

УДК 614.2-614.88

Д.С. МУСИНА, У.С. САМАРОВА, Ж.М. ТЕНТЕКПАЕВ

Государственный медицинский университет города Семей,  
КГКП «Поликлиника №1», г. Павлодар

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

В данной работе были оценены основные демографические показатели, данные бюро госпитализации, стимулирующий компонент к подушевому нормативу.

**Ключевые слова:** первичная медико-санитарная помощь, демографические показатели, госпитализация, стимулирующий компонент к подушевому нормативу.

Согласно концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Республике Казахстан, на территории страны происходит поэтапное реформирование системы организации медицинской помощи населению. Меняются приоритеты – центр тяжести смещается с лечения на профилактику, со стационарной помощи на амбулаторное звено [1]. Общий уровень доступности и качества медицинской помощи в значительной мере определяется на амбулаторном этапе [2].

В настоящее время происходит формирование разных моделей организации амбулаторно-поликлинической помощи на основе поэтапного внедрения врача общей практики [3]. Врачам общей практики, действующим в структуре амбулаторных учреждений, отводится основная роль в системе ПМСП, призванной осуществлять основной объем профилактической работы, удешевить процесс лечения, обеспечить определенный социальный эффект [4].

Благодаря Единой Национальной Системе Здравоохранения Министерством здравоохранения РК для совершенствования методов мотивации труда медицинских работников ежеквартально выделяются средства (стимулирующий компонент к подушевому нормативу) участковой службе за доступную и качественную первичную медицинскую помощь. Работа участковой службы оценивается следующими индикаторами: материнская смертность, беременность женщин с экстрагенитальной патологией, уровень аборт по отношению к родам, детская смертность от ОКИ и ОРИ, несвоевременно диагностированный туберкулез легких, запущенные случаи злокачественных новообразований визуальной локализации 3-4 стадии, уровень госпитализированных больных с осложнениями заболеваний ССС, случаи необоснованной госпитализации лиц с обострениями хронических заболеваний, не требующих госпитализации в круглосуточный стационар, уровень госпитализации в дневной стационар и стационар на дому по отношению к круглосуточному стационару.

Цель исследования – улучшить деятельность первичной медико-санитарной помощи путем оценки организации амбулаторно-поликлинического учреждения.

### Задачи исследования:

1. Рассчитать основные демографические показатели;
2. Оценить организацию расчета СКПН;
3. Провести мониторинг плановой госпитализации на республиканском и региональном уровнях в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

**Объект исследования.** Данное исследование проводилось в КГКП «Поликлиника №1» города Павлодара. Количество при-

крепленного населения к поликлинике – 91080 (2012), 91340 (2011).

### Материал и методы

Материалом исследования являлись статистические данные отделов статистики и контроля качества медицинских услуг.

Используемые методы исследования: информационно-аналитический, статистический, поперечный анализ.

Дизайн исследования: Deskриптивное исследование. Deskриптивное исследование предназначено для организаторов здравоохранения. Данный вид дизайна помогает определить программы дальнейшего развития здравоохранения и усовершенствования первичной медико-санитарной помощи населению. Статистические данные Портала бюро госпитализации помогли выявить случаи, связанные с неправильной госпитализацией больных. По демографическим показателям можно судить о качестве и уровне оказываемой медицинской помощи. С помощью портала СКПН рассчитали основные индикаторы деятельности ПМСП со ставкой вознаграждения за каждый индикатор.

### Результаты и обсуждение

В ходе исследования были рассчитаны демографические показатели, оценена работа Портала бюро госпитализации, СКПН КГКП «Поликлиника №1» города Павлодара, результаты математических вычислений и статистических данных в таблицах 1, 2, 3, 4, 5.

Многие показатели данного учреждения улучшились. Наблюдается улучшение демографической ситуации, повышение уровня рождаемости, снижение и стабилизация показателя смертности, увеличение коэффициента

Таблица 1 – Демографические показатели КГКП «Поликлиника №1» города Павлодара

Демографические показатели	2011 год		2012 год	
	абс. ч.	отн. ч.	абс. ч.	отн. ч.
Показатель рождаемости на 1000 населения	1635	17,9±0,8	1740	19,1±0,8
Показатель смертности на 1000 населения	929		849	9,3±0,6
Младенческая смертность на 1000 родившихся живыми	15	9,1±4	8	4,6±3
Естественный прирост	706	7,7±0,5	891	9,8±0,6

Таблица 2 – Плановая госпитализация в круглосуточные стационары

Плановая госпитализация	2011 год		2012 год	
	абс. ч.	отн. ч.	абс.ч	отн.ч
Госпитализировано	7014	7,7±0,2	7216	7,9±0,2
Внештатные ситуации	167	2,4±0,4	209	2,9±0,4

## ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Таблица 3 – Объем финансирования по республике на стимулирующий компонент к подушевому нормативу

2011 год		2012 год	
Квартал	сумма, тг.	квартал	сумма, тг.
1	1707807283,99	1	2087327656,81
2	1941216177,17	2	2253596048,23
3	2155109726,18	3	2129356292,81
4	2028672336,41	4	2377727403,45
Итого	<b>7832805523,75</b>	итого	<b>8848007401,3</b>

Таблица 4 – Стимулирующая надбавка для медицинских работников КГКП «Поликлиника №1» города Павлодара

2011 год		2012 год	
Квартал	сумма, тг.	квартал	сумма, тг.
1	14788346,83	1	13216537,62
2	15859097,31	2	13165945,76
3	12571884,43	3	9312812,63
4	14201870,41	4	13276473,16
Итого	<b>57421198,98</b>	итого	<b>48971769,17</b>

Таблица 5 – Стимулирующая надбавка для медицинских работников КГКП «Поликлиника №1» города Павлодара со значением индикаторов и ставкой вознаграждения за индикаторы

№	Кв	Индикаторы	Значение индикатора, %		Ставка вознаграждения сумма, тг.	
			2011 год	2012 год	2011 год	2012 год
1	1	Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП	0	0	5099791,11	3386282,84
	2		0	0	4588692,59	3142351,48
	3		0	0	0,000	0,000
	4		0	0	3913914,05	3352423,47
2	1	Беременность ЖФВ с ЭГП (от числа здоровых ЖФВ)	26,3±3,2	27,6±3,2	1253215,71	817022,00
	2		23,6±2,9	29,0±3,3	1551493,39	1018353,01
	3		31,7±3,2	29,0±3,3	1364436,15	1020673,21
	4		30,2±3,4	25,9±3,6	1304623,09	1147759,01
3	1	Случаи подростковой беременности (15-18 лет)	-	-	1661295,59	-
	2		0,5±0,5	0,6±0,5	1527075,74	-
	3		0,6±0,5	1,2±0,8	1438534,22	-
	4		1,2±0,8	1,7±0,9	1243230,38	-
4	1	Уровень аборт по отношению к родам	42,2±4,9	31,9±4,5	982642,68	768632,46
	2		38,8±4,5	26,7±4,4	1550163,33	1097404,81
	3		34,8±4,6	27,2±4,2	1537381,82	1033106,80
	4		32,6±4,8	32,4±5,4	1310542,44	931664,02
5	1	Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП (ОКИ, ОРИ)	0	0	3399860,74	2257521,90
	2		0	0	3059128,40	2094900,99
	3		0	0	3009734,75	2104839,11
	4		0	0	2609276,04	2234948,98
6	1	Несвоевременно диагностированный туберкулез легких (от числа своевременно диагностированного туберкулеза легких)	30,4±19,1	31,3±23,2	591280,13	482628,30
	2		30,0±10,2	30,4±19,1	756469,25	519811,54
	3		7,1±13,7	43,7±24,8	921589,83	448136,26
	4		17,6±18,4	53,8±27,6	581468,39	490103,90
7	1	Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализации 3-4 стадии (от числа впервые выявленных случаев зл.нов.)	29,6±17,5	23,8±18,5	1196247,30	1222117,12
	2		20±17,8	23,3±15,4	1660754,89	1039968,70
	3		5±9,7	15,4±14,1	1726637,31	1127551,80
	4		33,3±27,2	4,9±6,7	931728,98	1232013,69
8	1	Уровень госпитализированных больных с осложнениями заболеваний ССС	74,8±3,3	65,7±3,5	214339,05	193546,12
	2		69,1±3,5	64,5±3,8	751159,16	495415,75
	3		70,4±3,8	58,5±4,3	680021,34	522219,15
	4		70,0±3,7	60,8±4,3	609394,39	508991,46
9	1	Количество обоснованных жалоб	0,0039	0	389674,53	1128760,95
	2		0	0	414160,56	1047450,49
	3		0	0,001	752433,69	476038,00
	4		0	0,001	652319,01	557701,47
10	1	Случаи необоснованной госпитализации лиц с обострениями хронических заболеваний, не требующих госпитализации в круглосуточный стационар	-	0,5±0,2	-	1418281,35
	2		-	0,6±0,2	-	1537948,12
	3		27,1±4,7	0,6±0,2	1141115,32	1483720,89
	4		1,3±1,1	0,6±0,3	1045373,64	1546791,83
	1	Уровень госпитализации в дневной стационар и стационар на дому по отношению к круглосуточному стационару	-	23,1±1,2	-	1541744,59
	2		-	25,3±1,2	-	1172340,87
	3		-	25,2±1,2	-	1096527,40
	4		-	28,7±1,4	-	1274075,34
Итого					<b>57421198,98</b>	<b>48971769,17</b>

естественного прироста населения до  $9,8 \pm 0,6$  (2011 г. –  $7,7 \pm 0,5$ ) на 1000 населения. Если общий коэффициент рождаемости (в %) колеблется от 15 до 19,9, то оценка уровня рождаемости считается ниже среднего. Если общий коэффициент смертности (в %) равен от 10 до 14,9, то показатель смертности оценивается как низкий. В данном случае показатель рождаемости на 1000 населения за 2011 год равен  $17,9 \pm 0,8$ , за 2012 год –  $19,1 \pm 0,8$ . Уровень рождаемости за 2 года ниже среднего, показатель увеличился на 7%. Показатель смертности на 1000 населения снизился на 8%, уровень смертности средний. Младенческая смертность снизилась в 2 раза, уровень младенческой смертности составлял в 2011 году  $9,1 \pm 4$ , в 2012 году  $4,6 \pm 3$  (низкий) на 1000 родившихся живыми (табл. 1). Отмечается тенденция незначительного увеличения внештатных ситуаций с  $2,4 \pm 0,4$  до  $2,9 \pm 0,4$  (табл. 2).

За 2011 год объем финансирования по республике на стимулирующий компонент к подушевому нормативу составил 7832805523,75 тг., 2012 год 8848007401,3 тг., объем финансирования увеличился на 11,4%. (табл. 3). Стимулирующая надбавка для медицинских работников ГККП «Поликлиника №1» города Павлодара в 2011 году составляла 57421198,98 тг., в 2012 г. 48971769,17 тг. Стимулирующая надбавка снизилась на 14,7%, это связано с тем, что показатели ПМСП ухудшились (табл. 4, 5).

#### Обсуждение

С каждым годом проблема распространения онкологических заболеваний становится все серьезнее, о чем говорит статистика данного учреждения. Участковая служба, в состав которой в идеале должны входить врачи общей практики, участковые медицинские сестры, социальные работники, проводит профилактическую работу с населением, но каждый раз регистрируются новые случаи новообразований. Это связано с тем, что специалисты обслуживают не свое прикрепленное население. В соответствии с Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» гражданам гарантируется свободный выбор медицинской организации и врача, право на качественную и своевременную медицинскую помощь, но каждая поликлиника или семейная врачебная амбулатория должна стремиться прикреплять здоровое население, так как от этого зависит стимулирующий компонент для каждого участка. Новые случаи рака могут снизить их ежеквартальную оплату, так как это один из индикаторов, оценивающих работу медицинского персонала. Для того чтобы исключить регистрацию рака у пациентов, необходимо перепроверять, прикреплен ли пациент в портале регистра прикрепленного населения, это поможет снизить показатели данного индикатора и этим самым увеличить их стимулирующий компонент. Тенденция незначительного увеличения внештатных ситуаций связана с тем, что, регистрируя пациентов через портал бюро госпитализации, врачи указывают неправильный код заболевания по МКБ-10, также некоторые заболевания можно лечить на уровне дневного стационара.

#### Выводы

Таким образом, для совершенствования организации первичной медико-санитарной помощи необходимо следующее:

1. Для снижения ошибок по всем случаям необходимо проводить служебные разборы, также всем заведующим структурными подразделениями обозначить персональную ответственность по недопущению внештатных ситуаций.
2. Необходимо создать систему медицинской экспертизы для улучшения качества медицинских услуг.
3. Необходимо знать врачам перечень заболеваний лечащихся в дневном стационаре, незнание таких элементарных вещей приводит к увеличению движения пациентов и внештатных ситуаций.

4. Необходимо снизить уровень потребления стационарной помощи, оказывая стационарозамещающую помощь.

5. Снижая уровень потребления стационарной помощи, экономим государственный бюджет и увеличиваем средства, заложенные на мотивацию медицинских работников.

6. Обслуживание пациентов, не прикрепленных к поликлинике, приводит к увеличению индикаторов и снижению стимулирующего компонента.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы, утвержденная Указом Президента РК от 29 ноября 2010 года №1113

2 Richard J. Baron, MD, Maryland, USA. “New pathways for primary care: an update on primary care programs from the innovation center at CMS” // Journal Article. Annals of Family Medicine 2012 Mar-Apr; Vol. 10 (2), pp. 152-5

3 Чижикова Т.В. Совершенствование первичной медико-санитарной помощи населению сельского муниципального района // Социальные аспекты здоровья населения. Москва. – 2010. – №2

4 Синявский В.М., Журавлев В.А. Организация системного управления, учета и контроля в амбулаторно-поликлинической службе // Главврач. – 2006. – №6. – С. 41-50

#### Т Ұ Ж Ы Р Ы М

**Д.С. МУСИНА, У.С. САМАРОВА, Ж.М. ТЕНТЕКПАЕВ**

*Семей қаласының мемлекеттік медициналық университеті,*

*Павлодар қаласының «№ 1 емханасы» МКК*

**АЛҒАШҚЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ – САНИТАРЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУДІҢ ҰЙЫМЫН ЖЕТІЛДІРУ**

**Кіріспе.** Алғашқы медициналық көмек көрсетуді дамыту денсаулық сақтау жүйесі қызметінің қолжетімділігін, сапасын және тиімділігін арттыруда негізгі бағыт болып табылады. Елеулі мақсатта медициналық көмектің қолжетімділігі мен сапасының жалпы деңгейі амбулаториялық кезеңде анықталады. Бұл жұмыста халыққа медициналық – санитарлық көмек көрсетуді ұйымдастыру мәселелері қарастырылған: негізгі демографиялық көрсеткіштер, компонентті нормативке ынталандырған ауауруханаға жатқызу бюросының мәліметтері.

**Зерттеудің материалдары мен әдістері:** Медициналық қызметтердің статистика және сапа бақылауы бөлімдерінің статистикалық мәліметтері зерттеудің материалдары болып табылды.

**Зерттеудің пайдаланылған әдістері:** ақпараттық-аналитикалық, статистикалық, көлденең талдаулар.

**Зерттеу нәтижелері.** Осы мекеменің көптеген көрсеткіштері жақсарды. Демографиялық жағдайдың, туылу деңгейінің артуы, өлім көрсеткішінің төмендеуі мен тұрақтануы, 1000 адамға дейін  $9,8 \pm 0,6$  (2011 г. –  $7,7 \pm 0,5$ ) халықтың табиғи өсу коэффициентінің артуы байқалады. Туылу көрсеткіштері 2011 жылы 1000 адамға  $17,9 \pm 0,8$  тең, 2012 жылы –  $19,1 \pm 0,8$ . 2 жылдың ішінде туылу деңгейі орташадан төмен, көрсеткіш 7 % артты. Өлім көрсеткіші 1000 адамға 2011 жылы  $10,2 \pm 0,6$  тең, 2012 жылы  $9,3 \pm 0,6$ . Өлім көрсеткіші 1000 адамға 8% төмендеді, өлім деңгейі орташа. Сәбилердің өлу көрсеткіші 2 есеге төмендеді, сәбилердің өлу деңгейі 2011 жылы  $9,1 \pm 4$  құрады, 2012 жылы 1000 тірі туылғандарға  $4,6 \pm 3$  (төмен). Штаттан тыс жағдайлардың аздап өскені туралы тенденция байқалады  $2,4 \pm 0,4$ -тен  $2,9 \pm 0,4$ -ке дейін. Ынталандыру қосымшасы Павлодар қаласының «№1 емханасы» МКК медициналық қызметкерлері үшін 2011 жылы 57421198,98 теңгені құрады,

ал 2012 жылы 48971769,17. Ынталандыру қосымшасы 14,7 % төмендеді, АМСК көрсеткіштері нашарлады.

**Қорытынды.** Емделушілердің қозғалуының артуына медициналық көмекті дұрыс ұйымдастырмау болып табылады. Емханаға тіркелмеген емделушілерге қызмет көрсету көрсеткіштердің артуына және ынталандыру компонентінің төмендеуіне әкеледі. Алғашқы медициналық – санитарлық көмекті ұйымдастыруды жетілдіру үшін мыналар қажет: барлық жағдайлар бойынша қателерді төмендету үшін қызметтік талдаулар жүргізу керек, сонымен қатар құрылымдық бөлімшелердің барлық меңгерушілеріне штаттан тыс жағдайларды енгізбегені үшін дербес жауапкершілікке тағайындау; медициналық қызметтің сапасын арттыру үшін медициналық сараптама жүйесін құру керек.

**Негізгі сөздер:** алғашқы медициналық-санитарлық көмек, демографиялық көрсеткіштер, ауруханаға жатқызу, нормативке ынталандыру компоненті.

### SUMMARY

D.S. MUSSINA, U.S. SAMAROVA,  
Zh.M. TENTEKPAYEV

*Semey State Medical University,*

*Polyclinic №1 Municipal State Enterprise in Pavlodar c.*

### IMPROVEMENT OF THE ORGANIZATION OF PRIMARY HEALTH CARE

**Introduction.** The development of primary health care is a key direction of the improvement in the accessibility, quality and effectiveness of health care services. The overall level of the accessibility and quality of medical care is largely determined at the outpatient stage. In this work, the issues of the organization of primary health care of the population are considered: the main demographic indices, data of hospitalization bureau, stimulating component to the normative standard per capita have been estimated.

**Materials and methods.** The materials of the study were the statistical data of the departments of statistics and quality control of medical services.

Used methods in the study: information-analytical, statistical, transverse analysis

**Results.** Many of the indicators of the institution have been improved. There was an improvement in the demographic situation, an increase in the birth rate, a decrease and stabilization in the mortality rate, an increase in the rate of natural population growth to  $9.8 \pm 0.6$  (2011 –  $7.7 \pm 0.5$ ) for 1000 population. For the year 2011, the birth rate was  $17.9 \pm 0.8$  for 1000 population, and for the year 2012, it was  $19.1 \pm 0.8$ . The birth rate for 2 years was below the average; the rate increased by 7%. For the year 2011, the death rate was  $10.2 \pm 0.6$  for 1000 population, and for the year 2012, it was  $9.3 \pm 0.6$ . The death rate per 1,000 population decreased by 8%; the mortality rate was average. The infant mortality rate decreased by 2 times; in 2011, the infant mortality rate was  $9.1 \pm 4$ , and in 2012, it was  $4.6 \pm 3$  (low) for 1000 live births. There was a tendency to a slight increase in abnormal situations from  $2.4 \pm 0.4$  to  $2.9 \pm 0.4$ . In 2011, the additional incentive for the medical staff of Polyclinic № 1 Municipal State Enterprise in Pavlodar was KZT 5742119898; in 2012, it was KZT 4897176917. The additional incentive decreased by 14.7%, due to the fact that the primary health care indicators worsened.

**Conclusion.** The improper organization of medical care was leading to an increase in the patient flow. The medical services provided to the patients not assigned to the polyclinic led to the increase in the indicators and to the reduction of the stimulating component. To improve the organization of primary health care it is necessary: in all cases to conduct in-house debriefings in order to reduce errors, as well the heads of structural units should assign a personal responsibility to prevent abnormal situations; it is necessary to set up a system of medical expertise to improve the quality of medical services.

**Key words:** primary health care, demographic indices, hospitalization, stimulating component to the normative standard per capita.

**Рецензент:** профессор, директор Павлодарского филиала ГМУ г. Семей С.Б. Имангазинов.

## ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

УДК 617.7(574)

Т.К. БОТАБЕКОВА, Г.У. КУЛКАЕВА, Ж.К. БУРИБАЕВА, Д.Б. АБДРАХИМОВА

*Казахский научно-исследовательский институт глазных болезней МЗ РК, г. Алматы*

### ОФТАЛЬМОЛОГИЯ КАЗАХСТАНА В РЕАЛИЗАЦИИ ГЛОБАЛЬНОГО ПЛАНА ВОЗ НА 2014-2019 ГГ. «ВСЕОБЩИЙ ДОСТУП К ЗДОРОВЬЮ ГЛАЗ»

На 66-й сессии Всемирной Ассамблеи Здравоохранения (март 2013 г.) принят План действий по профилактике предупреждаемой слепоты и нарушений зрения «Всеобщий доступ к здоровью глаз: глобальный план действий на 2014-2019 гг.». Индикатором достижения глобальной цели является сокращение масштабов распространенности предупреждаемой слепоты и нарушений зрения от базисного показателя 2010 г. (3,18%) на 25% к 2019 г. (до 2,37%). Для каждой из этих задач разработаны показатели реализации.

В статье оцениваются индикаторы масштабов и причин нарушений зрения, состояния офтальмологической службы (в т.ч. кадров) и катарактальной хирургии в Казахстане. Представлены возможные направления реализации плана ВОЗ по предупреждению слепоты и слабовидения в Казахстане.

**Ключевые слова:** офтальмология Казахстана, план ВОЗ, слепота и нарушения зрения, индикаторы реализации, направления развития.

#### ПЛАН ВОЗ «ВСЕОБЩИЙ ДОСТУП К ЗДОРОВЬЮ ГЛАЗ: ГЛОБАЛЬНЫЙ ПЛАН ДЕЙСТВИЙ НА 2014-2019 ГГ.»

По оценкам ВОЗ, в 2010 г. в мире насчитывалось 285 млн. человек с нарушениями зрения, из которых 39 млн.

были слепыми. При этом 75% всех случаев нарушений зрения и слепоты являются предупреждаемыми. Две основные причины нарушений зрения в мире – это некорригированные аномалии рефракции (42%) и катаракта (33%).