

хирургического стационара, представлены критерии эффективности деятельности отделения, её экономическая эффективность, результаты опроса пациентов хирургического отделения;

2. Рассчитан коэффициент относительной важности каждого мероприятия, направленное на совершенствование деятельности лечебно-профилактических организаций;

3. Выявлено, что только комплексный подход к организации и оценке деятельности хирургического стационара позволяет своевременно и качественно оказать медицинскую помощь больным.

#### Список литературы:

1. **Кучеренко В. З.** Подходы к построению системы обеспечения качества и управления затратами на оказание больничной помощи [Текст] / В. З. Кучеренко, С. А. Мартынчик, С. М. Хомяков. // Экономика здравоохранения. – М., 2007. - № 6. – С. 5-14
2. **Кучеренко, В. З.** Организационно-управленческие проблемы рисков в здравоохранении и безопасности медицинской практики [Текст] / В. З. Кучеренко, Н. В. Эккерт // Вестник РАМН. – 2012. - № 3. – С. 4-9.
3. **Каратаев М. М.** Стратегия развития общественного здравоохранения в Кыргызстане [Текст] / М. М. Каратаев. // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева. – Бишкек, 2016. - № 5. – С. 14-22.
4. **Каратаев М. М.** Основные направления улучшения системы контроля качества [Текст] / М. М. Каратаев, Т. С. Абдраимов, У. Р. Мойдинов. // Наука и новые технологии. – Бишкек, 2009. - № 1. – С. 17-19.
5. **Брескина, Т. Н.** Самооценка деятельности медицинских организаций – основа их конкурентоспособности и устойчивого развития [Текст] / Т. Н. Брескина // Вестник Росздравнадзора. – 2010. - № 2. – С. 10-13.
6. **Вялков, А. И.** Проектирование системы менеджмента качества научной медицинской деятельности: единая технология улучшения процессов [Текст] / А. И. Вялков, Е. А. Глухова // Здравоохранение РФ. – 2012. - № 3. – С. 3-6.
7. **Вялков, А. И.** Методологические основы управления качеством деятельности медицинской научной организации в конкурентной среде [Текст] / А. И. Вялков, В. З. Кучеренко, С. А. Мартынчик // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2010. - № 3. – С. 14-19.
8. **Бабенко А. И.** Стратегическое планирование и социально-гигиеническая оценка функционирования медицинских организаций [Текст] / А. И. Бабенко. – Новосибирск, 2006. – 403 с.
9. **Линденбратен, А. Л.** Качество организации медицинской помощи и критерии для его оценки [Текст] / А. Л. Линденбратен // Бюллетень НИИ общественного здоровья. – 2013. – Вып. 2. – С. 20-23.
10. **Сквирская, Г. П.** Актуальные проблемы ресурсного обеспечения деятельности ЛПУ: пути решения [Текст] / Г. П. Сквирская // Здравоохранение. – 2011. - № 6. – С. 24-34.

УДК 340.624027.512

*Абдурахманов Ш.Т.  
Токтоматов Н.Т.  
преп. КГМИПуПК*

#### ВОПРОСЫ ОПТИМИЗАЦИИ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В РЕГИОНАХ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

*Предметом исследования в данной работе являются факторы, влияющие на качество и эффективность деятельности региональных медицинских учреждений. Целью исследования*

является совершенствования качества и эффективности оказания стационарной медицинской помощи населению в регионах Кыргызской Республики. В работе использованы статистические, социологические и аналитические методы исследования. Получены данные медицинских стационаров в зависимости от уровня специализации, коечной мощности, степени удаленности их от районного и областного центра, состояния и качества автомобильных дорог, распределения затрачиваемого времени на проезд в районные или областные центры. На основе полученных результатов предложены приоритетные направления совершенствования деятельности стационарных медицинских учреждений в регионах Кыргызской Республики.

**Ключевые слова:** территориальные и областные больницы, медицинские стационары, медицинская помощь, общеврачебная помощь, специализированная помощь.

## КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН АЙМАКТАРЫНДА СТАЦИОНАРДЫК МЕДИЦИНАЛЫК ЖАРДАМ БЕРҮҮНҮ ОПТИМАЛДАШТЫРУУ МАСЕЛЕЛЕРИ

*Изилдөөнүн предмети катары аймактык медициналык мекемелердин ишмердүүлүктөрүнүн сапатына жана эффективдүүлүгүнө таасир этүүчү факторлор каралган. Жумуштун максаты болуп Кыргыз Республикасынын аймактарында жашаган элге көрсөтүлүүчү стационардык медициналык жардамдын сапатын жана эффективдүүлүгүн жакшыртуу эсептелинет. Макалада ооруканалардын түрүнө жана стационардык дарылоонун адистештирилген деңгээлине жараша дарылоо орундарын бөлүштүрүү көрсөткүчтөрү, ошондой эле дарылоо мекемесинин орундарынын райондук жана областтык борборлорго карата жайгашуусу, автоунаа жолдорунун абалы, райондук жана областтык борборго чейинки убакыт чыгымдары аныкталган. Алынган жыйынтыктардын негизинде Кыргыз Республикасынын аймактарында жашаган элге көрсөтүлүүчү стационардык медициналык жардамдын сапатын жана эффективдүүлүгүн жакшыртуу боюнча сунуштар берилген.*

**Негизги сөздөр:** аймактык жана областтык оорукана, медициналык стационар, медициналык жардам, жалпы даарыгердин жардамы, адистештирилген жардам.

## ISSUES OF OPTIMIZATION OF STATIONARY MEDICAL CARE TO POPULATION IN THE REGIONS OF THE KYRGYZ REPUBLIC

*The subject of research in this work are the factors affecting the quality and effectiveness of the activities of regional medical institutions. The aim of the study is to improve the quality and effectiveness of providing inpatient medical care to the population in the regions of the Kyrgyz Republic. The work uses statistical, sociological and analytical methods of research. The data of medical hospitals are obtained depending on the level of specialization, the bed capacity, the degree of their distance from the regional and regional center, the condition and quality of roads, the distribution of time spent on travel to regional or regional centers. Based on the results obtained, priority directions for improving the activities of inpatient medical institutions in the regions of the Kyrgyz Republic were proposed.*

**Key words:** territorial and regional hospitals, medical hospitals, medical aid, general medical aid, specialized assistance.

**Актуальность исследования.** На современном этапе планирования и организации медицинской помощи, особенно на уровне обширных территориальных преобразований, необходим учет не только показателей, характеризующие здоровье населения и здравоохранения, но и географических аспектов размещения населения и ресурсов здравоохранения. К решению этих проблем посвящены следующие работы [1-5, 7,8,10]. Согласно этим и другим работам ученых [6,9], интеграция способствует, как правило, сглаживанию различий между географическими районами и социально-экономическими

группами в отношении доступности служб и интенсивности их использования.

Общие национальные задачи в здравоохранении наилучшим образом выполняются при децентрализации системы и предоставления местным органам здравоохранения свободы действий, необходимых средств и финансовых возможностей. Разделение ответственности означает, что каждая из множества инстанций разного уровня отвечает за свою специфическую сферу деятельности, составляющую вместе с другими единое целое [2,3].

Совершенствование территориальной организации всей системы общественного обслуживания обуславливает настоятельную необходимость разработки принципиально новых подходов к формированию сети медицинских учреждений, особенно больниц, обеспечивающих полное и своевременное удовлетворение потребности населения во всех видах специализированной стационарной медицинской помощи [9].

Реорганизация структуры сельских ЛПУ, их ресурсного обеспечения допускает различные формы организации и темпы проведения преобразований, но с сохранением общих подходов, развертывании специализированных служб на базе ЦРБ: организации в крупных ЦРБ межрайонных центров; приведении коечной мощности к реальным потребностям населения; организация выездного обслуживания сельских жителей в разнообразных формах.

Учитывая скромные лечебно-диагностические возможности, недостаток квалифицированных медицинских кадров, слабую материально-техническую базу и дефицит финансовых средств сельских лечебно-профилактических учреждений, особая роль в настоящее время отводится развитию специализированной консультативной медицинской помощи, в частности развитию передвижных форм лечебно-диагностической помощи и особенно созданию межрайонных консультативно-диагностических центров.

**Цель исследования.** Совершенствования качества и эффективности оказания стационарной медицинской помощи населению в регионах Кыргызской Республики.

#### **Материал и методы исследования.**

Материалом исследования явились данные республиканского медико-информационного центра Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, результаты выборочного опроса пациентов, обратившихся в лечебно-профилактические организации, данные из отдела картографии государственной регистрационной службы при Правительстве Кыргызской Республики.

#### **Результаты и обсуждение.**

Стационарную помощь населению на территории административно-территориального района оказывают Территориальные больницы, а также филиалы и структурные подразделения Территориальных больниц. В основном структурные подразделения и филиалы Территориальных больниц оказывают общеврачебную помощь, что составляет 98,2%. Территориальные больницы в районной (52,2%) и городской местности (16,7%) оказывают медицинскую помощь по основным специальностям: терапия, хирургия, акушерство и гинекология, педиатрия, а специализированные виды по 10 - 15 специальностям – в 75,0% городских Территориальных больницах и 41,3% в районных Территориальных больницах (таблица 1).

Таблица 1 – Распределение коек по типу больниц, уровню специализации стационара

Тип больниц	Общеврачебная помощь, %	Помощь по основным специальностям, %	Специализированная помощь, %
СП ТБ, ФТБ	98,2	1,8	0
Городские ТБ	8,3	16,7	75,0
Районные ТБ	6,5	52,2	41,3
Всего	37,7	23,6	38,8

Из представленной таблицы 1 следует, что у 37,7% больниц здравоохранения в регионах может быть оказана лишь общеврачебная помощь, преимущественно по медико-социальным показаниям и хроническим больным. Ограничено количество больниц, на базе которых

может быть развернута помощь по основным специальностям, что в настоящее время составляет лишь 23,6%. Специализированные виды медицинской помощи могут оказать 38,8% больниц, базы которых могут служить больницей для интенсивного лечения больных.

Больше половины структурных подразделений и филиалов Территориальных больниц (77,1%) удалены от административных центров до 60 км (таблица 2). Однако, часть СП ТБ и ФТБ (13,8%) удалены на 60 - 100 км, а 9,1% - св.100 км. В целом же удаленность 48,3 % структурных подразделений и филиалов от областных объединенных больниц составляют до 60 км, а 51,7% медицинских пунктов удалены более чем на 60 км. ( $\chi^2 = 38,2 > \chi^2_{табл.} = 23,7$ ;  $P > 0,05$ ).

Таблица 2 – Распределение больниц разной коечной мощности по степени удаленности их от районного и областного центра

Мощность больницы (число коек)	Удаленность от больничного центра (км)		
	до 60	61-100	более 100
СП ТБ, ФТБ	77,1	13,8	9,1
30-79 коек	25,0	18,8	56,3
80-99 коек	66,7	16,7	16,7
100-149 коек	41,7	16,7	41,6
150-199 коек	50,0	25,0	25,0
200-249 коек	42,9	14,3	42,9
250-350 коек	50,0	16,7	33,3
свыше 350 коек	33,3	66,7	0,0
В среднем	48,3	23,6	28,1

Только 48,3% больниц, удаленные до 60 км от районного и областного центра имеют асфальтированную дорогу для связи (таблица 3). Остальные 53,7% больниц, удаленные от центра св. 60 км имеют грунтовую дорогу для связи. Состояние и дальность дорог прямым образом влияет на своевременное оказание медицинской помощи больным, а также на показатели качества и эффективности деятельности этих медицинских пунктов.

Таблица 3 – Состояние автомобильных дорог по степени удаленности от центра

Расстояние до больничного центра	Состояние автодорог	
	Хорошее	Плохое
до 60 км	46,3	53,7
61-100 км	44,4	55,6
свыше 100 км	31,3	68,8
В среднем	40,7	59,3

Как известно, фактор времени является определяющим в обеспечении доступности медицинской помощи. По данным таблицы 4, на проезд в районный центр менее половины населения (45,9%), проживающего в районе деятельности больниц (структурные подразделения или филиалы Территориальных больниц) затрачивает до 1 часа, 29,4% - от 1 до 2 часов, а 24,8% - более 2 часов. На проезд в областной центр только 25,0% и 39,1% населения проживающего в районе деятельности больниц (городские и районные Территориальные больницы) затрачивают до 1 часа, 25,0% и 15,2% - от 1,5 до 2 часов, а 50,0% и 45,7% - более 2 часов соответственно ( $\chi^2 = 9,46 < \chi^2_{табл.} = 9,49$ ;  $P < 0,05$ ).

Таблица 4 – Время на проезд в районные и областные центры

Организации здравоохранения	Время, затрачиваемое на проезд		
	до 1 часа	в течении 1-2 часов	более 2 часов
СП ТБ, ФТБ	45,9	29,4	24,8
Городские ТБ	25,0	25,0	50,0

Организации здравоохранения	Время, затрачиваемое на проезд		
	до 1 часа	в течении 1-2 часов	более 2 часов
Районные ТБ	39,1	15,2	45,7
В среднем	36,7	23,2	40,1

Представленная таблица 4 показывает, что многие дополнительные внешние и внутренние факторы ставят под сомнение целесообразность мероприятий по развитию каждого стационара, особенно, второго этапа, по всем направлениям. В сложившихся условиях для отдаленных и труднодоступных регионов с небольшими по численности населения нерационально и неэффективно создание достаточно крупных больниц, способных обеспечить обслуживаемое население специализированными видами стационарной медицинской помощи. Целесообразней представляется формирование объединений нескольких стационаров между собой по оказанию медицинской помощи. В некоторых случаях, когда удаленность от центра незначительное следует перенести их функции на областной уровень. Для обеспечения специализированной помощи возникает необходимость создания объединений на основе типизации административных территорий и формирования соответствующих функциональных зон (секторов) медицинского обслуживания. Это может быть 2-3 географически сближенные стационары, имеющие разные коечные мощности, профиль, уровень применяемых медицинских технологий и режимы интенсивности.

Таким образом, учитывая многие факторы, влияющие на эффективность и качество оказания специализированной и высококвалифицированной медицинской помощи в регионах Кыргызской Республики, необходимо определить приоритетные направления совершенствования деятельности стационарных медицинских учреждений.

#### **Выводы:**

1. Выявлено необходимость улучшения взаимодействия между службами скорой и неотложной помощи, и наиболее крупными многопрофильными Территориальными больницами, путем организации в структуре последних специализированных, хорошо оборудованных и обеспеченных всеми необходимыми ресурсами отделений неотложной помощи;
2. Определено целесообразность образования объединений между Территориальными больницами с целью более рационального использования ресурсов и современного медицинского оборудования;
3. Предложены пути совершенствования оказания медицинской помощи в зависимости от функциональных задач каждого стационара: Областная объединенная больница (ООБ) - узкоспециализированная помощь; Зональная территориальная больница (ЗТБ) мощностью свыше 120 коек - интенсивная диагностика и подбор адекватной терапии, т.е. специализированная медицинская помощь; Территориальная больница (ТБ) мощностью от 80 до 120 коек - лечение пациентов с установленным диагнозом, неотложная помощь и лечение острых заболеваний, т.е. медицинская помощь по 5-ти основным специальностям; Центры общей врачебной практики мощностью менее 80 коек - общеврачебная помощь;
4. Определено необходимость обеспечения хорошей транспортной доступностью с одновременным совершенствованием деятельности службы выездной медицинской помощи.

#### **Список литературы:**

1. **Белов, Л. А.** Пути повышения качества медицинской помощи [Текст] / Л. А. Белов // Здравоохранение. – 2009. - № 1. – С. 62-64.
2. **Вавилов, А. В.** Проблемы и пути улучшения качества организации работы многопрофильного стационара [Текст] / А. В. Вавилов // Аспекты модернизации в управлении качеством организации медицинской помощи: Сборник материалов научно-практической конференции. – Самара, 2011. – С. 99-106.
3. **Варганова, И. П.** Деонтологический фактор как причина диагностических ошибок [Текст] / И. П. Варганова // Восточноевропейский журнал общественного здоровья. –



2012. - № 1 (17). – С. 97-98.

4. **Галанова, Г. И.** К вопросу совершенствования знаний медицинских работников в области нормативно-правовой базы здравоохранения [Текст] / Г. И. Галанова // Менеджер здравоохранения. – 2009. - № 1. – С. 24-28.
5. **Грачева, А. С.** Стандартизация медицинской помощи как часть системы управления качеством в здравоохранении [Текст] / А. С. Грачева // Вестник Росздравнадзора. – 2010. - № 5. – С. 16-21.
6. **Игнатовский, А. О.** О некоторых аспектах качества медицинской помощи [Текст] / А. О. Игнатовский, Е. В. Соколовский, Н. И. Вишняков // Врач. – 2012. - № 5. – С. 83-85.
7. **Каратаев, М. М.** Вопросы организации непрерывного обучения врачей [Текст] / М. М. Каратаев, Г. М. Субанбаева // Проблемы управления здравоохранением. – Москва, 2007. - № 5. – С. 43-46.
8. **Каратаев, М. М.** Актуальные вопросы повышения качества образовательного процесса по общественному здоровью и здравоохранению в системе додипломного образования [Текст] / М. М. Каратаев, Д. Д. Ибраимова, К. И. Садамкулова // Наука и новые технологии. – Бишкек, 2011. - № 1. – С. 88-92.
9. **Кицул, И. С.** Организационно-функциональные основы системы менеджмента качества в деятельности медицинских организаций [Текст] / И. С. Кицул, Н. Ф. Князюк // Здравоохранение РФ. – 2009. - № 1. – С. 20-24.
10. **Комаров, Ю. М.** Качество медицинской помощи как одно из приоритетных направлений развития здравоохранения [Текст] / Ю. М. Комаров // Здравоохранение. – 2009. - № 10. – С. 35-45.
11. **Кучеренко, В. З.** Роль подготовки медицинских кадров в развитии здравоохранения России [Текст] / В. З. Кучеренко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2011. - № 4. – С. 46-50.

УДК: 614,253,52:614,2

**Ашимов Ж.И.**

*к.м.н., доцент, АзМИ им. С.Тентишева*

**Туйбаев Э.З.**

*аспирант, Институт медицинских проблем Южного отделения НАН КР*

### **РЕТРОСПЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА МОДЕЛИ РАЗВИТИЯ ПОДСИСТЕМЫ «УПРАВЛЕНИЕ» В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ**

*Предметом исследования являются тяжело больные, находящиеся в критическом состоянии. Целью исследования является совершенствование системы оказания хирургической помощи больным, находящимся в критическом состоянии. В данной работе использованы методы ретроспективного анализа истории болезни больных. Получены зависимости эффекта лечения от организационных факторов и компетентности хирурга. Изложены результаты ретроспективной оценки модели развития подсистемы «Управление» в лечебно-профилактических учреждениях. Показано, что позитивным явлением служит все большее распространение маркетингового метода работы в их деятельности. Подчеркивается, что фронтальный анализ деятельности учреждений предполагает выявление недостатков и резервов в деятельности, а также предвидение на этой основе оптимизацию работы в целом.*

**Ключевые слова:** *модель развития системы лечебно-профилактических учреждений, мониторинг качества медицинской помощи, маркетинговый метод, фронтальный анализ.*

**ДАРЫЛОО-ПРОФИЛАКТИКАЛЫК МЕКЕМЕЛЕРДЕ “БАШКАРУУ”**