

УДК 614.21+616-082

https://doi.org/10.33619/2414-2948/75/18

**ПРОЦЕССНЫЕ МОДЕЛИ РАЗВИТИЯ ТРИАДЫ ПОДСИСТЕМ
ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ:
УПРАВЛЕНИЕ, РЕСУРСЫ, ПОТЕНЦИАЛ. РЕСУРСЫ**

©*Ниязов Б. С., д-р мед. наук, Кыргызский государственный медицинский институт
переподготовки и повышения квалификации им. С.Б. Даниярова,
г. Бишкек, Кыргызстан, niyazov1949@mail.ru*

©*Ниязова С. Б., канд. мед. наук, Кыргызский государственный медицинский институт
переподготовки и повышения квалификации им. С.Б. Даниярова, г. Бишкек, Кыргызстан*

**PROCESS MODELS OF DEVELOPMENT OF A TRIAD
OF SUBSYSTEMS OF MEDICAL AND PREVENTIVE INSTITUTIONS:
MANAGEMENT, RESOURCES, POTENTIAL. RESOURCES**

©*Niyazov B., Dr. habil., Kyrgyz State Medical Institute of Retraining
and Advanced Training, Bishkek, Kyrgyzstan, niyazov1949@mail.ru*

©*Niyazova S., M.D., Kyrgyz State Medical Institute of Retraining
and Advanced Training, Bishkek, Kyrgyzstan*

Аннотация. В современных условиях необходим комплексный подход к приоритетному развитию материально-технической базы, а именно в аспекте приобретения и поставки медицинской техники. Будучи частью организационной технологии, эффективная эксплуатация парка медицинской техники во многом способствует повышению качества медицинской помощи.

Abstract. In modern conditions, an integrated approach is needed to the priority development of the material and technical base, namely in the aspect of the acquisition and supply of medical equipment. Being a part of organizational technology, the efficient operation of the medical equipment fleet contributes greatly to improving the quality of medical care.

Ключевые слова: управление лечебно-профилактических учреждений, ресурсы лечебно-профилактических учреждений, потенциал лечебно-профилактических учреждений, процессные модели.

Keywords: management of medical and preventive institutions, resources of medical and preventive institutions, potential of medical and preventive institutions, process models.

При создании модели планирования медицинской помощи в Кыргызской Республике (КР) были учтены влияние различных внешних условий: сложные условия горной местности и климатические особенности; отдаленность многих населенных пунктов от районных центров, слабая транспортная и коммуникационная связь между ними; относительно большой радиус и низкая доступность медицинского обслуживания; неравномерность и отдаленность расположения большинства сельских ЛПУ; рост бедности жителей во многих сельских районах; недостаточный уровень санитарно-гигиенических условий, культуры

населения; недостаточный уровень образования (на 38,6% сокращено количество дошкольных учреждений, клубов и библиотек); чрезмерный рост количества безработных и низкая платежеспособность населения [5–9, 11].

В КР решение проблемы адаптации ЛПУ к перечисленным задачам происходило параллельно с усилением деятельности ФАП, ЦСМ/ГСВ, ТБ, ЦОВП с помощью научного обоснования новых моделей и структурно-функциональной деятельности прогрессивных форм структурных подразделений [1–4, 7, 8, 12].

Данные официальных отчетов и медицинских осмотров показатели, что больным требуется медицинская помощь различной срочности, длительности лечения, специфический набор медицинских услуг и особенностей ухода. Исходя из этого, всех пациентов можно разбить на три группы:

1. Экстренные пациенты, которым необходима неотложная помощь и требуется краткосрочная госпитализация;
2. Пациенты с хроническими заболеваниями (ХЗ), специализированные по нозологиям, которым требуется долгосрочная госпитализация;
3. Пациенты, требующие высокотехнологических медицинских услуг.

Исходя из такой классификации, должны быть ЛПУ трех категорий: 1 — для краткосрочной госпитализации; 2 — для длительного пребывания; 3 — для высокоспециализированной помощи.

1 категория. По данным 2006–2012 гг. в КР в экстренном порядке в среднем госпитализируется в среднем $33,9 \pm 4,2$ тыс больных, что составляет в среднем $29,2 \pm 3,3\%$ ко всем госпитализированным. Из $11,6 \pm 2,6$ дней пребывания больного в стационаре интенсивная терапия занимает $2,3 \pm 1,1$ дня, а оставшиеся дни занимает восстановительная терапия.

2 категория. За период 2006–2012 гг. в стационар на длительное лечение поступило $38,4 \pm 7,1$ тыс больных, что составило $33,2 \pm 4,1\%$ от всех госпитализированных. Средняя длительность их лечения составила $18,6 \pm 2,8$ дня. На подготовку к лечению таких больных тратится $1,6 \pm 0,4$ дня, Интенсивная терапия продолжается $11,2 \pm 0,8$ дней и еще $6,2 \pm 1,4$ дней восстановительная. Из этой группы больных в 2012 г. выписано с выздоровлением 17%, улучшением — 51,6%, без перемен — 21,0%, с ухудшением — 7,0%, умерло — 3,4% больных.

3 категория. За период 2006–2013 гг. группа пациентов, претендующих на длительное стационарное лечение, по составу довольно сложная. В этой группе преобладают болезни, свойственные пожилому и старческому возрасту: атеросклероз, хроническая сердечная недостаточность, старческая деменция и др., которые затрудняют их обращение на амбулаторный прием.

Чем тяжелее протекает заболевание, тем реже пациенты обращаются в поликлинику. Так, из числа лиц со второй-третьей группой здоровья обратились за помощью 283,2 из 1000, тогда как больные с 4 группой здоровья — 213,1, а с 5 группой — 32,7. Как правило, такие больные чаще вызывают врача на дом и чаще пользуются услугами СМП.

В характер медицинской помощи при наиболее часто встречаемых заболеваниях, основанных на данных опроса и записей в амбулаторной карте. В случаях артериальной гипертензии (АГ) каждый больной в среднем 2,5 раза обращался в ЦСМ и ЦОВП. Из 428 больных с АГ у 413 возникали неотложные состояния. В проведения реанимационных мероприятий принимал участие врач по вызову 220 больным и бригада СМП — 193 больным. Эффективные реанимационные мероприятия проведены 331 (80,1%) больному,

у 82 (19,9%) — реанимационные мероприятия оказались не эффективными и больные были направлены в стационар.

Схожая ситуация прослеживается и при других заболеваниях. Так, наиболее часто неотложные состояния возникали у больных бронхиальной астмой (84,4 на 100 больных), они же, как и больные со злокачественными новообразованиями чаще направлялись в стационар, тогда как больные с язвенной болезнью реже всех пользовались услугами поликлиники. Наибольший уровень больных нуждающихся в помощи посторонних отмечается в группе больных со злокачественными новообразованиями (39,3%), затем среди больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ССС) (26,0%) и психическими расстройствами (20,1%). В республике в среднем около 4157 тысячи граждан ежегодно становится инвалидам и нуждаются в медико-социальной помощи.

В структуре первичной инвалидности лидируют больные с расстройствами психики, большинство из которых нуждается в медико-социальной помощи. В КР в течение года в среднем умирает 7,5 тыс. человек, из которых только 5,6–9,4% в ЛПУ, остальные 90,6% умирают дома или на улице. Наиболее число больных, которые умирают в стационарах, это больные туберкулезом ($57,3 \pm 7,6\%$, 2006–2007 гг.), но эта цифра (2009–2012 гг.) сократилось до $10,2 \pm 2,1\%$.

Если учесть, что туберкулез является инфекционным заболеванием, то 89,8–42,7% умирающих на дому представляют определенную опасность заражения родственников и близких. Онкологические больные, как правило, умирают на дому ($88,2–99,3\%$).

Таким образом, в КР местом смерти для большинства больных (в ср. — 90%) служит домашний очаг или хосписы, которые должны быть отделенным от больниц и переданы в частную собственность. Дальнейший курс в реформировании системы здравоохранения республики вызвал необходимость усиления работы в секторе семейной медицины путем структурной перестройки, а именно путем образования мощных центров, которые призваны повысить КМП [10]. Так, анализ экспертных материалов исследования работы ГСВ/ЦСМ за период 2006–2008 гг. показал, что 28,7% больных в процессе медицинского обслуживания дополнительно нуждались в услугах невропатологов, 34,2% — кардиологов, 14,5% — фтизиатров.

Модель совершенствования использования материально-технической базы группы семейных врачей службы ЛПУ. Безусловно, непрерывное повышение КМП населению трудно представить без управления и совершенствования материально-технической базы ЛПУ. Как видно из Таблицы, на всех уровнях системы здравоохранения сохраняется дефицит материально-технического компонента. В 62% (42% в ЦОВП и 20% в ТБ) страдало качество работы вспомогательных подразделений (прачечная, кухня, отделение переливание крови). Экспертная оценка материально-технической базы ЦСМ и ТБ (2006-2009 гг.) выявила следующие основные недостатки: в 86% ЦСМ не хватало функциональных помещений, 42,2% располагались в отдаленных от центра районах. В 34,6% ТБ, 21,2% ЦСМ и 76,5% ЦОВП отмечался большой дефицит всех видов мягкого и твердого инвентаря. Кроме того, экспертное обследование материально-технической базы ТБ, ЦСМ и ЦОВП показало, что практически во всех отделениях ТБ и ЦОВП в 87,6% не в полном объеме работали системы канализации и водоснабжения, в 42%

ЦСМ отмечался недостаток ультразвукового, рентгенологического и электрокардиографического оборудования, лабораторной техники. Установлено, что средний возраст используемого медицинского оборудования и изделий медицинской техники во всех

сельских ЛПУ составлял >10 лет. Среди них 9,5% простаивало из-за отсутствия запасных частей.

Таблица
УДЕЛЬНЫЙ ВЕС ДЕФИЦИТОВ ЭЛЕМЕНТОВ МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ БАЗЫ (%)

| Показатели | ТБ | ГСВ | ЦОВП |
|--|------|------|------|
| Дефицит всех видов мягкого и твердого инвентаря | 34,6 | 21,2 | 76,5 |
| Дефицит ультразвукового, рентгенологического, электрокардиографического оборудования, лабораторной техники | 42,0 | 68,4 | 77,2 |
| Кол-во подразделений с высокой изношенностью медицинского оборудования | 17,1 | 36,6 | 47,9 |
| Кол-во ЛПУ, в которых отмечалось плохое качество работы вспомогательных подразделений | 20,0 | — | 42,0 |

Следует подчеркнуть, что коечный фонд стационаров в ТБ за период 2006-2012 гг. характеризовался сокращением в среднем на 4,8%. Однако, это не сопровождалось повышением рациональности и эффективности использования коек. Так, занятость койки в году во многих областях оставался ниже нормативной и составлял в среднем $310 \pm 6,8$ дней, на 3,3% снизилось среднее пребывание больного на койке по всем стационару, что не коррелируется с увеличением количества выздоровевших пациентов.

Установлено, что количество подразделений с высокой изношенностью медицинского оборудования составили 36,6% в ЦОВП, 11,6% ТБ. В 65,0% ЛПУ (47,9% в ЦОВП и 17,1% в ТБ) отсутствовала необходимая диагностическая и лечебная аппаратура (электрокардиограф, ультразвуковой аппарат, дефибриллятор, суточный монитор, лабораторные приборы), низкий уровень (10–15% от потребности) обеспечения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения. В рамках трансформации здравоохранения и его направленности на КМП следует выделить приоритетные направления:

- 1) разработка и утверждение новых методологий и механизмов оптимизации и совершенствования оснащения медицинской техникой службы;
- 2) разработка таблиц оснащения изделиями медицинской техники ЛПУ в зависимости от его;
- 3) осуществление модернизации, переоснащения парка техники, повышения квалификации врачебного персонала;
- 4) разработка реальных механизмов долгосрочной стратегии поставки импортных высококачественных технических средств.

Важным условием является наличие квалифицированного персонала или организации, способных обслуживать медико-технические системы.

Анализ материалов исследования показывает, что только в 12,1% случаев в ЛПУ имеется квалифицированный персонал по обслуживанию изделий медицинской техники, а 88,7% случаев вообще не прибегают к услугам инженерно-технических организаций.

В современных условиях необходим комплексный подход к приоритетному развитию материально-технической базы, а именно в аспекте приобретения и поставке медицинской техники. Будучи частью организационной технологии, эффективная эксплуатация парка медицинской техники во многом способствует повышению КМП.

Список литературы:

1. Абилов Б. А., Султанмуратов М. Т. Состояние инфекционной службы и оптимизация ее деятельности в условиях реформы здравоохранения Киргизской Республики. Бишкек, 2002. 123 с.
2. Абдиев А. Ш., Абилов Б. А., Белеков Ж. О. Оценка качества медицинской помощи организатором практического здравоохранения // Хирургия Кыргызстана. 2005. №2. С. 3-10.
3. Ибраимова А. С. Аккредитация медицинских учреждений в Киргизской Республике. Бишкек, 2002. 205 с.
4. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Киргизской Республики в 2000 году. Бишкек, 2001. С. 185-190.
5. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Киргизской Республики в 2002 году. Бишкек, 2003. С. 278-283.
6. Здоровье населения и здравоохранение Киргизской Республики в 1991-2000 гг. Бишкек, 2001. С. 48-51.
7. Здравоохранение Кыргызстана в 21 веке: стратегия достижения здоровья для населения Киргизской Республики забота о каждом, здоровье для всех // Сб. Министерства здравоохранения Киргизской Республики. Бишкек, 2001. С. 128-130.
8. Каратаев М. М. Научное обоснование системы финансирования здравоохранения в условиях перехода к рыночной экономике (на примере Кыргызстана): автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. М., 2000. 45 с.
9. Касиев Н. К. Научное обоснование основных направлений реформы здравоохранения и ее реализация в Киргизской Республике: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. М., 1999. 45 с.
10. Мейманалиев Т. С., Каратаев М. М., Ибраимов А. С. Финансирование здравоохранения Кыргызстана в условиях перехода к рыночной экономике. Бишкек, 2001. 201 с.
11. Саваш С. Реформы здравоохранения в Кыргызстане. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2000. 58 с.
12. Султанмуратов М. Т. Социально-экономическое обоснование проведения реструктуризации системы предоставления медицинских услуг в Киргизской Республике: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. Бишкек, 2002. 44 с.

References:

1. Abilov, B. A., & Sultanmuratov, M. T. (2002). Sostoyanie infektsionnoi sluzhby i optimizatsiya ee deyatel'nosti v usloviyakh reformy zdravookhraneniya Kyrgyzskoi Respubliki. Bishkek.
2. Abdiev, A. Sh., Abilov, B. A., & Belevkov, Zh. O. (2005). Otsenka kachestva meditsinskoi pomoshchi organizatorom prakticheskogo zdravookhraneniya. *Khirurgiya Kyrgyzstana*, (2), 3-10.
3. Ibraimova, A. S. (2002). Akkreditatsiya meditsinskikh uchrezhdenii v Kyrgyzskoi Respublike. Bishkek.
4. Zdorov'e naseleniya i deyatel'nost' uchrezhdenii zdravookhraneniya Kyrgyzskoi Respubliki v 2000 godu (2001). Bishkek, 185-190.
5. (2003). Zdorov'e naseleniya i deyatel'nost' uchrezhdenii zdravookhraneniya Kyrgyzskoi Respubliki v 2002 godu. Bishkek, 278-283.
6. (2001). Zdorov'e naseleniya i zdravookhranenie Kyrgyzskoi Respubliki v 1991-2000 gg. Bishkek, 48-51.

7. (2001). Zdravookhranenie Kyrgyzstana v 21 veke: strategiya dostizheniya zdorov'ya dlya naseleniya Kyrgyzskoi Respubliki zabota o kazhdom, zdorov'e dlya vseh). *Sb. Ministerstva zdravookhraneniya Kyrgyzskoi Respubliki*, Bishkek, 128-130.

8. Karataev, M. M. (2000). Nauchnoe obosnovanie sistemy finansirovaniya zdravookhraneniya v usloviyakh perekhoda k rynochnoi ekonomike (na primere Kyrgyzstana): authoref. Dr. diss. Moscow. (in Russian).

9. Kasiev, N. K. (1999). Nauchnoe obosnovanie osnovnykh napravlenii reformy zdravookhraneniya i ee realizatsiya v Kyrgyzskoi Respublike: authoref. Dr. diss. Moscow. (in Russian).

10. Meimanaliev, T. S., Karataev, M. M., & Ibraimov, A. S. (2001). Finansirovanie zdravookhraneniya Kyrgyzstana v usloviyakh perekhoda k rynochnoi ekonomike. Bishkek.

11. Savash, S. (2000). Reformy zdravookhraneniya v Kyrgyzstane. Kopenhagen, Evropeiskoe regional'noe byuro VOZ, 58.

12. Sultanmuratov, M. T. (2002). Sotsial'no-ekonomicheskoe obosnovanie provedeniya restrukturalizatsii sistemy predostavleniya meditsinskikh uslug v Kyrgyzskoi Respublike: authoref. Dr. diss. Bishkek.

*Работа поступила
в редакцию 21.12.2021 г.*

*Принята к публикации
24.12.2021 г.*

Ссылка для цитирования:

Ниязов Б. С., Ниязова С. Б. Процессные модели развития триады подсистем лечебно-профилактических учреждений: управление, ресурсы, потенциал. Ресурсы // Бюллетень науки и практики. 2022. Т. 8. №2. С. 131-136. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/75/18>

Cite as (APA):

Niyazov, B., & Niyazova, S. (2022). Process Models of Development of a Triad of Subsystems of Medical and Preventive Institutions: Management, Resources, Potential. Resources. *Bulletin of Science and Practice*, 8(2), 131-136. (in Russian). <https://doi.org/10.33619/2414-2948/75/18>