

002 - 5 kda
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

На правах рукописи

УДК 007+616.9+61+(575.2)

АБИЛОВ Болот Арипович

**ОПТИМИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИНФЕКЦИОННОЙ
СЛУЖБЫ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

14.00.33 – общественное здоровье и здравоохранение

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Бишкек - 2002

Работа выполнена на кафедре социальной медицины и организации здравоохранения Кыргызской государственной медицинской академии.

- Научные консультанты:
- доктор медицинских наук, профессор Мейманалиев Т.С.
 - доктор медицинских наук, профессор Акынбеков К.У.
- Официальные оппоненты:
- доктор медицинских наук, профессор Каратаев М.М.
 - доктор медицинских наук, профессор Кульжанов М.К.
 - доктор медицинских наук, профессор Тулебаев К.А.

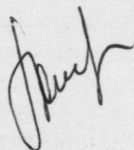
Ведущая организация: Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова.

Защита диссертации состоится « _____ » _____ 2002 года в 13.00 часов на заседании диссертационного совета Д. 14.02.178 при Кыргызской государственной медицинской академии по адресу: 720061, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке КГМА.

Автореферат разослан « _____ » _____ 2002 года

Ученый секретарь
диссертационного совета,
К.М.Н.



Согомонян Э.А.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертации

Кыргызская Республика является одной из стран Центрально-азиатского региона, испытывающих наиболее неблагоприятные последствия т.н. переходного периода, перехода от командно-административной к рыночной экономике, что в определенной степени сказалось на снижении качественных показателей здоровья населения страны [Н.К. Касиев, Т.С. Мейманалиев, 1995; Т.С. Мейманалиев, 1996]. Данное положение связано с целым рядом причин, одна из которых связана с аспектами финансирования системы здравоохранения [Г.В. Бадеева и др., 1992, А.В. Козлов и др., 1999]. Унаследованное от предыдущей эпохи финансирование большого количества социальных программ оказалось на уровне, который невозможно было поддерживать. После обретения страной независимости отмечалось падение уровня расходов на здравоохранение с 3,8% от внутреннего валового продукта в 1990 году до 2,9 и 2,6% в период 1997 – 1998 годов соответственно, снизившись до 1,8 в 2001 году, в то время как по развитым странам мира этот показатель в среднем превышает 8%.

В Кыргызстане вторая половина 90-х годов ознаменована проведением глубокой реформы системы оказания медицинской помощи [Сердар Саваш, 2000]. Как известно, одним из основных направлений деятельности реформы здравоохранения в Кыргызской Республике является развитие системы непрерывного повышения качества медицинских услуг предоставляемых населению с наиболее эффективным использованием всех имеющихся ресурсов при максимальной отдаче и минимальных затратах.

Система предоставления медицинской помощи в Кыргызской Республике является следствием экстенсивного развития всей системы здравоохранения бывшего Советского Союза с ее централизованным планированием. Нельзя отрицать, что предшествующая система здравоохранения не имела сильных сторон своей деятельности, и многие из успехов в этой области напрямую были с ними связаны. Это в первую очередь, касается гарантированных и широко доступных основных медицинских услуг, к которым относятся такие виды профилактической медицинской помощи, как иммунизация, особенно вакцинация детей и медицинское обслуживание в сельских районах, что до недавнего времени давало относительно хорошие результаты, принимая во внимание количество затраченных средств [В.Е. Ломовских и др., 1989, А.А. Морунова, 1995, Н.Б. Найговзина, 1998]. Но развитие советской

системы здравоохранения велось в основном по экстенсивному пути, большой упор приходился не на качественные, а на количественные показатели. Произошедшие изменения в политической системе, нестабильность социально-экономической ситуации, рост внутренних и внешних миграционных процессов среди населения, приток беженцев из сопредельных государств, все это в конечном итоге способствовало изменению эпидемической ситуации в Кыргызской Республике.

Актуальным на сегодняшний день является создание системы экспертной оценки и непрерывного повышения качества, в том числе и в структуре инфекционной службы, как на стационарном, так и на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), имея в виду не снижающийся удельный вес инфекционных болезней в структуре общей и детской заболеваемости, а также в структуре общей и младенческой смертности. Повышение эффективности и оптимизация деятельности инфекционной службы возможны лишь на основе оказания квалифицированной медицинской помощи с высоким уровнем ее организации. Вопросы улучшения качества предоставляемой медицинской помощи населению, в том числе инфекционной службы являются актуальными для многих стран мира.

Цель исследования

Целью исследования является комплексный анализ состояния инфекционной службы в Кыргызской Республике и оптимизация функционирования данной службы в условиях проводимой реформы системы здравоохранения.

Задачи исследования:

1. Определить состояние и провести сравнительную оценку качества оказываемой инфекционной службой медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях стационарного типа в сравнении с другими учреждениями на уровне центральных районных больниц.
2. Провести сравнительную оценку качества медицинской помощи инфекционным больным в лечебно-профилактических учреждениях амбулаторно-поликлинического типа и группах семейных врачей.
3. Установить основные дефекты предоставления медицинской помощи инфекционным больным, а также причины их возникновения, влияющие на качество и эффективность лечебно-диагностического процесса в целом.
4. Проследить зависимость между качественными показателями деятельности лечебно-профилактических учреждений и показателями оценки экономической значимости при инфекционной патологии.

5. Определить ущерб, наносимый одним случаем возникновения и госпитализации заболевания при детских инфекционных болезнях.

6. Выработать и научно обосновать пути оптимизации деятельности инфекционной службы для повышения качества медицинской помощи предоставляемой инфекционной службой населению республики в условиях проведения реформы системы предоставления медицинских услуг.

Научная новизна

Впервые в условиях проводимой реформы здравоохранения в республике получена экспертная оценка качества, как организационной структуры инфекционной службы, включающей управление, кадровые, материально-технические ресурсы, так и системы предоставления медицинских услуг инфекционным больным на уровне стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждений, необходимая для принятия правильных управленческих решений, направленных на улучшение и непрерывное повышение качества медицинской помощи.

Установлено, что полученные при проведении вневедомственной экспертизы качества деятельности медицинских учреждений, данные экспертной оценки состояния организационной структуры, тесно коррелируют с уровнем качества лечебно-диагностического процесса в целом.

По результатам работы определены и выделены основные типы дефектов оказывающих прямое влияние на качество медицинской помощи больным с инфекционной патологией; среди дефектов, влияющих на качество медицинской помощи, наибольший удельный вес принадлежит организационным дефектам, превышающим совокупность дефектов диагностического и лечебного характера.

Рассчитана величина экономического ущерба от одного случая возникновения и госпитализации при наиболее значимых и часто встречающихся детских инфекционных болезнях, необходимая для определения социальной значимости и ожидаемой экономической эффективности от снижения средних сроков пребывания в стационаре по нозологическим формам указанных заболеваний.

Доказано, что оптимизация деятельности инфекционной службы требует оправданного сужения показаний к госпитализации в стационары круглосуточного пребывания и сокращения средних сроков продолжительности пребывания больного на койке с учетом периода контагиозности.

Научно обоснованы принципы и механизмы оптимизации системы предоставления медицинской помощи больным с инфекционной

патологией, направленной на повышение качества и эффективности медицинского обслуживания населения в современных условиях.

Практическая значимость полученных результатов

1. Разработана усовершенствованная методика системы экспертных оценок, рассматриваемая в качестве нового подхода к проведению научных исследований в области деятельности медицинских учреждений, направленная, прежде всего на улучшение качества и эффективности технологии выполнения лечебно-диагностического процесса.
2. Определены стандартные показания к госпитализации инфекционных больных для первичного звена, а также средние сроки стационарного лечения при разных формах тяжести заболевания в зависимости от периода контагиозности по нозологическим формам наиболее значимых и часто встречающихся в условиях Кыргызстана детских инфекционных заболеваний.
3. Создана организационно-функциональная модель оптимизации деятельности инфекционной службы, необходимая на современном этапе реформирования системы здравоохранения для повышения качества медицинских услуг предоставляемых больным с инфекционной патологией.
4. Исползованная в работе методика определения ущерба, наносимого одним случаем заболевания и госпитализации при детских инфекционных болезнях, позволяет рассчитать ожидаемую экономическую эффективность от сокращения сроков пребывания на стационарной койке.
5. Полученные результаты исследования явились основой для разработки учебной программы для организаторов здравоохранения «Аккредитация медицинских учреждений в Кыргызской Республике».
6. Результаты исследования могут быть использованы в практике здравоохранения для дальнейшего внедрения и усовершенствования принципов как вневедомственной, так и внутриведомственной экспертизы и оценки качества предоставляемых медицинских услуг населению республики, а также для определения экономической эффективности деятельности медицинских учреждений.

Экономическая значимость полученных результатов

Полученные результаты исследования могут быть использованы в качестве основы для проведения дальнейшего процесса реформирования системы предоставления медицинской помощи на фоне проводимых общего разгосударствления и приватизации, в том числе и в секторе здравоохранения, с целью определения общей экономической эффективности от снижения сроков средней длительности пребывания

инфекционных больных в стационаре, в условиях существующего недофинансирования отрасли здравоохранения, а также для дальнейшего внедрения системы вневедомственного контроля качества и оценки медицинских услуг, оказываемых медицинскими учреждениями, независимо от их организационно-правовой формы собственности и ведомственной принадлежности, населению республики.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту

1. Наиболее оптимальным методом управления качеством предоставляемых медицинских услуг и эффективности деятельности ЛПУ республики является вневедомственная экспертиза, проводимая на основе системного подхода. При разработке мероприятий направленных на улучшение организационной структуры медицинских учреждений и развитие системы непрерывного повышения качества медицинской помощи необходимо ориентироваться на результаты вневедомственной экспертизы ЛПУ.
2. Необходимым условием для определения социальной значимости детских инфекционных болезней является величина экономического ущерба, наносимого при возникновении и госпитализации одного случая инфекционного заболевания; для решения вопроса о длительности госпитализации больных с указанной патологией необходимо учитывать завершение периода контагиозности.
3. Разработанная концептуальная модель оптимизации системы предоставления медицинской помощи инфекционным больным в условиях реформы здравоохранения Кыргызской Республики «Манас», обусловленная необходимостью проведения реструктуризации дорогостоящего госпитального звена и смещением акцента и приоритетов на уровень первичной медико-санитарной помощи, направлена на повышение качества и эффективности медицинского обслуживания населения республики.

Личный вклад автора

Экспертная оценка деятельности инфекционной службы выполнена лично автором во время проведения аккредитационного обследования ЛПУ республики. Расчеты стоимости госпитализации одного случая детского инфекционного заболевания, величина экономического ущерба от случая возникновения инфекционного заболевания, определение стандартных показателей для госпитализации инфекционных больных на уровне первичного звена и стационарного лечения при разных формах тяжести заболевания, его контагиозности, для наиболее значимых и часто встречающихся на территории Кыргызстана детских инфекционных заболеваний, разработаны и

проведены с использованием базы данных Республиканской клинической инфекционной больницы при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики.

Выполнение данной работы проводилось в рамках Национальной программы реформирования системы здравоохранения Кыргызской Республики «Манас».

Апробация результатов диссертации

Материалы диссертации были доложены на:

- Международных конференциях молодых ученых (Бишкек, 1994, 1995, 2001);
- 1-м Конгрессе врачей Кыргызской Республики (Бишкек, 1998);
- Республиканском семинаре «Управление качеством медицинского обслуживания – основа успеха в проведении реформы здравоохранения» (Бишкек, 1999);
- Научно-практической конференции «Вопросы охраны здоровья матери и ребенка в современных условиях» (Бишкек, 1999);
- Республиканском совещании по подведению итогов Года здравоохранения (Бишкек, 1999);
- Заседании Медицинской аккредитационной комиссии при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики (Бишкек, 2000);
- Международной научно-практической конференции «Социальные и медицинские проблемы здоровья матери и ребенка на рубеже тысячелетия» (Бишкек, 2001);
- Международной конференции «Проблемы стратегии и перспективы развития медицины труда в горных регионах» (Бишкек, 2002).

Внедрение

На основе полученных результатов разработаны и внедрены в практику системы здравоохранения методические рекомендации «Капельные инфекции у детей» (Бишкек, 1994), «Руководство для экспертов по проведению аккредитации медицинских учреждений» (Бишкек, 2001) и «Руководство по самооценке для подготовки к аккредитации медицинских учреждений» (Бишкек, 2001); методические руководства «Лицензирование и аккредитация медицинских учреждений в Кыргызской Республике», Бишкек, 2001 и «Аккредитация медицинских учреждений в Кыргызской Республике», Бишкек, 2002.

Результаты работы внедрены в практическую деятельность Медицинской аккредитационной комиссии (акт внедрения от 2 февраля 2000 года), как органа осуществляющего вневедомственную экспертизу и оценку качества медицинской помощи, предоставляемой населению

учреждениями республики, независимо от их организационно-правовой формы собственности и ведомственной принадлежности, а также в работу инфекционных отделений территориальных больниц и Центров семейной медицины Кыргызской Республики.

Полученные результаты стали основой для разработки приказов Министерства здравоохранения Кыргызской Республики «О лицензировании и аккредитации медицинской деятельности в Кыргызской Республике» от 24 июня 1997 года №133, «О лицензировании, аккредитации медицинских учреждений и мерах по введению обязательного медицинского страхования в Кыргызской Республике в 1998 году» от 26 ноября 1997 года №262 и «О лицензировании и аккредитации стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждений (групп семейных врачей) в 1999 году» от 9 декабря 1998 года №305.

Опубликованность результатов

По итогам работы опубликовано 29 печатных работ, в том числе три методические рекомендации, два методических руководства и монография.

Структура и объем диссертации

Диссертационная работа изложена на 249 страницах и состоит из введения, общей характеристики работы, обзора литературы, шести глав собственных исследований, заключения, выводов, списка использованных источников и 5 приложений. Список использованных источников включает 495 наименований, из них 261 на русском и 234 источника на английском языках.

Работа иллюстрирована 35 таблицами и 12 рисунками.

Материалы и методы исследования

Данное исследование проводилось с 1997 года, с момента практического претворения в жизнь начального этапа реформы системы здравоохранения.

Объектом исследования явилась инфекционная служба республики. Объем исследований - изучено состояние инфекционной службы на уровне 40 стационаров различного типа и качество обслуживания пациентов с инфекционной патологией в 40 кабинетах инфекционных заболеваний амбулаторно-поликлинических учреждений (КИЗ АПУ) и 20 группах семейных врачей (ГСВ), функционирующих как отдельные юридические лица, пилотных регионов (Чуйская и Иссык-Кульская области) республики.

Изучение состояния инфекционной службы осуществлялось на основе аккредитационной экспертизы, т.к. именно аккредитация является одним из основных инструментов определения и оценки уровня организационной структуры учреждения и качества предоставляемых медицинских услуг (В.В. Мотайленко, 1995; Н.Ф. Герасименко и др., 1997, D.M. Nadzam, 1998).

Применявшиеся для оценки деятельности ЛПУ коэффициенты, представляют собой десятичную дробь, за целое по методике взята оценка, равная 1,0. Таким образом, оценка деятельности ЛПУ в целом и его отдельных служб выполнена в цифровом выражении, что, дает наглядное представление о деятельности учреждения и сравнении полученных результатов с другими учреждениями равного уровня. Коэффициент соответствия по каждому критерию вычисляется по следующей формуле: $КС = \Phi / С$, где Φ - фактическое значение критерия, $С$ - стандарт (В.В. Мотайленко, 1995).

Экспертная оценка (ЭО) организационной структуры медицинского учреждения определяется по вышеуказанной формуле, предварительно заполнив табл. 1.

Таблица 1

Экспертная оценка
организационной структуры медицинского учреждения

Наименование компонентов	Коэффициенты
Управление	КРупр*
Кадры	КРк**
Материально-техническая база (МТБ)	ККмтб***

Примечания: 1. КРупр* - коэффициент результативности управления;
2. КРк** - коэффициент результативности кадров;
3. ККмтб*** - коэффициент качества МТБ.

В процессе аккредитационного обследования заполнялись экспертные карты по оценке МТБ медицинского учреждения; оформление ведется, так же как и карт критериев оценки деятельности управления учреждения.

Данные по амбулаторным картам (1200 медицинских карт амбулаторных больных) и историям болезни (1136 медицинских карт стационарных больных) заносились в экспертные карты оценки качества медицинской помощи больному в АПУ и экспертные карты оценки качества медицинской помощи больным в стационарных учреждениях.

Коэффициент соответствия технологии (КСт) оказания медицинской помощи высчитывался по разработанной нами формуле:

$$КСт = \frac{(N - L) - 0,1 \times d}{N}, \text{ где}$$

N - число экспертиз первичной медицинской документации;
 L - число отклонений от стандартов качества;
 d - количество грубых дефектов.

По показателям результатов работы отделений определялись коэффициенты результативности и качества (КРиК). В заключении выводилась общая оценка качества оказываемой медицинской помощи (ЭОКмп) в ЛПУ. Таким образом, становится понятным, что для принятия правильных управленческих решений в оказании качественной медицинской помощи населению важную роль приобретает экспертная оценка качества и результативности медицинской деятельности всего ЛПУ в целом.

В системе здравоохранения заметное место отводится экономическому анализу, который позволяет оценить значимость инфекционных болезней и эффективность реализуемых лечебно-диагностических мероприятий (И.Л. Шаханина, 1983, 1995, 1999). Известно, что необходимым звеном в процедуре расчетов экономической эффективности оказываемых лечебно-диагностических процедур является величина затрат, связанных с возникновением и госпитализацией случая заболевания. В связи с вышеизложенным и, с учетом отсутствия экономических оценок случая заболевания в условиях проводимой реформы в секторе здравоохранения в Кыргызской Республике, было проведено исследование ущерба, наносимого одним средним случаем заболевания при детских инфекционных болезнях. В данном случае были произведены расчеты по методике «стандартных» значений экономических затрат, наносимого одним средневзвешенным случаем заболевания при госпитализации в инфекционные отделения ЦРБ республики, репрезентативные для республики в целом за 2000 год.

Стоимостные отношения рассчитывались с использованием стандартного программного обеспечения «Microsoft Excel 97». При этом в качестве базовой информации были использованы:

1. Клинико-эпидемические данные нозологических форм основных детских инфекционных болезней по первичной медико-статистической документации, в результате обработки которых в соответствии с алгоритмами методики (путем деления всего объема конкретного мероприятия на число больных) рассчитана кратность

медицинских услуг, вмешательств и мероприятий, реализуемых в связи с возникновением случая заболевания и лечением больных по выделенным клиническим формам.

2. Стоимость медицинских услуг, некоторые экономические показатели (зароботная плата, пособие и ущерб от нетрудоспособности) получены из официальных источников, а также прейскурантов аптек. Для определения затрат на каждое мероприятие его стоимость умножали на его кратность и полученные величины суммировали.

Наряду с выше перечисленными методами для обработки материалов исследования были применены статистические методы такие как: относительные показатели, средние величины, динамические ряды и корреляционный анализ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В настоящее время, интерес к вопросам качества медицинских услуг возникает как на внутриведомственном, так и вневедомственном уровнях, т.к. непосредственное отношение к созданию и дальнейшему развитию системы качества имеют не только органы и учреждения здравоохранения, но и созданные республиканский и территориальные фонды ОМС, а также различные профессиональные медицинские и другие общественные организации (Л.С. Шевченко, 1994; К.М. Шугаев, 1997; А.М. Таранов, 1998; Дж. Пурвис, 1999).

В этих условиях одной из главных проблем совершенствования управленческой деятельности лечебно-профилактических учреждений является задача научить медицинских работников мыслить экономическими категориями, искать пути оптимизации и непрерывного повышения качества медицинской помощи, в полной мере использовать в ней источники экономии.

Оценка организационной структуры инфекционной службы

Для оценки организационной структуры инфекционной службы нами было проведено изучение организации и управления, состояния материально-технической базы и профессионализма медицинских кадров на уровне центральных районных больниц.

При экспертизе деятельности заведующих инфекционными отделениями ЦРБ было выявлено, что несоответствие стандартам аккредитации составило: по Чуйской области – 21%, Таласской области – 18%, Нарынской области – 20%, Иссык-Кульской – 20%, Жалал-Абадской – 22%, Баткенской – 23%. По Ошской области экспертная

оценка деятельности заведующих инфекционными отделениями ЦРБ равнялась 0,74, что составило только 74% соответствия стандартам аккредитации или 26% несоответствия установленным стандартам.

На рис. 1 представлены сравнительные данные соответствия стандартам аккредитации деятельности заведующих инфекционными отделениями центральных районных больниц по областям республики.

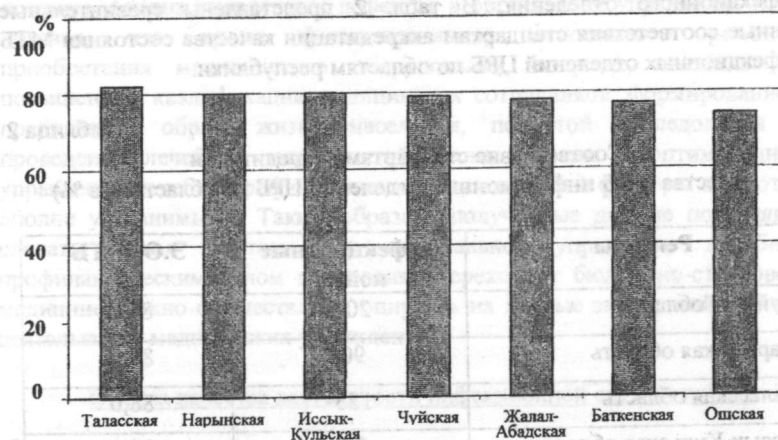


Рис. 1. Сравнительные данные соответствия стандартам аккредитации деятельности заведующих инфекционными отделениями ЦРБ по областям (в %).

Необходимо отметить, что имеющаяся разница полученных результатов с максимальным баллом утвержденной оценочной шкалы говорит о необходимости усиления работы по повышению квалификации и уровня профессиональных знаний заведующих отделениями.

В ходе проведения вневедомственной экспертизы деятельности заведующих инфекционными отделениями ЦРБ, как руководителей среднего звена, на которых возложены вопросы координации деятельности инфекционной службы на районном уровне, были выявлены следующие дефекты и несоответствия стандартам аккредитации, выделенные на две основные группы: несоответствия стандартам аккредитации, имеющие организационный характер и дефекты, связанные с непосредственно клинической деятельностью. Обращает на себя внимание тот факт, что при анализе изучаемых показателей наиболее значимых совокупных составляющих выявленных дефектов в деятельности заведующих инфекционными отделениями ЦРБ была выявлена неравномерность распределения доли функциональных

обязанностей организационного характера и клинической работы, составивших 60% и 40% соответственно, что оказывает прямое отрицательное влияние на качество медицинской помощи.

Определение уровня состояния МТБ проводилось по вышеуказанной методике на основе оценки состояния необходимых для осуществления медицинской деятельности помещений и оснащения инфекционного отделения. В табл. 2 представлены сравнительные данные соответствия стандартам аккредитации качества состояния МТБ инфекционных отделений ЦРБ по областям республики.

Таблица 2

Соответствие стандартам аккредитации качества МТБ инфекционных отделений ЦРБ по областям (в %)

Регионы	Инфекционные койки	Э.О. МТБ
Чуйская область	201	85,0
Нарынская область	90	86,0
Таласская область	123	88,0
Иссык-Кульская область	90	86,0
Жалал-Абадская область	280	84,0
Ошская область	255	78,0
Баткенская область	100	70,0
Средние значения	1139	82,0

При анализе представленных данных обращает на себя внимание сравнительно широкий разброс экспертных оценок, полученных во время экспертизы состояния МТБ инфекционных отделений ЦРБ; соответствие стандартам аккредитации составило от 70% по Баткенской области до 88% по Таласской области. В соответствии с разработанной оценочной шкалой, имеющиеся данные говорят об удовлетворительном состоянии материально-технической базы по основному утвержденному перечню помещений и оснащения инфекционных отделений ЦРБ. Вместе с тем, имеющееся несоответствие стандартам аккредитации со значительной разницей от 12% по Таласской до 30% по Баткенской областям, в условиях ограниченного бюджетного финансирования, отсутствия проведения в течение длительного времени капитального ремонта, приобретения нового оборудования, диктуют необходимость

проведения дальнейшей реструктуризации системы предоставления медицинской помощи на госпитальном этапе.

Экспертная оценка деятельности ЛПУ показала, что в деятельности многих медицинских учреждений имеется ряд неиспользованных резервов и возможностей в рациональном управлении здравоохранением в целях повышения качества оказания медицинской помощи. Анализ выявленных дефектов в организации управления ЛПУ показал, что кроме финансирования, капитального ремонта, приобретения медицинского оборудования, вопросы, связанные с повышением квалификации медицинских сотрудников, формированием правильного образа жизни населения, полнотой обследования и проведения лечебных мероприятий, тесно связаны с оптимизацией управления лечебно-профилактическим делом, и эти факторы являются вполне устранимыми. Таким образом, полученные данные позволяют сделать вывод о том, что оптимальное управление лечебно-профилактическим делом в условиях перехода к бюджетно-страховой медицине можно осуществлять, опираясь на данные экспертной оценки деятельности медицинских учреждений.

Оценка качества деятельности инфекционной службы в ЛПУ

Была проведена оценка качества деятельности инфекционной службы и соответствия стандартам аккредитации в ЛПУ республики.

В табл. 3 представлены данные соответствия стандартам аккредитации деятельности инфекционных отделений ЦРБ.

Таблица 3

Соответствие стандартам аккредитации деятельности инфекционных отделений ЦРБ по областям (в %)

Регионы	Э.О.
Нарынская область	79,0
Иссык-Кульская область	77,0
Чуйская область	77,0
Ошская область	75,0
Таласская область	71,0
Жалал-Абадская область	64,0
Баткенская область	67,0

Проведенный анализ качества лечения выявил, что соответствие стандартам аккредитации деятельности инфекционных отделений ЦРБ в первых пяти областях составило от 79% в Нарынской области до 71% в Таласской области. Это подтверждает общий хороший уровень лечения больных в указанных инфекционных отделениях. В то же время по Жалал-Абадской и Баткенской областям получены сравнительно низкие оценки уровня качества медицинской помощи инфекционным больным (64 и 67% соответствия стандартам аккредитации, соответственно) на уровне стационарного звена. На полученные низкие коэффициенты результативности и качества деятельности инфекционных отделений по указанным регионам оказало влияние, прежде всего, слабое качество ведения историй болезни стационарных больных с инфекционной патологией. В 62% медицинских картах стационарных больных, госпитализированных в инфекционные отделения Баткенской и Жалал-Абадской областей были отмечены дефекты как лечебно-диагностического характера, прямо влияющие на качество предоставления медицинской помощи, так и дефекты в оформлении историй болезни. Корреляционный анализ, проведенный по результатам исследований выявил наличие достоверной связи между уровнями состояния организационной структуры инфекционной службы и качеством предоставляемой медицинской помощи инфекционным больным на госпитальном этапе. В табл. 4 представлены сравнительные данные средних экспертных оценок полученных при аккредитации деятельности инфекционных отделений ЦРБ республики.

Таблица 4

Сравнение средних экспертных оценок деятельности инфекционных отделений ЦРБ республики (в баллах)

Сравниваемые группы	$M \pm m$	p	r
Э.о. деятельности заведующих инфекционными отделениями	0,78±0,01	p1- 3<0,001	r1-3= +0,8±0,04
Э.о. МТБ	0,82±0,01	p2- 3<0,001	r2-3= +0,7±0,03
Э.о. деятельности инфекционных отделений	0,74±0,01		

Так, выявлена сильная прямая связь экспертных оценок заведующих отделениями, МТБ с качественными показателями деятельности инфекционного отделения, что позволяет на основании полученных экспертных данных состояния организационной структуры судить и об уровне качества лечебно-диагностического процесса в указанных отделениях. Другим немаловажным фактором качества предоставляемой медицинской помощи является обоснованность госпитализации больных в стационары круглосуточного пребывания. Определение обоснованности госпитализации проводилось на основании изучения медицинских карт больных с инфекционной патологией, госпитализированных в инфекционные отделения ЦРБ республики. В данном случае, для определения обоснованности госпитализации, по направлениям врачей первичной медико-санитарной службы, использовались такие клинико-эпидемиологические показания, как возраст пациента, степень контагиозности нозологической формы, тяжесть состояния пациента, наличие отягощенного преморбидного фона, сопутствующих заболеваний и осложнений. Для стационарной службы при определении обоснованности госпитализации дополнительно учитывался и такой важный критерий, как соответствие клинической картины течения инфекционного заболевания предварительному диагнозу. В табл. 5 представлены данные обоснованности госпитализации инфекционных больных по регионам республики, полученные при проведении аккредитации деятельности инфекционной службы ЛПУ республики.

Таблица 5

Обоснованность госпитализации инфекционных больных в 1998-1999 г.г. по областям (в %)

Регионы	Обосновано	Не обосновано
Чуйская	77,6	22,4
Иссык-Кульская	72,3	27,7
Таласская	70,8	29,2
Нарынская	72,4	27,6
Ошская	76,5	23,5
Жалал-Абадская	75,9	20,5
г. Бишкек	82,3	17,7

Анализируя представленные данные, необходимо отметить, что показатель обоснованности госпитализации инфекционных больных по регионам республики был значительно выше в г. Бишкек, что находится в прямой зависимости от качественного состояния и уровня профессиональной подготовки медицинских кадров. В то же время, наиболее высокий процент необоснованных госпитализаций отмечен в Иссык-Кульской, Нарынской и Таласской областях.

В структуре предоставляемых медицинских услуг инфекционным больным наибольший процент показателя обоснованности госпитализаций приходился на первичную службу. Достаточно высокий процент госпитализации больных без достаточных на то оснований говорит о том, что уровень госпитализации можно будет снизить до 14-15% при соблюдении необходимых условий оказания адекватных услуг населению в условиях первичной медико-санитарной помощи.

При изучении динамики госпитализации пациентов, прикрепленных к указанным выше медицинским учреждениям, была выявлена тенденция к сокращению объемов помощи в ЛПУ своего района и увеличению процента госпитализированных в специализированные учреждения г. Бишкек и Чуйской области. Тем не менее, остается значительным процент направляемых больных на госпитализацию в стационары ЦРБ со стороны амбулаторно-поликлинического звена. В табл. 6 представлены данные показателей деятельности трех аккредитованных инфекционных отделений центральных районных больниц по Чуйской области.

Таблица 6

Показатели деятельности инфекционных отделений ЦРБ

Показатели экспертной оценки	Московская ЦРБ	Сокулукская ЦРБ	Жайылская ЦРБ
Среднегодовая занятость койки (дней)	210,0	192,0	193,9
Удельный вес пациентов, получивших лечение на амбулаторном уровне (%)	20	15	23
Процент необоснованных госпитализаций (%)	14	22	16
Процент несоответствия лечения (%)	8	12	7
Удельный вес случаев превышения сроков пребывания на койке (%)	12,8	14,7	11,2

Продолжение табл. 6

Показатели экспертной оценки	Московская ЦРБ	Сокулукская ЦРБ	Жайылская ЦРБ
Удельный вес случаев с неправильно выбранной медицинской технологией (%)	7,4	9,0	6,4
Экспертная оценка качества медицинской помощи (в баллах)	0,80	0,66	0,68
КРиК (в баллах)	0,83	0,72	0,75

О неадекватности использования коечного фонда в инфекционных отделениях области свидетельствует также сравнительно низкая доля пациентов, получающих лечение на амбулаторно-поликлиническом уровне (в среднем 19% от всех госпитализированных пациентов). Наиболее неблагоприятная ситуация по этому показателю отмечается в инфекционном отделении Сокулукской ЦРБ. Низким по результатам экспертизы является и качество лечебно-диагностического процесса. Госпитальная медицинская помощь соответствует принятым стандартам только в 70% случаев.

Аналогичный вывод следует из анализа других показателей, характеризующих качество медицинской помощи в изучавшихся ЛПУ области: это и необоснованность госпитализации, необоснованность превышения сроков и длительности пребывания на стационарной койке, количество случаев с неправильно выбранной медицинской технологией. Таким образом, работа койки в указанных инфекционных отделениях ЦРБ области характеризуется низким, нестабильным уровнем ее использования, отрицательной динамикой среднегодовой занятости, низким качеством стационарной помощи, низким удельным весом пациентов, получающих лечение на амбулаторном уровне. Такое расхождение в показателях деятельности отделений, характеризующих качество и эффективность предоставляемой медицинской помощи населению объясняется, выраженной разницей в мощности ЛПУ в целом, состоянием их материально-технической базы, разницей в тяжести состояния госпитализируемых больных, что подтверждает данные источников литературы (М.П. Ройтман, 1990; Т.П. Казакова, 1993).

При проведении экспертизы медицинских карт стационарных больных в инфекционных отделениях ЦРБ республики были выявлены основные дефекты, влияющие на качество медицинской помощи и

сгруппированные следующим образом: организационные дефекты и дефекты диагностической и клинической работы, составившие 58, 22 и 20% от всей совокупной выборки, соответственно. При этом были определены следующие причины, способствующие возникновению дефектов, такие как: недостаточная квалификация врача, недобросовестное отношение к выполнению функциональных обязанностей, злокачественное течение болезни, организационные недостатки в плане ведения больного (отсутствие лекарств, препаратов крови и кровезаменителей, преемственности с другими лечебными учреждениями, специалистов-консультантов и т.д.).

При изучении влияния качества амбулаторно-поликлинической помощи на эффективность деятельности инфекционной службы было проведено исследование основных показателей деятельности первичного звена здравоохранения на уровне АПУ и ГСВ.

В табл. 7 представлены сравнительные данные объема работы врачей АПУ и ГСВ.

Таблица 7

Сравнительные данные объема работы врачей АПУ и ГСВ
(в % случаев)

Показатели	АПУ	ГСВ
Недостаточное количество посещений	42	50
Недостаточное количество посещений на дому	30	42
Недостаточный объем консультаций узких специалистов	35	22
Недостаточный объем диагностического обследования	40	48
Недостаточное использование стандартных лечебных методик	25	42

Анализ работы врачей АПУ и ГСВ показал, что объем работы выполненной на первичном уровне является недостаточным по всем вышеперечисленным разделам деятельности; перечисленные недоработки характерны для деятельности как АПУ, так и врачей ГСВ. Указанные недостатки зачастую приводят к выбору неправильной технологии ведения пациентов на амбулаторном уровне и далее к тому, что не достигается цель догоспитального этапа. Изучение причин недоработок показало, что в 30% случаев это связано с недостаточной

квалификацией медицинских работников, особенно в тех случаях, когда ведением инфекционной патологии детского возраста приходится заниматься врачам ГСВ из числа терапевтов и акушер-гинекологов. Практически ни в одной амбулаторной карте нет упоминаний, что пациент не выполнил предписанные врачом назначения и это привело к ухудшению его состояния, а затем к госпитализации. При изучении структуры госпитализации инфекционных больных в стационары по направлениям АПУ и ГСВ приходится констатировать тот факт, что госпитализация вообще была не показана в 30% случаев в АПУ и 36% случаев в ГСВ (как следовало из анализа записей в амбулаторных картах). Данную ситуацию, во-первых, можно объяснить сложившейся практикой не заинтересованности врачей первичного звена в ведении инфекционных больных на амбулаторном этапе, что в свою очередь приводит к чрезмерному направлению в стационары, а во-вторых, неудовлетворительным качеством знаний детских инфекционных болезней врачами ГСВ, со стороны терапевтов и акушер-гинекологов.

С другой стороны, слабость учреждений первичного звена привело к практике т.н. «самонаправлений» больных напрямую в стационары, минуя поликлиники и ГСВ. Лишь в 40% случаев последовавшая за амбулаторным лечением госпитализация была обоснована течением заболевания и требовала наблюдения и лечения в условиях стационара круглосуточного пребывания. Остальные 30% случаев – это госпитализация по жизненным, эпидемическим и социальным показаниям (многодетные семьи, малоимущие слои населения). В 42% случаев госпитализация в стационар по направлениям врачей первичного звена необходимые лечебно-диагностические манипуляции были выполнены в полном соответствии с принятой технологией оказания медицинской помощи. В 58% случаев были выявлены нарушения в выполнении объема и предоставлении качества медицинской помощи, поэтому нельзя отрицать тот факт, что недоработки на амбулаторном этапе привели к необходимости в госпитализации.

Таким образом, госпитализация больных в инфекционные отделения в определенной степени спровоцированы недоработками первичного звена амбулаторной помощи, а также сложившейся практикой направления больных на стационарное лечение, отсутствием экономической заинтересованности в ведении пациентов на догоспитальном этапе. Исправить сложившееся положение во многом можно путем проведения рационализации и реструктуризации структуры лечебно-профилактических учреждений, введением новых финансово-экономических отношений.

Определение экономического ущерба от случая возникновения инфекционного заболевания и путей оптимизации инфекционной службы

Как известно, экономические показатели играют важную роль, как один из факторов управления качеством медицинской помощи, для определения социальной значимости инфекционных заболеваний (И.Л. Шаханина, 1987, 1993; В.П. Хроменкова, 1991). Показателем оценки экономической значимости инфекционной патологии принят экономический ущерб, приходящийся на один случай заболевания.

На рис. 2 представлены затраты на медицинские мероприятия связанные с одним случаем возникновения и госпитализации наиболее значимых детских инфекционных болезней в условиях республики.



Рис. 2. Распределение величины затрат на медицинские мероприятия по нозологическим формам (в %).

Следует отметить, что размеры затрат на госпитализацию находятся в прямой зависимости от клинических форм инфекционной патологии и тяжести течения заболевания. Самые высокие затраты оказались при вирусном гепатите В и менингококковой инфекции, самые низкие затраты оказались при ветряной оспе. Сравнение затрат связанных с одним случаем возникновения инфекционного заболевания дает дополнительное подтверждение необходимости вдумчивого подхода к решению вопроса о тактике ведения таких больных начиная с первичного звена здравоохранения.

Так, экономический ущерб от инфекционных заболеваний на 65% формируется за счет затрат на госпитализацию. Принимая во внимание большие расходы на диагностику и лечение больных в условиях стационара, решение вопроса о необходимости госпитализации в каждом конкретном случае необходимо принимать только на основании клинических, эпидемических и социальных показаний.

Было проведено изучение корреляционной связи между критериями выписки по нозологическим формам детских инфекционных болезней и периодом контагиозности, необходимой для обоснования разумного сокращения сроков пребывания больного на койке с учетом состояния больного и опасности для окружающих. В табл. 8 представлена корреляция между периодом контагиозности и критериями выписки по нозологическим формам детских инфекционных болезней.

Таблица 8

Корреляция между периодом контагиозности и критериями выписки по нозологическим формам детских инфекционных болезней.

Нозологическая форма	r*
Менингококковая инфекция	+0,3+0,01
Корь	+0,6+0,02
Скарлатина	+0,7+0,02
Краснуха	+0,6+0,02
Ветряная оспа	+0,6+0,02
Паротитная инфекция	+0,6+0,02
Коклюш	+0,5+0,01
Дифтерия	+0,2+0,01
Инфекционный мононуклеоз	+0,5+0,01
Псевдотуберкулез	+0,6+0,02
Вирусный гепатит А	+0,7+0,02
Вирусный гепатит В	+0,6+0,02

Примечание:

1. Приведенные коэффициенты корреляции достоверны при $p < 0,05$. В каждой выборке по 100 величин;
2. r* - коэффициент корреляции.

Имеющаяся корреляционная связь по рассматривавшимся нозологическим формам детских инфекционных заболеваний говорит о том, что при решении вопроса о сроках дальнейшего пребывания больного в инфекционном стационаре необходимо ориентироваться на

длительность течения периода контагиозности. Так, например, коэффициент корреляции при таких заболеваниях, как корь ($r=+0,6\pm 0,02$) и скарлатина ($r=+0,7\pm 0,02$) говорит о том, что для решения вопроса о выписке из стационара необходимо ориентироваться на окончание периода контагиозности, а слабая корреляционная связь при менингококковой инфекции ($r=+0,3\pm 0,01$) и дифтерии ($r=+0,2\pm 0,01$) говорит о необходимости тщательного изучения состояния таких больных перед решением вопроса о выписке из стационара.

Полученные данные позволили разработать клинические протоколы по конкретным нозологическим формам, необходимые для оптимизации деятельности инфекционной службы, обеспечивающие планирование достижения определенного конечного результата лечения.

Разработка и внедрение в практическую деятельность клинических протоколов имеет своей целью достижение определенного снижения уровня госпитализации в учреждения стационарного типа, снижения показателя длительности среднего пребывания на койке, особенно для нозологических форм с длительными сроками пребывания в стационаре (с учетом эпидемических показаний, особенностей течения клинической картины заболевания, развития возможных осложнений), определение затрат на лечение, определение тактики лечения для сокращения сроков пребывания на койке, развитие стационарзамещающих технологий.

ВЫВОДЫ

1. Вневедомственная экспертиза медицинского учреждения, проводимая с позиций системного подхода, является наиболее наглядным и объективным методом изучения, как организационной структуры учреждения, так и оценки качества и эффективности предоставляемых медицинских услуг населению в целом.
2. Факторами, существенно влияющими на качество медицинской помощи инфекционным больным на госпитальном этапе, являются уровни состояния совокупных составляющих организационной структуры инфекционной службы, включающей в себя деятельность управления ($r=+0,8\pm 0,04$) и ресурсное обеспечение МТБ учреждения ($r=+0,7\pm 0,03$).
3. Критериями, определяющими уровни организации управления инфекционной службы и качества лечебно-диагностического процесса, являются недостаточная ресурсная оснащенность материально-технической базы (соответствие стандартам аккредитации 82%) и недостаточная квалификация медицинских работников (низкий процент категорированных работников – 52,3%), а также слабые навыки

управленческой работы (соответствие стандартам аккредитации 74%), связанные с отсутствием должной организации обеспечения управления, дефектами в выработке и выполнении управленческих решений, организации контроля.

4. Выявленные при проведении экспертизы качества лечебно-диагностического процесса дефекты предоставления медицинских услуг на уровне первичной медико-санитарной помощи выражаются, прежде всего, в несвоевременной и необоснованной госпитализации в стационар инфекционных больных. Указанные дефекты связаны с недостаточной профессиональной компетентностью врачей ГСВ в области детской инфекционной патологии.

5. Госпитализация больных в инфекционные отделения в определенной степени спровоцированы недоработками первичного звена амбулаторной помощи, а также сложившейся практикой направления больных на стационарное лечение, отсутствием экономической заинтересованности в ведении пациентов на догоспитальном этапе. Исправить сложившееся положение во многом можно путем проведения рационализации и реструктуризации структуры лечебно-профилактических учреждений, введением новых финансово-экономических отношений, как в самом первичном звене медицинской помощи, так и между ним и стационаром, узкими специалистами, параклинической службой.

6. На госпитальном этапе дефекты оказания медицинской помощи инфекционным больным связаны с нарушениями в процессе предоставления лечебно-диагностических мероприятий, что оказывает отрицательное влияние на качество и эффективность стационарной помощи; среди основных причин дефектов наиболее существенным является недостаточная квалификация врачей ($r=+0,4\pm 0,03$).

7. Существующая система предоставления медицинской помощи в условиях недостаточного финансирования сектора здравоохранения диктует необходимость разумного подхода к сокращению сроков средней длительности пребывания инфекционных больных в стационарных условиях на основе учета таких критериев выписки как клиническое улучшение состояния и окончание периода контагиозности. Выявленная корреляционная связь между периодом контагиозности и рекомендуемыми сроками госпитализации при наиболее значимых и часто встречающихся в условиях Кыргызской Республики детских инфекционных заболеваниях позволяют принимать решения о целесообразности пребывания больного на койке.

8. Для определения экономической эффективности пребывания на инфекционной койке необходимо использовать полученные расчетные

данные показателей экономического ущерба от одного случая возникновения и госпитализации детских инфекционных заболеваний. При снижении средних сроков длительности госпитализации доля ожидаемой экономической эффективности составляет не менее 20 - 30% от исходных значений.

9. Для оптимизации деятельности инфекционной службы является целесообразной дальнейшая интеграция системы предоставления медицинских услуг в случае возникновения инфекционных заболеваний на уровень первичной медико-санитарной помощи, для решения вопроса о необходимости госпитализации, назначения адекватной терапии и тактике дальнейшего ведения больного после выписки из стационара.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В условиях проводимого реформирования сектора здравоохранения для обеспечения системы непрерывного повышения качества предоставляемой медицинской помощи населению республики необходимо дальнейшее внедрение, развитие и совершенствование экспертизы деятельности медицинских учреждений на основе системного, процессуального и результативного подходов. Основанием для разработки системы мероприятий, направленных на улучшение и совершенствование организации управления лечебно-диагностическим процессом должны служить результаты вневедомственной экспертизы организационной структуры медицинского учреждения и качества оказываемой медицинской помощи, а также изучения влияния на их уровень различных факторов.
2. Расчетные данные показателей экономического ущерба необходимо использовать в деятельности медицинских учреждений для определения экономической эффективности от сокращения сроков госпитализации инфекционных больных.
3. Для повышения качества медицинской помощи инфекционным больным необходимо использовать в повседневной практике разработанные клинические протоколы по нозологическим формам детских инфекционных заболеваний, с рекомендованными стандартными показателями для госпитализации и сроками стационарного лечения.
4. При решении вопроса о выписке из инфекционного стационара, с целью сокращения сроков длительности пребывания пациентов на госпитальной койке, необходимо учитывать такой фактор как завершение периода контагиозности.
5. Для оптимизация деятельности инфекционной службы на современном этапе является целесообразным, в рамках

функционирующего в настоящее время компонента реструктуризации предоставляемой медицинской помощи, развитие стационарзамещающих технологий (стационар на дому, дневной стационар), приемлемых также и для дальнейшего долечивания больных при неосложненном течении инфекционного заболевания и отсутствии опасности для окружающих.

СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Причины негладкого течения коклюша у детей // Сб. научных трудов КНИИПМЭ. - Бишкек, 1993. - С. 217-220 (соавт.: Г.Т.Осмоналиева, Р.М.Исаева, Н.И.Бирюкова, И.С.Клейменова, А.И.Мамбетова).
2. Капельные инфекции у детей: Методическое пособие. - Бишкек, 1994. - 40 с. (соавт.: Я.Д.Пеннер, Г.Т.Осмоналиева, Р.М.Кадырова, И.С.Клейменова, Н.И.Бирюкова, А.А.Туратбекова, Р.М.Исаева, А.И.Романенко, О.Н.Будник).
3. Течение дифтерии у детей на современном этапе // Сб. Вопросы акушерства и педиатрии. - Бишкек, 1995. - С. 40-41 (соавт.: Р.М.Кадырова, А.А.Туратбекова, Л.С.Землянухина, Г.Н.Голощапова, А.Д.Сыдыкова).
4. Дифтерия в период эпидемии // Медицинские новости. - 1995. - №2-3. - С. 15-18 (соавт.: Р.М.Кадырова, А.А.Туратбекова, И.С.Клейменова, Г.Т.Осмоналиева, М.Г.Глазунова, Л.С.Землянухина, А.Д.Сыдыкова).
5. Особенности течения дифтерии в период эпидемического подъема в Кыргызской Республике // Тезисы докл. конф. студентов и молодых ученых. - Бишкек, 1995. - С. 9 (соавт.: А.В.Попков, Ч.Т.Мырзабаева, А.А.Сыдыкова, Д.Г.Кудайбергенова, Д.Т.Орузбаева, Д.Енилеева).
6. Особенности течения краснухи на современном этапе // Тезисы докл. совместного съезда акушер-гинекологов и педиатров. - Бишкек, 1996. - С. 111 (соавт.: А.А.Ибрагимова, Р.М.Кадырова).
7. Результаты лицензирования и аккредитации медицинской деятельности в Кыргызской Республике в 1997-1998 г.г. // Материалы 1 Конгресса врачей Кыргызской Республики. - Бишкек, 1998. - С. 71-76 (соавт.: А.С.Саадакбаев, Т.Т.Курманалиева, Э.Т.Бокчубаев, Ю.М.Азаматов, А.А.Абакиров, А.Б.Джумабаев).
8. Лицензирование медицинской деятельности и аккредитация медицинских учреждений в Кыргызской Республике // Время быть здоровым. - 1999. - №3. - С. 3 (соавт.: Ю.М.Азаматов).

9. Аккредитация - как критерий оценки качества медицинской помощи // Материалы семинара «Управление качеством медицинского обслуживания – основа успеха в проведении реформы здравоохранения». - Бишкек, 1999. – С. 22-29 (соавт.: А.К.Казиев, Ю.М.Азаматов, Э.Т.Бокчубаев).
10. Лицензирование и аккредитация – ведущие факторы гарантии качества медицинских услуг в условиях обязательного медицинского страхования // Вопросы здоровья матери и ребенка в современных условиях: Тез. докл. конф. - Бишкек, 1999. – С. 191-192 (соавт.: Ю.М.Азаматов, А.С.Саадакбаев).
11. Результаты лицензирования и аккредитации медицинских учреждений Кыргызской Республике за период 1997-1999 г.г. // Центрально-Азиатский медицинский журнал. – 2000. - Т. VI. – С. 10-11 (соавт.: А.К. Казиев, Э.Т.Бокчубаев, Ю.М.Азаматов, А.С.Саадакбаев).
12. Перспективы дальнейшего функционирования групп семейных врачей в Кыргызской Республике // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением Республики Казахстан. – Алматы, 2000. - №18. – С. 42-44 (соавт.: Э.Т.Бокчубаев, А.К.Казиев, А.Б.Джумабаев).
13. Система управления качеством медицинской помощи в Кыргызской Республике // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением Республики Казахстан. – Алматы, 2001. - №4. – С. 5-11 (соавт.: М.Т.Султанмуратов, Э.Т.Бокчубаев).
14. Лицензирование и аккредитация медицинской деятельности в Кыргызской Республике: Методическое руководство; Под ред. А.С.Саадакбаева. - Бишкек, 2001. – 156 с. (соавт.: Ю.М.Азаматов, А.Б.Джумабаев, А.А.Тургунбаева).
15. Острые вирусные гепатиты в Кыргызстане: эпидемиология и этиологическая структура // Сб. научных трудов КГМА. - Бишкек, 2001. - С. 304-309 (соавт.: Д.Б.Алымбаева, Дж.О.Куватова, А.А.Джангазиева, М.З.Муратова).
16. К концепции управления качеством медицинской помощи // Сб. научных трудов КГМА. - Бишкек, 2001. - С. 300-303 (соавт.: А.К.Казиев, Ю.М.Азаматов, Э.Т.Бокчубаев).
17. Результаты лицензирования и аккредитации медицинских учреждений Кыргызской Республики в период 1997-2000 г.г. // Центрально-Азиатский медицинский журнал. – 2001. - №1. – С.3-6 (соавт.: Т.С. Мейманалиев, А.К.Казиев, Ю.М.Азаматов, Э.Т.Бокчубаев).
18. К критериям оценки качества медицинской помощи // Сб. Социальные и медицинские проблемы здоровья матери и ребенка на рубеже тысячелетия. - Бишкек, 2001. – С. 22-23 (соавт.: А.К.Казиев, Ю.М.Азаматов).

19. Оценка качества инфекционной службы и оптимизация деятельности первичной медико-санитарной помощи и ГСВ в обслуживании инфекционных больных // Сб. Социальные и медицинские проблемы здоровья матери и ребенка на рубеже тысячелетия. - Бишкек, 2001. – С. 23-26 (соавт.: А.К.Казиев, Ю.М.Азаматов).
20. Эпидемиологические аспекты острых вирусных гепатитов в Кыргызстане // Сб. Социальные и медицинские проблемы здоровья матери и ребенка на рубеже тысячелетия. - Бишкек, 2001. – С. 36-38 (соавт.: Д.Б.Алымбаева, М.Муратова, Дж.Куватова).
21. Руководство для экспертов по проведению аккредитации медицинских учреждений: Методические рекомендации; Под ред. А.К.Казиева. - Бишкек, 2001. – 24 с. (соавт.: Ю.М.Азаматов, А.А.Тургунбаева).
22. Руководство по самооценке для подготовки к аккредитации медицинских учреждений: Методические рекомендации; Под ред. А.К.Казиева. - Бишкек, 2001. – 16 с. (соавт.: Ю.М.Азаматов, А.А.Тургунбаева).
23. Состояние инфекционной службы в деле охраны здоровья детей в Кыргызской Республике в переходном периоде // Центрально-Азиатский медицинский журнал. – 2001. - №6. – С. – 302-305 (соавт.: А.К.Казиев).
24. Система организации и управления инфекционной службой в Кыргызской Республике // Медицина и фармация. - 2002. - №1. – С. 9-12 (соавт.: А.К.Казиев).
25. Организация службы профилактики инфекционных заболеваний в развитых странах // Медицина и фармация. - 2002. - №1. – С. 6-9.
26. Система управления качеством медицинской помощи // Проблемы стратегии и перспективы развития медицины труда в горных регионах: Материалы конф. - Бишкек, 2002. – С. 5-10 (соавт.: Ю.М.Азаматов, А.А.Тургунбаева).
27. Оценка деятельности стационарного звена инфекционной службы в Кыргызской Республике // Здравоохранение Кыргызстана. - 2002. - №1. - С. 64-67 (соавт.: Ю.М.Азаматов).
28. Аккредитация медицинских учреждений в Кыргызской Республике: Методическое руководство; Под ред. А.С.Ибраимовой. - Бишкек, 2002. – 206 с. (соавт.: М.Т.Султанмуратов, Ю.М.Азаматов, А.К.Казиев, А.А.Тургунбаева, Э.Т.Бокчубаев, А.Б.Джумабаев, А.С.Саадакбаев, К.К.Абдрахманов).
29. Состояние инфекционной службы и оптимизация ее деятельности в условиях реформы здравоохранения Кыргызской Республики: Монография. – Бишкек, 2002. – 126 с. (соавт.: М.Т.Султанмуратов).

докторской диссертации Абилова Б.А. «Оптимизация деятельности инфекционной службы в условиях реформы здравоохранения Кыргызской Республики».

Ключевые слова: инфекционная служба, оптимизация, первичная медико-санитарная помощь, реформа, экономические методы, экспертная оценка.

В диссертации представлена оценка организационной структуры инфекционной службы в Кыргызской Республике на современном этапе и качества медицинской помощи инфекционным больным, как на уровне госпитального звена, так на уровне первичной медико-санитарной помощи, с помощью методики основанной на системном анализе. Разработана модель оптимизации инфекционной службы в условиях реформы здравоохранения в Кыргызской Республике. Обоснована необходимость интеграции ведения инфекционных больных, для оптимизации предоставляемых медицинских услуг, на уровень ПМСП с развитием стационарзамещающих технологий с целью сокращения сроков длительности пребывания пациентов на больничной койке.

Указано, что для определения качества и эффективности предоставляемых медицинских услуг населению и оптимизации в целом инфекционной службы в ЛПУ республики необходимо использовать также и экономические методы, рассматриваемые в качестве одного из факторов управления, существенно повышающих качество медицинской помощи. Необходимость использования комплексного подхода при проведении вневедомственной экспертизы медицинского учреждения с применением технологии экспертных оценок и экономических методов диктуется современными условиями развития социально-экономических преобразований в Кыргызской Республике, проведения реформирования сектора здравоохранения в целом.

Медицина илиминин доктордук даражасын алуу үчүн жазган Абилов Б.А. диссертациясынын кыскача мазмуну: «Кыргыз Республикасындагы саламаттыкты сактоо багытындагы өзгөрүүлөргө ылайык жугуштуу ооруларга жардам көрсөтүү иш-аракетин өркүндөтүү».

Уңгулуу сөздөр: жугуштуу ооруларга жардам, оптимизация, биринчи медициналык жардам, реформа, экономикалык ыкмалар, эксперттик жактан баасы.

Диссертацияда Кыргыз Республикасындагы азыркы учурда жугуштуу ооруларга жардам берүү абалын жана аны уюштуруудагы сапаттык деңгээлине эксперттик жактан баа берүү менен жугуштуу ооруларга чалдыккандарга медициналык жактан жардам берүүнүн сапатын, бейтапканады жаткандар тобу, ошондой эле биринчи медициналык-санитардык жардам берүү шартындагы абалын, системалык жактан анализдөөгө негизделген ыкма аркылуу аныкталган.

Кыргыз Республикасындагы саламаттыкты сактоо багытындагы өзгөртүү шартына ылайык жугуштуу ооруларга кызмат көрсөтүүнү өркүндөтүү үлгүсү шителип чыккан. Саламаттыкты сактоо багытында болуп жаткан өзгөрүүлөрдү өткөрүү учурунда жугуштуу ооруларды дарылоону биргелештирүү, аларга биринчи медициналык жардам көрсөтүү деңгээлин, бейтапканада жатуу мөөнөтүн кыскартуу максатында, бейтапканадагы оорунду эзлөөнүн технологиясы, медициналык жардамды өркүндөтүүнүн зарылчылыгы негизделди. Жалпы дарылоо мекемелеринде жугуштуу ооруларга чалдыккандарга жардам көрсөтүү кызматын, элге медициналык жардам берүүнүн сапатын жана натыйжалуулугун аныктоо учун экономикалык ыкмалар менен бирге эксперттик баалоону колдонуу, медициналык жардам берүү сапатын олуттуу көтөрүү, натыйжалуу башкаруу факторлорунун бири экендиги көрсөтүлдү.

Азыркы мезгилдин талабы медициналык мекемелерди өз ведомствосунан тышкары эксперттик баалоо, экономикалык ыкмаларды пайдалануу, ар тараптан ыңгайлаштыруу менен өткөрүү Кыргыз Республикасынын социалдык-экономикалык өзгөрүүлөрдү, жалпы ден-соолукту сактоо багытындагы өзгөрүүлөр менен биримдүүлүгүнүн зарылчылыгы далилденди.

ABILOV Bolot Aripovich

**The defense of the thesis for the degree of the Doctor of Medical Sciences:
“Optimizing infectious service in terms of health care reform
in the Kyrgyz Republic”.**

Key words: infectual service, optimization, primary health care, reforms, economical methods, expert valuation.

The thesis represent expert assessment of the current quality level in the organizational structure of the infectious service in the Kyrgyz Republic as well as quality of the delivered health care to infectious patients both at inpatient and outpatient levels using methodology based on system analysis. Model of the infectious service optimization is developed in terms of the implemented health care reform in the Kyrgyz Republic. A need to reform health care system, integrate treatment of infectious patients and optimize the delivered health services at the PHC level with development of substituting inpatient care technologies in order to reduce average length of stay in hospitals (ALOS), has been substantiated.

It has been noted that in order to determine quality and effectiveness of the delivered health services and optimize the infectious service as a whole in health care facilities of the republic it is necessary to use economic methods jointly with expert assessment, considered as one of the management factors essentially increasing health care quality. The necessity to use complex approach to out- institutional expertise in a health care facility using expert assessment technologies and economic methods, has been dictated with requirements of modern social-economic reorganizations going on in the Kyrgyz Republic and health sector reform, in particular.