СПб., 1997. - Вып. 2. - С. 66.-70.
7. **Акулин, И.М.** О роли программы ТАСИС в дальнейшем реформировании первичной медико-социальной помощи в Санкт-Петербурге [Текст] / И.М. Акулин // Семейная медицина. - 2000. - № 1. - С. 23-25.
8. **Алексеев, В.А.** Теория и практика управления качеством клинической практики участковых терапевтов в городской поликлинике [Текст] / В.А. Алексеев, К.Н. Борисов, В.Г. Исупов // Экономика здравоохранения. - 2007. - № 4. - С. 9-15.

9. Анализ данных статистического обследования, измерение уровня жизни населения [Текст] // Вестник Национального статистического комитета Кыргызской Республики. - Бишкек, 1996. – 71 с.
10. **Андреева, О.В.** Научное обоснование путей реформирования первичной медико-санитарной помощи в условиях развития врачей общей практики [Текст]: автореф. дис. ...канд. мед. наук: 14.00.33/ О.В. Андреева. - М., 2000. - 22 с.
11. **Ануфриева, С.А.** Анализ работы отделения общей практики в Санкт – Петербурге [Текст] / С.А. Ануфриева // Российский семейный врач. - 1997. - № 1. - С. 30-37.
12. **Апарин, И.С.** Экспертный подход к обеспечению качества медицинской помощи [Текст] / И.С. Апарин // Проблемы управления здравоохранением. - 2006. - № 5 (30). - С. 19-21.
13. **Апарин, И.С.** Семейная медицина и качество медицинского обслуживания [Текст] / И.С. Апарин // Проблемы управления здравоохранением. - 2004. - № 4. - С. 5-7.
14. **Артамонова, О.А.** Оценка профессиональной подготовленности врачей и фельдшеров в системе первичного звена здравоохранения [Текст]: автореф. дис. ...канд. мед. наук: 14.00.05, 14.00.33 / О.А. Артамонова. - Пермь, 2007. – 26 с.
15. **Артамонова, О.А.** Врач общей практики сельской местности: профессиональная подготовка и анализ работы [Текст] / [О.А. Артамонова, Т. М. Зиньковская, Я. Б. Ховаева и др.] // Здравоохранение РФ. - 2006. - № 2. - С. 27-29.
16. **Артыкбаева, А.К.** Научное обоснование механизмов интеграции улучшения качества медицинской помощи населению и повышения квалификации специалистов семейной медицины [Текст]: дис. ...канд. мед. наук: 14.00.33 / А.К. Артыкбаева. – Бишкек, 2007. – 150 с.
17. **Ахметов, В.И.** Теоретические и методологические основы создания комплексной системы обеспечения и непрерывного совершенствования

- качества в здравоохранении в Республике Казахстан [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33 / В.И. Ахметов. – Семей, 2008. – 43 с.
18. **Безденежных, Л.С.** Врач общей практики: преимущества и недостатки. [Текст] / Л.С. Безденежных // Бюллетень НИИ соц. гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н. Семашко. Тематический выпуск. - 1999. - С. 149-152.
19. **Беске, Ф.** Здравоохранение в Германии (Система - Достижения - Перспективы развития) [Текст] / Ф. Беске, И. Г. Брехт, А.М. Райнкемайер. - М., ТОО «Рарогъ», 1994. – 224 с.
20. **Бокчубаев, Э.Т.** Развитие системы управления качеством терапевтической помощи сельскому населению в современных социально-экономических условиях сельских районов Кыргызской Республики [Текст]: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33 / Э.Т. Бокчубаев. - Алматы. - 2005. - 268 с.
21. **Бокчубаев, Э.Т.** Клинические протоколы (стандарты качества) терапевтической помощи сельским жителям - главный компонент системы управления качеством медицинской помощи в Кыргызской Республике [Текст] / Э.Т. Бокчубаев // Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению. - 2003. - № 1. - С. 57-63.
22. **Бокчубаев, Э.Т.** Реструктуризация сельских лечебно-профилактических учреждений в рамках реформы системы здравоохранения в Кыргызской Республике [Текст] / Э.Т. Бокчубаев, М.К. Кульжанов // Центрально-Азиатский журнал по общественному здравоохранению. - 2002. - № 2. - С. 18-21.
23. **Бутова, В.Г.** Управление качеством стоматологической помощи [Текст] / В.Г. Бутова, Э.В. Зимина, М.З. Каплан. - М., 2007. - 210 с.
24. **Быстровский, В.Ф.** Предмет и принципы семейной медицины [Текст] / В.Ф. Быстровский // Мед. сестра. - 2003. - № 4. - С. 5-8.
25. **Быстровский, В.Ф.** К проблеме организации работы семейного врача при групповой практике [Текст]: Матер. 2-ой научн.-практ. конф., посвященной 10-летию кафедры семейной медицины ДВГМУ / В.Ф.

Быстровский // Семейная медицина: проблемы и перспективы. – Хабаровск, 2001. - С. 73-75.

26. **Василевский, М.Г.** Эпидемиология злокачественных новообразований в Кыргызстане (демографические и медицинские аспекты) [Текст]: дис. ...д-ра мед. наук: 14.00.33 / М.Г. Василевский. - Бишкек, 1999. - 321 с.

27. **Василевский, М.Г.** Основные этапы развития системы здравоохранения в Кыргызской Республике [Текст] / М.Г. Василевский, З.А. Исраилова, М.А. Кочкоров // Проблемы управления здравоохранением. - 2004. - № 3 (16). - С. 30-34.

28. **Вахитов, Ш.М.** Деятельность в амбулаторно-поликлинических учреждениях в современных условиях [Текст] / [Ш.М. Вахитов, М.В. Блохина, Н.Ф. Хатыпова и др.] // Российский медицинский журнал. - 2005. - № 1. - С. 10-11.

29. **Вахитов, Ш.М.** Научно-методические подходы к введению платных услуг при организации семейной медицины [Текст] / Ш.М. Вахитов, В.А. Гапоненко // Экономика здравоохранения. - 2007. - № 2-3. - С. 23-24.

30. **Вишняков, Н.И.** Врач общей практики: первый опыт, проблемы и перспективы [Текст]: Матер. Всерос. конф. заведующих кафедрами социальной медицины (гигиены), организации и экономики здравоохранения / [Ш.М. Вахитов, В.А. Гапоненко, Н.И. Вишняков и др.] // Проблемы реализации концепции развития здравоохранения и медицинской науки в РФ. - Москва, 1997. - С. 82-85.

31. **Вишняков, Н.И.** Некоторые вопросы организации общеврачебной практики в структуре медицинского университета [Текст] / [Н.И. Вишняков, А.В. Кириллов, Л.В. Кочорова и др.] // Проблемы городского здравоохранения. - Вып. 2.: сб. науч. тр., под ред. Н.И. Вишнякова. - Спб., 1997. - С. 70-78.

32. Вклад семейного врача в процесс создания медицинского обслуживания и образования, соответствующих потребностям людей [Текст]: Рабочие матер. ВОЗ и Всемирной Организации Семейных Врачей (ВОСВ) /

Совместная конференция ВОЗ ВОСВ. - Онтарио, Канада, 6-8 ноября. - 1994. – 155 с.

33. **Вялков, А.И.** Управление качеством в здравоохранении [Текст] / А.И. Вялков // Проблемы управления здравоохранением. - 2003. - № 1. - С. 5-12.
34. **Вялкова, Г.М.** Состояние обеспеченности врачебными кадрами населения РФ в период 2000-2005 годов [Текст] / Г.М. Вялкова // Экономика здравоохранения. - 2006. - № 10. - С. 27-32.
35. **Гагарин, В.В.** Оценка эффективности оказания первичной медицинской помощи в отделениях общей практики [Текст] / В.В. Гагарин // Семейный врач. - 2002. - № 3. - С. 15-19.
36. **Галкин, Р.А.** Реорганизация первичного звена медицинской помощи по принципу врача общей практики [Текст] / Р.А. Галкин, В.В Павлов, С.И. Кузнецов // Бюллетень Санкт-Петербургского института медицинского страхования. - 1997. - Выпуск 3. - С. 134-139.
37. **Галкин, Р.А.** Организация общей практики (российско-британское издание) [Текст] / [Р.А. Галкин, Р. Тооп, А.В. Иванова и др.]. – Самара, 1997. - 281 с.
38. **Галкин, Р.А.** От участкового терапевта – к врачу общей практики [Текст] / Р.А. Галкин // Тер. архив. - 1999. - № 1. - С. 6-7.
39. **Ганина, А.В.** Совершенствование первичной медицинской помощи сельскому населению [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / А.В. Ганина. - Москва, 2006. - 21 с.
40. **Ганина, А.В.** Некоторые вопросы профессиональной подготовки врачей общей практики при организации внебольничной помощи сельскому населению по принципу общей врачебной практики [Текст]: Матер. науч.-практ. конф. / А.В. Ганина // Семейная медицина в России на рубеже веков: опыт и перспективы развития. - М., 2002. - С. 105-106.
41. **Гафуров, Б.С.** Контроль качества медицинской помощи – основа в системе защиты прав пациента [Текст] / Б.С. Гафуров // Проблемы управления здравоохранением. - 2004. - № 3. - С. 22-24.

42. **Гильманов, А.** Оценка эффективности оказания первичной медицинской помощи населению врачами общей практики [Текст] / А. Гильманов, О. Сигитова, Р. Латыпов // Врач. - 2006. - № 3. - С. 60-62.
43. **Головской, Б.В.** Семейная медицина – современная инновационная программа [Текст]: тез. докл. науч.-практ. конф. / Б.В. Головской, Т.В. Заугольникова // Инновационное общество: социально-экономические ориентиры России. - Пермь, 1995. - С. 223-226.
44. **Головской, Б.В.** Общепрактикующий врач (семейный врач): задачи и проблемы подготовки [Текст] / Б.В. Головской, В.А. Черкасова, Т.В. Заугольникова // Рос. семейный врач. - 1997. - № 1. - С. 65-67.
45. **Головской, Б.В.** Врач общей практики сельской местности: профессиональная подготовка и анализ работы [Текст] / [Б.В. Головской, Т.М. Зиньковская, Я.Б. Ховаева и др.] // Здравоохранение РФ. - 2006. - № 4. - С. 27-29.
46. **Грабер, М.А.** Руководство по семейной медицине [Текст]: Пер. с англ. / М.А. Грабер, М.Л. Лантернер. - М.: Бином. - 2008. - 750 с.
47. **Гринина, О.В.** Комплексная социально-гигиеническая характеристики семей на участке врача общей практики [Текст] / О.В. Гринина, В.К. Муравьева // Проблемы городского здравоохранения: сб. науч. тр. / под ред. Н.И. Вишнякова. - СПб., 1997. - Вып. 2. - С. 88-93.
48. **Губачев, Ю.М.** Семейная медицина в России [Текст] / Ю.М. Губачев. - СПб., 2000. - С. 2.
49. **Денисов, И.Н.** От участка - к семье, от семьи – к каждому индивидуально [Текст] / И.Н. Денисов, А.В. Лисин // Медикал Маркет. - 1997. - № 8. - С. 7-9.
50. **Денисов, И.Н.** К проекту программы создания службы общей врачебной (семейной) практики в структуре здравоохранения г. Москвы [Текст] / [И.Н. Денисов, А.И. Иванов, Л.А. Меламед и др.] // Проблемы городского здравоохранения: сб. науч. тр. / под ред. Н.И. Вишнякова. - Спб., 1997. - Вып. 2. - С. 60-66.

51. **Денисов, И.Н.** Врач общей практики (семейный врач) в системе первичной медико-санитарной помощи [Текст] / И.Н. Денисов, А.И. Иванов // Российский семейный врач. - 2000. - № 1. - С. 6-12.
52. **Денисов, И.Н.** Экономическое обоснование развития общей врачебной практики и семейной медицины [Текст] / И.Н. Денисов, В.З. Кучеренко, Н.Г. Шамшурин // Экономика здравоохранения. - 2002. - № 5/6. - С. 21-24.
53. **Денисов, И.Н.** Медицинское образование: ситуация сегодня и пути совершенствования подготовки врачей [Текст] / И.Н. Денисов // Врач. - 2005. - № 4. - С. 4-7.
54. **Денисов, И.Н.** Использование принципов дистанционного обучения в подготовке врачей общей практики (семейных врачей) [Текст] / [И.Н. Денисов, А.И. Иванов, Л.А. Берестов и др.] // Российский семейный врач. - 2003. - № 2. - С. 59.
55. **Денисов, И.Н.** Стандарты в системе дистанционного обучения врачей общей практики (семейных врачей) [Текст] / [И.Н. Денисов, Е.И. Черниенко, А.В. Мыльникова и др.] // Российский семейный врач. - 2003. - № 2. - С. 58-59.
56. **Джабарова, Т.С.** Некоторые направления в подготовке и деятельности семейной медицинской сестры [Текст]: Матер. национ. науч.-практ. конф. с междунар. участием / [Т.С. Джабарова, М.О. Гуломова, Э.У. Исакова и др.] // Семейная медицина и здоровье человека. - Душанбе, 2005. - С. 47-48.
57. **Джузенова, Б.С.** Новые формы обучения в системе последипломного образования в семейной медицине [Текст] / Б.С. Джузенова, А.К. Артықбаева // Медицинские кадры XXI века. - 2004. - № 1. - С. 74-77.
58. **Джузенова, Б.С.** Актуальные проблемы непрерывного медицинского образования в Кыргызстане [Текст] / Б.С. Джузенова, Т.Ч. Чубаков, П. Фонкин. – Бишкек, 2003. – 42 с.
59. **Дмитриева, Н.В.** Объем и качество медицинской помощи, оказываемой врачами общей практики (на примере Алтайского края) [Текст]: Бюллетень науч.-исслед. института социальной гигиены, экономики и управления

- здравоохранением им. Н.А. Семашко / Н.В. Дмитриева, О.В. Андреев. - М., 1998. - Вып. 3. - С. 156-158.
60. **Дмитриева, Н.В.** Результаты изучения объема и качества медицинской помощи, оказываемой врачами общей практики [Текст] / Н.В. Дмитриева, Ю.Г. Трегубов, О.В. Андреева // Здравоохранение РФ. - 2000. - № 4. - С. 32-35.
61. **Досаев, Е.А.** Реформирование и развитие здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы, [Текст] / [Е.А. Досаев, А.А. Аканов, А.А. Амангельдиев и др.]. - Астана-Алматы, 2004. - 118 с.
62. **Жирнова, Г.М.** Развитие общей врачебной практики в условиях муниципального здравоохранения [Текст] / Г.М. Жирнова, В.Л. Сусликова, А.В. Лабузов // Здравоохранение РФ. - 2003. - № 4. - С.11-13.
63. **Житникова, Л.М.** Анализ работы семейного врача в условиях становления общей врачебной практики [Текст] / Л.М. Житникова // Дальневосточный медицинский журнал. - 2004. - № 1. - С. 57-58.
64. **Житникова, Л.М.** Информационное и организационное обеспечение территориальной системы общей врачебной (семейной) практики [Текст]: дис. ... д-ра мед. наук: 05.13.01 / Л.М. Житникова. – Москва, 2006. – 456 с.
65. **Заика, Г.Е.** Актуальные проблемы подготовки врачей общей практики по клиническим специальностям [Текст]: Матер. науч.-практ. конф. / Г.Е. Заика // Семейная медицина России на рубеже веков: опыт и перспективы развития. - М., 2002. - С. 112-114.
67. Здравоохранение Кыргызстана в 21 веке: Стратегия достижения здоровья для населения Кыргызской Республики (Забота о каждом, здоровье для всех) [Текст]. – Бишкек, 2001. - 128 с.
68. Здравоохранение в Центральной Азии [Текст] / под ред. Мартина Макки, Джудит Хили, Джейн Фолкингем. - М.: «Весь мир». - 2005. - С. 136-155.
69. **Исакова, А.У.** О переходе на новые системы финансирования ГСВ [Текст]: Матер. Первого конгр. врачей Кыргызской Республики / А.У. Исакова, М.М. Карагаев. - Бишкек, 1998. - С. 83-84.

70. **Казиев, А.К.** Результаты лицензирования и аккредитации медицинских учреждений Кыргызской Республики за период 1997-1999 гг. [Текст] / [А.К. Казиев, Б.А. Абилов, Ю.М. Азаматов и др.] // Центрально-Азиатский медицинский журнал. - 2000. - № 4. - С. 10-11.
71. **Каратаев, М.М.** О ходе реализации программы реформирования системы здравоохранения Киргизской Республики [Текст] / М.М. Каратаев, М.А. Мамбетов, У.Х. Аджибаев // Проблемы управления здравоохранением. – 2006. - № 4. - С. 17-21.
72. **Каратаев, М.М.** Научное обоснование системы финансирования здравоохранения в условиях перехода к рыночной экономике [Текст]: дис. ...д-ра мед. наук: 14.00.33 / М.М. Каратаев. - Москва, 2000. - 230 с.
73. **Каратаев, М.М.** Опыт внедрения системы повышения качества в Кыргызской Республике [Текст] / М.М. Каратаев, А.К. Артыкбаева, Б.А. Акматова // Проблемы управления здравоохранением. - 2007. - № 1. - С. 30-34.
74. **Касиев, Н.Н.** Здравоохранение Кыргызстана [Текст] / Н.Н. Касиев, Т.С. Мейманалиев. - Бишкек.: АО «Акыл», 1998. - 176 с.
75. **Касиев, Н.К.** Научное обоснование основных направлений реформы здравоохранения и ее реализация в Кыргызской Республике [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33 / Н.К. Касиев. - М., 1999. - 40 с.
76. **Комаров, Ю.М.** Здравоохранение США: уроки для России [Текст] / Ю.М. Комаров. - Москва, 2000. - 212 с.
77. **Комаров, Ю.М.** О некоторых перспективах развития здравоохранения в России [Текст] / Ю.М. Комаров // Экономика здравоохранения. - 1997. - № 2. - С. 5-11.
78. **Коротков, Ю.А.** Общая врачебная практика в странах Западной Европы [Текст] / Ю.А. Коротков, В.Е. Чернявский. - Москва, 1999. - 153 с.

79. **Коротков, Ю.А.** Научные основы реформирования первичного звена здравоохранения на принципах общей врачебной/семейной практики [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33 / Ю.А. Коротков. - М., 1999. - 46 с.
80. **Коротков, Ю.А.** О состоянии и формах внедрения общей врачебной практики в регионах России [Текст] / Ю.А. Коротков, С.В. Фисенко, И.И. Вареников // Проблемы городского здравоохранения: сб. науч. тр., под ред. Н.И. Вишнякова. - СПб., 2002. - Вып. 2. - С. 56-60.
81. **Кучеренко, В.З.** Некоторые подходы к оценке качества лечебно-диагностического процесса [Текст] / [В.З. Кучеренко, Е.П. Яковлев, Ю.Н. Кудрявцев и др.] // Проблемы управления здравоохранением. - М., 2003. - № 1. - С. 13-17.
82. **Кучеренко, В.З.** Методология измерения и оценки качества медицинской помощи: международный опыт [Текст] / [В.З. Кучеренко, С.А. Мартынчик, В. Г. Запорожченко и др.] // Экономика здравоохранения. - 2005. - № 10. - С. 5-17.
83. **Лаврищева, Г.А.** Опыт модернизации первичной медико-санитарной помощи [Текст] / Г.А. Лаврищева // Проблемы управления здравоохранением. - 2006. - № 2. - С. 26.
84. **Лаврищева, Г.А.** Опыт модернизации первичной медико-санитарной помощи [Текст] / Г.А. Лаврищева // Проблемы управления здравоохранением. - 2006. - № 2 (27). - С. 26-29.
85. **Ливелсберг, Б.** Кыргызстан: поведенческие изменения в системе здравоохранения [Текст] / Б. Ливелсберг // Информационный бюллетень для медицинских работников Центральной Азии. - 2002. - № 5 (13). - С. 1-3.
86. **Линденбратен, А.Л.** Некоторые аспекты внедрения систем управления качеством медицинской помощи [Текст] / [А.Л. Линденбратен, Н.Д. Дубинин, Г.Р. Фаррахова и др.] // Инновационные технологии в медицине. - 2015. - № 2. - С. 68-71.

86. **Мамытов, М.М.** Современное состояние и основные направления развития системы здравоохранения Кыргызстана [Текст] / М.М. Мамытов, М.М. Карагаев // Экономика здравоохранения. - 2004. - № 2. - С. 4-15.
87. **Мартынчик, С.А.** Организационные основы мониторинга и оценки эффективности деятельности ЛПУ на территориальном уровне [Текст] / С.А. Мартынчик // Экономика здравоохранения. - 2007. - № 11. - С. 77-83.
88. **Мейманалиев, Т.С.** Кыргызская модель здравоохранения [Текст] / Т.С. Мейманалиев. - Бишкек: АО «Учкун». - 2003. - 683 с.
89. **Мейманалиев, Т.С.** Государственный доклад к Республиканскому совещанию по подведению итогов Года здравоохранения и 5-ой конференции по программе «Манас» [Текст] / Т.С. Мейманалиев. - Бишкек. - 1999. - С. 3.
90. **Мейманалиев, Т.С.** Реформа в действии [Текст] / Т.С. Мейманалиев // Государственный доклад о состоянии здоровья населения Кыргызской Республики на рубеже XXI столетии. - Бишкек, 1999.
91. **Михайлова, Ю.В.** Состояние и перспективы развития кадрового потенциала системы здравоохранения [Текст] / Ю.В. Михайлов и др. // Здравоохранение РФ. - 2008. - №1. - С. 52.
92. **Мошкович, Б.** Индикаторы качества работы врача общей практики [Текст] / Б. Мошкович // Врач. - 2007. - № 1. - С. 70-72.
93. **Муравьева, В.К.** Методы работы семейного врача с семьей [Текст]: Матер. 2-ой науч.-практ. конф. / В.К. Муравьева, Д.И. Кича, Т.В. Важнова // Дальнейшее развитие первичной медико-социальной помощи в России. - Москва, 1995. - С. 167-169.
94. **Нанаева, Т.К.** Додипломное и последипломное преподавания семейной медицины в Кыргызской Республике [Текст] / Т.К. Нанаева // Российский семейный врач. - 2001. - № 3. - С. 21-22.
95. Национальный отчет Кыргызской Республики по человеческому развитию за 1997 год [Текст]. – Бишкек, 1997. - 74 с.
96. Национальная программа реформы системы здравоохранения Кыргызской Республики «Манас» (1996-2006 гг.) [Текст]. - Бишкек, 1996. - 250 с.

97. Национальная программа реформы здравоохранения Кыргызской Республики «Манас таалими» на 2006-2010 годы [Текст]. - Бишкек, 2006. - 133с.
98. **Нечаева, Г.И.** Условия и необходимость организации работы врача общей практики в сельских районах [Текст] / [Г.И. Нечаева, В.Э. Дворников, Чеперин А.И. и др.] // Семейная медицина. - 2001. - № 4. - С. 47-49.
99. **Нугманова, Д.С.** Проблемы оценки деятельности семейных врачей амбулаторий [Текст] / Нугманова Д.С. и др. // Здравоохранение Казахстана. 2003. - № 2. - С. 86-87.
100. Обзор опыта семейной медицины в Европе и Центральной Азии [Текст] / Краткий обзор. Отдел сектора человеческого развития. Регион Европа и Центральной Азии // Документ Всемирного Банка. - Том 1. - 2005.
101. Общая врачебная практика [Текст]: в 2-х т. / под ред. чл.-корр. РАМН проф. С.А. Симбирцева и проф. Н.Н. Гурина. - Спб.: МАПО и «Лига», 1996. - 684с .
102. **Овчаров, В.К.** Опыт, трудности становления и перспективы развития службы врачей общей практики [Текст] / В.К. Овчаров // Семейный врач. 1998. - № 2. - С. 27-33.
103. **Орозалиев, С.О.** Современные методологические основы и механизмы системы управления качеством медицинской помощи в Кыргызской Республике [Текст] / [С.О. Орозалиев, Э.Т. Бокчубаев, М.М. Карадаев и др.]. - Б.: Учкун, 2009. - 214 с.
104. **Орозалиев, С.О.** Принципы и механизмы внутренне (внутриучрежденческого) мониторинга качества медицинской помощи в организациях здравоохранения Кыргызской Республики [Текст]: метод. Рекомендации / [С.О. Орозалиев, Э.Т. Бокчубаев, Б.А. Абилов и др.]. - Бишкек. 2009. - 25с.
105. Отчет по мониторингу качества работы групп семейных врачей и внедрения Государственной лекарственной политики в Кыргызской Республике [Текст]. - Бишкек, 2004. - 86 с.

106. **Павлов, В.В.** Современные подходы к организации медицинской помощи населению в сельской местности [Текст] / В.В. Павлов, С.А. Суслин, А.К. Каширин // Здравоохранение РФ. - 2008. - № 3. - С. 15-17.
107. **Павлов, Ю.В.** Организация первичной медико-социальной помощи по принципу врача общей практики (семейного врача) – основное направление повышения качества и эффективности системы охраны здоровья населения в Санкт-Петербурге [Текст] / [Ю.В. Павлов, Н.А. Беляков, Ф.В. Шабров и др.] // Российский семейный врач. - 1998. - № 3. - С. 4-7.
108. **Паскаль, А.В.** Научное обоснование организационных форм и пути повышения эффективности и качества внебольничной помощи сельскому населению района (на примере Саратовской области) [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / А.В. Паскаль. - СПб., 2002. - 22 с.
109. **Поляков, И.В.** Проблемы семейной (общеврачебной) практики [Текст] / И.В. Поляков, Т.М. Зеленская // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. - 2006. - № 2. - С. 24-26.
110. **Померанцев, В.П.** Общая и семейная медицина за рубежом [Текст] Померанцев В.П. //Сов. Медицина.- 1989.- №9.- С.59-62.
111. Практическое руководство для врачей общей практики [Текст] / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова. - М.: ГЭОТАР, 2001. – 719 с.
112. **Райс, Д.А.** Преобразование системы здравоохранения США в контексте мирового процесса реформ [Текст] / Д.А. Райс // Роль и место медицинского страхования в реформировании здравоохранения: сб. тр. - М., 1996. - С. 123-144.
113. **Рякова, Е.О.** Организационные основы системы семейной медицины: опыт планирования и внедрения [Текст]: автореф. дисс. ...канд. мед. наук: / Е.О. Рякова. - Душанбе, 2003. - 28 с.
114. **Саадакбаев, А.С.** Результаты лицензирования и аккредитации медицинской деятельности в Кыргызской Республике в 1997-1998 г.г. [Текст]: Матер. 1-го Конгр. врачей Кыргызской Республики / [А.С. Саадакбаев, Т.Т. Курманалиева, Э.Т. Бокчубаев и др.]. – Бишкек, 1998. - С. 71-76.

115. **Саваш, С.** Реформы здравоохранения в Кыргызстане [Текст]: пер. с англ. / С. Саваш // Европейское региональное бюро ВОЗ. – Копенгаген, 2000. – 58 с.
116. **Салтман, Р.Б.** Реформы системы здравоохранения в Европе [Текст] / Р.Б. Салтман, Д. Фигайрес // Анализ современных стратегий. – М.: Геотар медицина, 2000. - 432 с.
117. Семейная медицина [Текст]: руководство, в 2-х т. / под ред. А.Ф. Краснова. - Самара: «Самарский дом печати», 1994. - 383 с., 767 с.
118. **Синявская, В.М.** Организация системы управления по учету и анализу работы общих врачебных (семейных) практик в условиях обязательного медицинского страхования [Текст] / В.М. Синявская, В.А. Журавлев, В.А. Фролова // Экономика здравоохранения. - 2004. - № 9. - С.12-18.
119. **Симбирцев, С.А.** Первичная медицинская помощь в Финляндии [Текст] / С.А. Симбирцев, А.Л. Косовой // Здравоохранение РФ. - 1993. - № 4. - С. 28-30.
120. **Сквирская, Г.П.** Некоторые аспекты реформирования здравоохранения в РФ [Текст] / Г.П. Сквирская // Здравоохранение РФ. - 1998. - № 2. - С. 27-39.
121. **Стародубов, В.И.** Методологические технологии и руководство по управлению качеством медицинской помощи [Текст] / В.И. Стародубов, Г.И. Галанова. - М., 2011. - 208 с.
122. **Стародубов, В.И.** Первичная медицинская помощь: состояние и перспективы развития [Текст] / В.И. Стародубов, А.А. Калининская, С.И. Шляфер. - М., 2007. - 264 с.
122. **Султанмуратов, М.Т.** Научное обобщение модели структурного преобразования системы предоставления медицинских услуг в Кыргызской Республике [Текст]: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33 / М.Т. Султанмуратов. - Бишкек, 2003. - 228 с.
123. **Султанмуратов, М.Т.** Основные особенности проведения реструктуризации системы предоставления медицинских услуг на разных уровнях оказания медицинской помощи [Текст] / [М.Т. Султанмуратов, Э.Т.

- Бокчубаев, Г.К. Алиев и др.] // Центрально-Азиатский медицинский журнал. – Бишкек, 2001. - № 1. - С.15-18.
124. **Султанмуратов, М.Т.** Основы организации и финансирования Центра семейной медицины [Текст]: метод. рекомендации / [М.Т. Султанмуратов, Э.Т. Бокчубаев, М.М. Каратаев и др.] // под ред. Т.С. Мейманалиева. – Бишкек, 2001. - 48 с.
125. **Султанмуратов, М.Т.** Социально-экономическое обоснование проведения реструктуризации системы предоставления медицинских услуг в Кыргызской Республике [Текст] / М.Т. Султанмуратов. - Б.: Центр гос.яз. и энциклопедия, 2001. - С. 53-71.
126. **Суслин, С.А.** Проблемы совершенствования организации медицинской помощи сельскому населению (обзор литературы) [Текст] / С.А. Суслин, Р.А. Галкин // Здравоохранение РФ. - 2006. - № 1. - С.14-17.
127. **Суслин, С.А.** Организация медицинской помощи населению сельских районов с центрами в городах [Текст] / С.А. Суслин // Семейная медицина. - 2007. - № 4. - С. 7-10.
128. **Суслонова, Н.В.** Модернизация здравоохранения Чувашской Республики [Текст] / Н.В. Суслонова // Экономика здравоохранения. - 2005. - № 1. - С. 5-6.
129. **Суслонова, Н.В.** Модернизация здравоохранения Чувашской Республики [Текст] / Н.В. Суслонова // Экономика здравоохранения. - 2005. - № 1. - С. 5-6.
130. **Татарников, М.А.** Цели и задачи развития общей (семейной) практики [Текст]: Бюллетень научно-исследовательского института социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко / М.А. Татарников. - 2002. - Вып. 3. - С. 60-72.
131. **Татарников, М.А.** Принципы управления качеством медицинской помощи [Текст] / М.А. Татарников // Проблемы управления здравоохранением. - 2007. - № 3. - С.12-18.

132. **Татарников, М.А.** Методика проведения социологического исследования в здравоохранении [Текст] / М.А. Татарников // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. - 1998. - № 2. - С. 31-44.
133. **Турьянов, А.Х.** Проведение экзаменов в общей врачебной практике [Текст] / А.Х. Турьянов, Г.А. Павлова, Э.Ш. Салихова // Российский семейный врач. - 2003. - № 2. - С. 65.
134. **Уйба, В.В.** Методологические основы управления качеством медицинской помощи в сети лечебно-профилактических учреждений специализированного государственного здравоохранения [Текст] / В.В. Уйба // Проблемы управления здравоохранением. - 2008. - № 4. - С. 24-34.
135. Управление учреждениями здравоохранения первичного звена [Текст] / под. ред. проф. С.З. Зарипова. - Душанбе, 2003. - 151 с.
135. **Финченко, Е.А.** Экспертная оценка проблем организации внебольничной помощи сельскому населению по принципу общей врачебной практики [Текст] / Е.А. Финченко и др. // Консилиум. - 2002. - № 2 (26). - С. 47-50.
136. **Хабриев, Р.У.** Методические основы социологического исследования доступности и качества медицинской помощи [Текст] / Р.У. Хабриев, И.Ф. Серегина // Экономика здравоохранения. - 2006. - № 12. - С. 5-7.
137. **Царик, Г.Н.** Принципиальные аспекты реформирования первичного звена в Сибирском регионе [Текст] / Г.Н. Царик // Семейная медицина. - 2004. - № 1. - С. 29-30.
138. Человеческое развитие в горных регионах Кыргызской Республики: Национальный отчет по человеческому развитию [Текст]. – Бишкек, 2004. – 22 с.
139. **Чернова, Н.Е.** Исторические вехи становления и развития родовспоможения в Кыргызстане [Текст] / Н.Е. Чернова. - Бишкек, 2008. - 413 с.
140. **Чубаков, Т.Ч.** Опыт внедрения системы непрерывного повышения квалификации семейных врачей и медсестер [Текст] / [Т.Ч. Чубаков, Б.С.

Джузенова, Л.Р. Уметова и др.] // Медицинские кадры XXI века. - 2005. - № 1. - С. 20-25.

141. **Чубаков, Т.Ч.** Пути совершенствования качества подготовки и переподготовки семейных врачей [Текст] / [Т.Ч. Чубаков, Б.С. Джузенова, А.К. Артыкбаева и др.] // Центрально-Азиатский медицинский журнал. - 2006. - № 1. - С. 60-64.

142. **Чубаков, Т.Ч.** Процесс интеграции непрерывной подготовки специалистов и непрерывного повышения качества медицинской помощи на уровне ПМСП [Текст] / Т.Ч. Чубаков, А.К. Артыкбаева // Медицина Кыргызстана. - 2007. - № 4. - С. 39-44.

143. **Шабров, А.В.** Состояние и перспективы развития общеврачебной (семейной) практики [Текст] / [А.В. Шабров, И.В. Поляков, В.В. Павлов и др.] // Мир медицины. - Спб.: Изд-во «Человек», 1999. - № 1-2. - С. 8-9.

144. **Шейман, И.М.** Соплатежи населения за медицинскую помощь: опыт Киргизской Республики и его значение для российского здравоохранения [Текст] / И.М. Шейман // Экономика здравоохранения. - 2007. - № 1. - С. 17-29.

145. **Шнейдерман, Н.А.** Откровенный разговор, рождаемость и меры ее регулирования [Текст] / Н.А. Шнейдерман. – М.: Мысль, 2003. - 171 с.

146. **Щепин, О.П.** Опыт развития первичной медицинской помощи в РФ и за рубежом [Текст] / О.П. Щепин, В.К. Овчаров // Проблемы управления здравоохранением. - 2007. - № 5 (20). - С. 3-5.

147. **Щепин, О.П.** Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи [Текст] / [О.П. Щепин, В.И. Стародубов, А.Л. Линденбратен и др.]. - М.: Медицина, 2002. - 172 с.

148. **Энгстром, С.** Эффективна ли общая врачебная практика? Систематический обзор литературы [Текст] / С. Энгстром, М. Фолдеви, Л. Боргквист // Семейная медицина. - 2008. - № 6. - С. 34-37.

149. **Яременко, Л.Н.** Развитие общих врачебных практик в некоторых регионах России. Данные мониторирования проектов, реализованных на

средства гранта фонда «Институт открытие общество» [Текст] / Л.Н. Яременко // Семейная медицина. - 2001. - № 4. - С. 53-57.

151. **Abel-Smith, B.** Cost Containment and New Priorities in Health Care: a Study of the European Community [Text] / B. Abel-Smith. - Aldershot: Avery Asigate, 1992.
152. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). CONQUEST: overview: a computerized needs-oriented quality measurement evaluation system [Text] / Rockville (MD) // Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). - 1999. - 17 p.
153. **Allen, M.E.** Good Clinical Practice: rules, regulation and their impact on the investigator [Text] / M.E. Allen, M.J. Vanderburg // Br. J. Clin. Pharmacol. – 2005. - P. 43.
154. **Ambrose, P.** Health System Reform and the Rise of Family Medicine in Spain [Text] / P. Ambrose // J. Amer. Board of FP. - 2004. - Vol.1. - № 9. - P. 60-63.
155. **Anderson, P.D.** Appraisal of the epidemiology of fetal alcohol syndrome among Canadian native peoples [Text] / P.D. Anderson, D.L. Bray // Canad. J. Publ. Health. - 2003. - Vol. 4, № 14. - P. 34-38.
156. **Atun, R.** What are advantages and disadvantages of restructuring a health system to be more focused on primary care services? [Text] / R. Atun // WHO Health Evidence Network. - 2004.
157. Banoob S.N. Реформа здравоохранения в странах Восточной и Центральной Европы: частное и государственное финансирование [Текст]: Матер. 7-го Всемир. форума здравоохранения / S.N. Banoob // Копенгаген. - 1994. - Том 15, № 4. - С. 17-21.
158. **Boerma, W.G.W.** The role of general practice in primary care [Text] W.G.W. Boerma, D.M. Fleming // WHO. - Geneva. - 1998. - 182 p.
159. **Boerma, W.G.** Service profiles of general practitioners in Europe [Text] W.G. Boerma, J. Van-der-Zee, D.M. Fleming // Br. J. Gen. Pract. - 1997. - Vol. 47. - P. 481-486.

160. **Brown , J.** The organization in general practice [Text] / J. Brown // Occas. Pap. R. Coll. Pract. - 1999. - Vol. 64, № 4. - P. 1-4.
161. **Cassels, A.** Health Sector Reform: Key Issues in Less Developed Countries. [Text] / A. Cassels // World Health Organization. - Geneva, 1997.
162. **Chiniti, D.** Israel's health policy breakthrough: the politics of reform and the reform of politics [Text] / D. Chiniti // J. Health Polit, Policy Law. - 2008. - Vol. 14, № 9. - P. 12-16.
163. **Davis, D.A.** Changing physician performance: a systematic review of the effect of continuing medical education strategies [Text] / [D.A. Davis, M.A. Thomson, A.D. Oxman et al.] // JAMA. - 2004. - Vol.123, № 9. - P. 346-352.
164. **De Roo, A.A.** Contracting and solidarity: market-oriented changes in Dutch health insurance schemes [Text] / A.A. De Roo // Implementing Planned Markets in Health Care. - Buckingham: Open University Press, 2005. - P. 28-32.
165. **Dekker, E.** Health care reforms and public health [Text] / E. Dekker // Eur. J. Public Health. - 2004. - Vol. 7, № 12. - P. 312-316.
166. European Forum of Medical Associations and WHO. Policy of Medical Associations Regarding Quality of Care Development [Text] / Workshop on the Project to Develop Policies and Mechanisms for National Medical Associations Regarding Quality of Care Development. - Utrecht, 2003.
167. **Figueras, J.** Health care systems in Southern Europe: is there a Mediterranean digm? [Text] / J. Figueras et al. // Int. J. Health Sci. - 1994. - Vol. 5, № 4. - P. 135-146.
168. **Fons, S.** Структуры и условия, необходимые для создания эффективной системы службы врача общей практики [Текст] / S. Fons // Семейная медицина. - 2002. - Вып. 1. - С. 38.
169. **Groenewegen, P.P.** The shadow of the future: institutional change in health care [Text] / P.P. Groenewegen // Health Aff. (Millwood). - 2006. - Vol.14, № 9. - P. 1234-1240.
170. **Ham, C.** Management and Competition in the New NHS [Text] / C. Ham. - Oxford: Radcliffe Medical Press, 2004.

171. Healthy Cities Project: state of the art and future plans [Text] // Health Promotion Int. - 1995. - Vol. 10, № 2. - P. 133-141.
172. Health care reform in central and eastern European countries [Text] / Proceedings. European public health association (EUPHA). - Debrecen, 1996. - 164 p.
173. Health Promotion and Health Care System Reforms: a Consensus Statement [Text] / First meeting of the European Committee for Health Promotion Development // WHO Regional Office for Europe. - Dublin-Copenhagen, 1999.
174. **Hoffman, T.G.** Commentary: health care and specialists: the results are not very positive! [Text] / T.G. Hoffman, A.T. Hollingworth. - USA, 2000. - Vol. 15, № 1. - P. 24-38.
175. Improving the Quality of Reproductive Health Services in Issyk-Kul Oblast, Kyrgyzstan: Report on a Pilot Project [Text] / ZdravPlus Document by N. Seitkazieva, F. Kamakhunova, T. van der Velden, A. Kenney A. Shaikh. - 2002.
176. **Jacob, M.** Evaluating the Manas Health Sector Reform (1996-2005): Focus on Health Financing [Text] / [M. Jacob, J. Kutzin, S. Chakraborty et al.] // Manas Health Policy Analysis Project Policy Research Paper. - 2005. - № 31.
177. **James, J.H.** Reforming the British National Health Service: implementation problems in London [Text] / J.H. James // J. Health Polit. Police Law. - 1999. - Vol. 20, № 1. - P. 191-210.
178. **Jonson, N.** Private Markets in Health and Welfare [Text] / N. Jonson. - Oxford: Berg, 2006. - Vol. 13, № 2. - P. 125-132.
179. **Klein, R.** Big bang health care reform – does it work? The case of Britain's National Health Service reforms [Text] / R. Klein. - 2006. - Vol. 45, № 4. - P. 376-386.
180. **Klugman, J.** A survey of Health Reform in Central Asia. World Bank Technical Paper № 344 [Text] / J. Klugman, G. Schieber // Social Challenges of Transition Series. – Washington, DC.: The World Bank, 1996. - № 3.

181. **Levin, L.S.** Health promotion as an investment strategy: consideration on theory and practice [Text] / L.S. Levin, E. Ziglio // Health Promotion Int. - 1999. - Vol. 11. - P. 33-40.
182. **Light, D.W.** The radical experiment: transforming Britain's national health system to interlocking markets [Text] / D.W. Light // J. Public Health Policy. - 2007. - Vol. 6, № 3. - P. 167-172.
183. **Manikainen, A.** Restructuring Health Policies – the Finnish Case [Text] / A. Manikainen, P. Uusikyta. - Helsinki: University of Helsinki, 2007.
184. **Marmor, T.** The missing alternative: how Washington elites pushed single-payer reform plans off the agenda [Text] / T. Marmor, T. Hamburger // Understanding Health Care Reform, Ed. T. Manner. - New Haven: Yale University Press, 1999.
185. **Martinet, J.** Health Sector Reforms in Central America [Text] / J. Martinet, P. Sandiford // Liverpool School of Tropical Medicint, 1995.
186. **Marshall, M.** Quality Indicators for General Practice [Text] / [M. Marshall, C. Campbell, J. Hacker et al.]. - London: Royal Society of Medicine. - 2002.
187. Quality Indicators for General Prfctice Marshall M., Campbell C., Hacker J. and Roland M..-London: Royal Society of Medicine, 2002.
188. **McGlynn, E.A.** Six challenges in measuring the quality of health care [Text] / E.A. McGlynn // Health Aff (Millwood). - 1997. - № 16. - P. 7-21.
189. **Mills, A.** Health System Decentralization: Concepts, Issues and Country Experience [Text] / A. Mills et al. // World Health Organization. - Geneva, 1995.
190. Ottawa charter for health promotion [Text] / Health Promotion. - 1989. - Vol. 1, № 4. - P. 32-37.
191. **Paul, S.** Capacity Building for Health Sector Reform [Text] / S. Paul // World Health Organization. - Geneva, 2007.
192. Perspectives on Health Promotion [Text] / Canadian Public Health Association. – Ottawa, 1995.
193. **Robinson, M.** Health of the Nation: Every Government Department's Business [Text] / M. Robinson et. al. - Lond.: RSM Press, 1996.

194. **Rondinelli, D.** Government decentralization in comparative theory and practice in developing countries [Text] / D. Rondinelli // Int. Rev. Adm. Sci. - 2004. - Vol. 35. - P. 145-151.
195. **Saltman, R.B.** Patient choice and patient empowerment in European health systems: a conceptual framework [Text] / R.B. Saltman // Int. J. Health Serv. - 1994. - Vol. 24, № 2. - P. 201-229.
196. **Starfield, B.** Primary care and health. A cross national comparison [Text] / B. Starfield, N.R. Powe // JAMA. - 2000 - Vol. 23, № 5. - P. 567-578.
197. **Starfield, B.** Is primary care essential? [Text] / B. Starfield // The Lancet. - 1994. - Vol. 344. - P. 1129-1133.
198. The Reform of Health Care Systems: a Review of Seventeen OECD Countries [Text] / Organization for Economic Co-operation and Development. – Paris, 1994.
199. **Ventres, W.** Where there is no Family Doctor: The development of Family Practice around the World [Text] / [W. Ventres, V. Hunt, D. Mull et al.] // Academic Medicine. - 1995. - Vol. 70. - P. 370-380.
200. **Waitzkin, H.** Primary care in Cuba: Low and High Technology development pertinent to family medicine [Text] / [H. Waitzkin, K. Wald, R. Kee et al.] // J. Fam. Pract. – Vol. 45. - P. 250-258.
201. **Yoder, R.A.** Are people willing and able to pay for health services? [Text] / R.A. Yoder // Social sciences and medicine. - 1989. - Vol. 29 (1). - P. 35-42.