

**РАЗОВЫЙ НАУЧНЫЙ СОВЕТ НА ОСНОВЕ НАУЧНОГО СОВЕТА
DSc.04/30.12.2019. Tib.31.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ
СТЕПЕНЕЙ ПРИ ЦЕНТРЕ РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
КВАЛИФИКАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PHD) ПО
МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

ЗАКИРХОДЖАЕВА РАНОХОН АБДУНАБИ КИЗИ

**«СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ
ПРЕЕМСТВЕННОСТИ МЕЖДУ ПОЛИКЛИНИКАМИ И
СТАЦИОНАРАМИ» (НА ПРИМЕРЕ ЛЕЧЕБНО-
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ
г. ТАШКЕНТА)**

14.00.33 –Общественное здоровье. Менеджмент в здравоохранении.

Научный руководитель: З.А.Абдурахимов

ТАШКЕНТ – 2024

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за № В2021.3.PhD/Tib 2150.

Диссертационная работа выполнена в Ташкентском педиатрическом медицинском институте.

Автореферат диссертации на двух языках (узбекский, русский) и резюме (на английском) размещен на веб-странице научного совета (www.tashpmi.uz) и информационно-образовательном портале “ZiyoNet” (www.ziynet)

Научный руководитель: **Зохид Абдувосикович Абдурахимов**
доктор медицинских наук

Официальные оппоненты:

Ведущая организация:

Защита диссертации состоится «__» _____ 202__ г, в ____ на заседании Разового научного совета DSc.04/30.12.2019.Tib.31.01 при Центре развития профессиональной квалификации медицинских работников (Адрес:100007, г.Ташкент, Мирзо-Улугбекский район, ул. Паркентская, 51.Тел./факс: (+99871) 268-17-44, e-mail: inlo@tirme.uz).

С содержанием диссертации можно ознакомиться и Информационно-ресурсном центре при Центре развития профессиональной квалификации медицинских работников (зарегистрирована за № ____, Адрес:100007, г.Ташкент, Мирзо-Улугбекский район, ул. Паркентская, 51.Тел./факс: (+99871) 268-17-44).

Автореферат диссертации разослан «__» _____ 2024 года

(реестр протокола рассылки №__ от «__» _____ 2024 года

Х.А. Акилов

Председатель Разового Научного совета по присуждению
учёной степени, доктор медицинских наук, профессор

Н.Н. Убайдуллаева

Ученый секретарь Разового Научного совета по присуждению
учёной степени, доктор медицинских наук, доцент

Д.А. Асадов

Председатель научного семинара при Разовом Научном
совете по присуждению учёных степеней,
доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ

(аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. За последние десятилетия мир добился огромных успехов в области здравоохранения. Люди живут дольше, чем когда-либо прежде, меньше умирает детей в первые годы жизни, доступ к жизненно важным лекарствам и вакцинам значительно возрос. Тем не менее решение проблем здравоохранения в XXI веке требует нового подхода — инвестирования в системы здравоохранения, которые могут удовлетворить разнообразные потребности людей в отношении своего здоровья в любом возрасте, на каждом этапе жизни. Сегодня растет признание того, что сильная первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) является фундаментом устойчивого развития общественного здравоохранения и гарантирует, что все люди получают помощь, когда они в ней будут нуждаться, и смогут надолго сохранить свое здоровье. ПМСП не может быть второстепенной, после больниц, а должна стать основой для проектирования системы здравоохранения в целом [134].

- В современных условиях система организации медицинской помощи населению предполагает внедрение слаженной, этапной, последовательной организации медицинской помощи, в которой должна быть налажена взаимосвязь между различными уровнями лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ). ЛПУ учреждения стационарного и амбулаторно-поликлинического уровня должны включать комплекс последовательных мероприятий, направленных на обеспечение преемственности и взаимосвязи методов по диагностике и лечению заболеваний на всех этапах оказания медицинской помощи больному (А.А. Корнилов, и др., 2019). Эффективно работающая ПМСП внушает людям и их семьям доверие и дает поддержку на протяжении всей их жизни, от планирования семьи и иммунизации до лечения заболеваний и ведения хронических состояний. Будучи первой точкой контакта человека со службами здравоохранения, сильная амбулаторная помощь способна стать ключом к достижению здоровья для всех с помощью выявления, предотвращения и лечения болезней до того, как на это потребуются большие деньги. Семейный врач, обладая широкими полномочиями, выполняет очень важную функцию в обеспечении преемственности между различными лечебно-профилактическими учреждениями. Не предоставление достоверной информации о больном, отсутствие взаимосвязи между семейным врачом и врачами стационарных учреждений (СУ), отсутствие утверждённой строгой системы и регламентированного механизма передачи пациента из “рук в руки” между амбулаторно-поликлиническими (АПУ) и СУ, проблемы в передаче медицинской документации связанной с больным, их недостаточная вовлеченность в лечебно-оздоровительный процесс СУ и АПУ приводит к неправильному лечению, наблюдению, уходу и реабилитации с наибольшей вероятностью повторной госпитализации в СУ. Данное диссертационное исследование в определенной степени служит решению задач, предусмотренных в Указе Президента Республики Узбекистан №УП-60 от 28 января 2022 года «О стратегии развития нового Узбекистана на 2022-2026 годы», в Указе Президента Республики Узбекистан № УП-5590 от 7 декабря 2018 года «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан», в Постановлении Президента от 29.03.2017 за № ПП-2857 «О мерах по совершенствованию организации деятельности учреждений первичной медико-санитарной помощи Республики Узбекистан», что является актуальной задачей здравоохранения.

Связь темы диссертационного исследования с научно-исследовательской работой высшего образовательного учреждения, на базе которого выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в Ташкентском педиатрическом медицинском институте в соответствии с Постановлением Президента от 29 марта 2017 года № ПП-2857 “О мерах по совершенствованию организации деятельности первичной медико-санитарной помощи Республики Узбекистан”, в рамках исследовательского проекта по теме «Комплексное изучение показателей здоровья различных групп населения Республики

Узбекистан с учетом влияния медико-биологических, социально-гигиенических, экологических и других факторов внешней среды, разработка мероприятий по оздоровлению населения» в соответствии с планом медицинского института № 01.980006703 (2019–2021), в соответствии с планом научно-исследовательских работ Ташкентского педиатрического медицинского института в рамках практического проекта № 01980006703.

Цель исследования

совершенствование преемственности между семейными поликлиниками (СП), стационарными учреждениями (СУ) и скорой и неотложной медицинской помощью (СиНМП) путем разработки и внедрения современных подходов в практическое здравоохранение.

Задачи исследования:

-изучить нормативно-правовые документы в части обеспечения преемственности между СП, СУ и СиНМП, определить существующий механизм обратной связи АПУ для пациентов, направленных в СУ; определить организацию преемственности в лечении, профилактике и реабилитации больных выписки из стационаров путем изучения обратной связи СП и СУ;

- разработать научно обоснованный механизм направления выписанных больных из стационара в СП (Алгоритмы направлений пациентов с различными клиническими случаями по принципу «из рук в руки», после стационарного лечения);

-разработать и внедрить комплексные меры по повышению эффективности лечения, ухода и профилактической работы больным СП путем внедрения новой модели работы с больными выписанными из СУ;

-разработать методические рекомендации по совершенствованию преемственности между СП и СУ.

Объектом исследования явились СП №57, №58, №59, №60 Яккасарайского района (основная группа), СП №10, №11, №12, №13 Сергелийского района, СП № 29, №69, №66 и ЦРМП при РМО Бектемирского района, Подстанции СиНМП №10 Яккасарайского района, №8 Сергелийского района, №12 Бектемирского района, где изучались существующие условия, регулирующие преемственность между СП и СУ, СиНМП выписки из историй болезни, анкетирование врачей и больных, отчетные формы по движению больных СП и СУ и СиНМП.

Предметом исследования явились 126 врачей СП, 79 врачей СУ, 45 врачей подстанций СиНМП, 596 больных основной группы, 456 больных контрольной группы, выписанных из стационаров, изучались 1737 амбулаторных карт семейных поликлиник, из числа которых 906 амбулаторных карт СП Яккасарайского района (основная группа), 497 амбулаторных карт СП Сергелийского района, 334 амбулаторных карт СП и ЦРМП при РМО Бектемирского района. Изучались отчеты, выписные эпикризы СУ, выписки больных СУ, амбулаторные карты, сигнальные листы СиНМП, анкеты врачей и больных.

Методы исследования. В диссертационной работе использованы ретроспективные, проспективные методы исследования, анкетирование, опрос и интервьюирование больных и врачей. Выполнялись медико-социологические, общеклинические, функциональные, биохимические, информационные, статистические и аналитические методы исследования.

Научная новизна исследования:

1. Впервые доказана необходимость обеспечения непрерывности лечения пациентов на всех уровнях ЛПУ, создания маршрутизации больного, информирования пациентов и дачи медико-социальных рекомендаций;

2. Доказана существующая слабая взаимозависимость в обеспечении качества преемственности медицинского обслуживания между СУ, СП и СМиНП на основе ретроспективного анализа выписных эпикризов и выписок больных из стационарных учреждений за последние 5 лет;

3. Доказана обоснованная модель организации деятельности стационарной и амбулаторной медицинской помощи за счет сокращения случаев госпитализации, экономии коечного фонда, оптимизации сроков и объемов стационарной помощи за счет совместной работы врачей СУ, СП и СиНМП;

4. Доказана закономерность формирования обострения заболеваемости, развития инвалидности и повторных госпитализаций в СУ, для лиц, своевременно не охваченных амбулаторно-поликлиническим лечением после выписки из СУ;

5. Доказана профессиональная ответственность персонала СП, СУ и СиНМП в обеспечении исчерпывающей достоверной информации о больном “из рук в руки” между медицинскими учреждениями;

6. Разработана новая модель совершенствования механизма направления выписанных больных из стационара в СП (Алгоритмы направлений пациентов с различными клиническими случаями по принципу «из рук в руки», после стационарного лечения).

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

- обоснованный механизм направления больных из стационара в СП по принципу “из рук в руки” и обеспечения обратной связи в лечении больных между СУ, СП и СиНМП позволит повысить качество работы в СП, снизит частоту осложнений, инвалидности и смертности;

обоснованная эффективность мониторинга за своевременным получением информации в выписках больных, выписанных из СУ, позволит оперативно проводить мероприятия, по совершенствованию организации диспансеризации, лечения, ухода и патронажной работы. На основании полученных результатов исследования издана методическая рекомендация «Алгоритмы внедрения преемственности между стационарными и амбулаторно-поликлиническими лечебно-профилактическими учреждениями» (утвержденная заключением МЗ.РУз № 8 н-р/1542 от 20.12.2022) для первичного звена здравоохранения, внедрение которых окажет положительное влияние на совершенствование организации медицинской помощи, обеспечению преемственности больным по 12 видам нозологий, проведению вторичной профилактики, предупреждению формирования различных осложнений, снижению инвалидизации и смертности больных;

-разработана и утверждена методическая рекомендация “Стационарда даволанаётган кейинги даврда амбулатор шароитида оилайи шифокорлар томонидан айрим ташхисли беморларни кузатиш алгоритмлари” (утвержденная 2.06.2023г Главным управлением здравоохранения г.Ташкента (ГУЗ)).

- на основе проведенного эксперимента разработана новая модель по совершенствованию обеспечения преемственности и непрерывности лечения больных для СП, СУ и СиНМП;

- доказана эффективность широкого внедрения информационно-коммуникационных технологий (ИКТ) на базе телемедицины, интернета, электронного здравоохранения, мобильного приложения, системы регистрации систем спутниковой навигации в обеспечении преемственности между СП, СУ и СиНМП для контроля движения больных.

Достоверность результатов исследования подтверждена экспериментальным использованием усовершенствованных методов, достаточным количеством больных, получивших лечение в СУ, изучением мнения врачей и больных, ретроспективным исследованием качества выписных эпикризов и выписок стационарных больных с использованием расчетных аналитических и статистических методов исследования, совершенствованием механизма предоставления выписок в СП, сопоставлением международных и отечественных исследований, сделанные выводы и полученные результаты подтверждены компетентными структурами управления здравоохранения.

Внедрение результатов исследования. Проведенный эксперимент в ЛПУ Яккасайского района по внедрению алгоритмов изучения взаимосвязи между СУ, СП и СиНМП, путём своевременного учета больных после выписки из стационаров показал

четкую организацию взаимной деятельности СП, СУ и СиНМП выявлена прямая, сильная связь. Использование алгоритмов в Яккасарайском районе позволило повысить коэффициент полезного действия в организации качественной работы СП, сократить повторные вызовы в учреждения СиНМП на 12,8%, на 2,6, уменьшить число осложнений, на 0,6% уменьшить раннюю инвалидность.

На основе полученных научных результатов по совершенствованию обеспечения преемственности больных, выписанных из СУ определены:

первая научная новизна: в организационной и методической структуре развития. Разработанные предложения имеют немаловажное значение в организации стратегических и тактических **медико-социальных мер**, направленных на охрану здоровья и повышение качества жизни больных, выписанных из СУ.

Социальная эффективность научной новизны: своевременная передача информации в виде выписки о больном, пролеченном в СУ дают положительные результаты по своевременному наблюдению, лечению, и организации ухода за больными, повышают качество медицинского обслуживания в СП и являются информативными для врачей по дальнейшей тактике ведения больного.

Экономическая эффективность научной новизны: своевременная выдача и доставка выписки больного из СУ позволит своевременно продолжить лечение в условиях СП, что дает экономический эффект для больного СД и уменьшает нагрузку на здравоохранение по повторной госпитализации с 12,9% до 3,5%, уменьшению смертности с 1,6 до 0,9%. Затраты на применение эффективных методов обеспечения преемственности между СУ и СП составили 180000 сумов для одного больного. Для 30 больных (основной группы) была достигнута экономия в размере 5 400000 сумов. **Заключение:** своевременная выдача и доставка выписки больного из СУ позволит организовать своевременное лечение в СП, сэкономить 54,0 млн сум бюджетных средств для 30 больных и 1,8 млн сум за счет 1 больного.

вторая научная новизна: утверждённые методические рекомендации «Алгоритмы ухода за больными в амбулаторно-поликлинических учреждениях» позволили проведению экспериментальных научных исследований по совершенствованию обеспечения преемственности в работе СУ и СП внедрены в СП №57, №58, №59, №60 Яккасарайского района г.Ташкента (письмом Ташкентского ГУЗ №112 от 7.07.2022 г.) По окончании эксперимента письмом Ташкентского ГУЗ № 01/1848 от 16 июня 2023г руководителям ЛПУ г.Ташкента независимо от формы собственности, поручено обеспечить направления выписки из истории болезней больных выписанных из СУ в СП по месту их проживания.

Социальная эффективность научной новизны: в результате внедрения усовершенствованной системы обеспечения преемственности между СУ и СП в практику здравоохранения повысилась информированность пациентов об основных факторах риска в 1,8 раз, уменьшилась частота осложнений в 1,5 раз, в 1,8 раз уменьшилась частота госпитализация в стационар по неотложным состояниям, в 2,4 раза увеличился постоянный самоконтроль за содержанием глюкозы, у пациентов СД2, в 1,9 раз увеличилось достижение целевого значения сахара в крови, в 2,3 раз увеличилась приверженность к лечению, что снизило риск развития осложнений и позволило повысить эффективность лечения. **Экономическая эффективность научной новизны:** уменьшилась частота осложнений СД2 в 1,5 раз, сумма платы 1 дня пребывания в стационаре составила 300000, а сокращение случаев госпитализации в 1,8 раз позволило экономии средств одного больного на 1350000, экономия государственных средств на 30 больных составила 40,5 млн сум.

Заключение: применение новых методов усовершенствованной системы обеспечения преемственности в организации медицинской помощи больным СД2 в практику здравоохранения позволило сэкономить 9,3 млн сум бюджетных средств за 1 день за счет 1 больного, экономия государственных средств на 30 больных составила 27,9 млн сум.

Третья научная новизна: внедрение обучения семейных и стационарных врачей новой, усовершенствованной системы преемственности в организации медицинской помощи больным СД2 на 12 часовых занятиях выросли знания об своевременном обеспечении

амбулаторно-поликлинической помощи, обеспечение проведения рутинных методов исследования и диагностики в СП, что обеспечивает снижение времени на лабораторно-диагностическое исследование на $1,8 \pm 0,5$ дней и пребывания больного на койке на $2,0 \pm 0,3$ дней.

Социальная эффективность научной новизны: обучение врачей СП и СУ во внедрении новой модели работы с больными выписанными из СУ является реальным инструментом повышения качества работы врачей по ведению больных в условиях СП, показывает эффективность и способствуют оптимизации лечения и организации качественной медицинской помощи. **Экономическая эффективность научной новизны:** обучение 205 врачей СУ, СП и СиНМП на тематических курсах улучшило обеспечение преемственности в работе ЛПУ, сократило время лабораторно-диагностического исследования в стационаре на $1,8 \pm 0,5$ дней и пребывания больного на койке на $2,0 \pm 0,3$ дней. В результате было сэкономлено на 603000 сум за курс лечения 1 больного. **Заключение:** применение новых методов обеспечения преемственности, своевременного лабораторно-диагностического обследования в СП позволило сэкономить 603000 сум за курс лечения 1 больного и 18,09 млн сум для государства за курс лечения 30 больных.

Апробация результатов исследования. Результаты исследования были доложены и обсуждены на 5-ти научных конференциях, в том числе на 2-х международных и 3-х республиканских научных конференциях.

Опубликованность результатов исследования. Всего по теме диссертации опубликовано 11 научных работ, из которых 6 статей опубликованы в научных изданиях, рекомендованных к публикации основных научных результатов диссертаций Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан, в том числе 5 в республиканских научных изданиях и 1 в зарубежных.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

В введении обоснована актуальность диссертационной работы, сформулированы цели, задачи исследования, основные положения, выносимые на защиту, приводится научная новизна, научно-практическая значимость результатов, сведения об апробации, опубликованные результаты работы и структура диссертации.

В первой главе диссертации приводится обзор литературы. Обзор состоит из четырех подглав, освещающих сведения о современном состоянии обеспечения преемственности в работе врачей СУ, СП и СиНМП, проблемы, примеры обеспечения преемственности в работе врачей различных стран, экспериментальные методы исследования, представлены медико-социальные аспекты, выделены факторы риска и современные тенденции по совершенствованию преемственности в работе врачей. В подглаве представлена интерпретация по вопросам организации медицинской помощи больным в различных странах мира, отмечено, что отсутствие утверждённой строгой системы и регламентированного механизма передачи пациента из “рук в руки” между АПУ и СУ, проблемы в передаче медицинской документации связанной с больным, их недостаточная вовлеченность в лечебно-оздоровительный процесс СП и СУ приводит к неправильному лечению, наблюдению, уходу и реабилитации с наибольшей вероятностью повторной госпитализации в СУ. Отмечена преемственность оказания медицинской помощи при ведении хронических заболеваний как оказание индивидуальной последовательной, логичной и своевременной медицинской помощи, может быть связана с отдельным случаем или переводом больного для организации медицинской помощи из СУ в СП. В отличие от таких терминов как интеграция и координация, которые относятся к структурным и функциональным взаимоотношениям между ЛПУ на организационном и на административном уровне термин преемственность имеет ряд различий, так, например, преемственность в системе организации медицинской помощи включает проведение необходимой тактики лечения, которая должны включать медицинское обслуживание для

достижения единого стратегического плана по восстановлению или сохранению здоровья граждан.

Во второй подглаве диссертационного исследования представлена концептуальная Реформы здравоохранения Республики Узбекистан в оказании качественной медицинской помощи, обеспечении преемственности лечения, ухода, и реабилитации пациентов.

Совершенствование организации медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах в течение последних лет привело к значительным изменениям в структуре амбулаторно-поликлинического и стационарного этапов и системы оказания скорой и неотложной медицинской помощи населению. Нарушение преемственности приводит к задержке постановки диагноза, значит, и начала эффективного лечения, потерей результатов исследований и необходимости проведения повторных, назначения неправильного, неадекватного лечения, к медицинским ошибкам, ятрогении и др. (JCI). В последние десятилетия в мировом здравоохранении отмечается тенденция к усилению фрагментации в деятельности отдельных медицинских служб, являющаяся результатом развития новых медицинских технологий, усиления специализации медицины и использования способов оплаты медицинской помощи за отдельную услугу. Важнейшие проявления этого процесса – нарушение преемственности и непрерывности наблюдения за пациентами на различных этапах оказания медицинской помощи, ослабление командной работы и координации действий различных служб.

В работе отмечено, что связанная преемственность медицинской помощи обычно измеряется посредством записи продольной непрерывности помощи: то есть как часто пациент видит одного и того же врача ЛПУ с течением времени, рассматривается как показатель отношений между пациентом и медицинским работником, и существует ряд мер для этого с использованием административной клиники, данные (например, индекс непрерывности обычного поставщика услуг (ИНОПУ)). Исследованиями [15,25,68,75] установлено, что налаживание преемственности и непрерывности медицинских услуг в АПУ привело к сокращению повторной госпитализации даже в таких европейских странах как Норвегия и Германия [37,23,43,61,86]. В этих странах ученые определили, что наиболее высокий результат в непрерывности наблюдался среди больных с АГ, СД, а также с ХОБЛ. В опубликованных результатах была изучена взаимосвязь между СУ и СП, а также использования таких показателей как амбулаторная помощь после стационарного лечения или смертность от всех причин, связанная с хроническими заболеваниями [46,58,92]. Группа пациентов с низкой непрерывностью лечения имела наиболее повышенный риск обращений по вопросам скорой и неотложной помощи среди больных с бронхиальной астмой (скорректированный HR 2,11 (95% ДИ 1,37–3,25)) [13, 53, 54]. В Республике Узбекистан эти вопросы пока не выделены в самостоятельное направление государственной социальной политики, но потребность в этом возрастает и на сегодня такая работа начала проводиться, что требует проведения научных исследований в данной области. Для получения достоверной информации необходимо инициировать научно - исследовательские проекты по интеграции и обеспечению преемственности медицинской помощи между различными учреждениями и специалистами разного профиля. Механизмом, обеспечения преемственности в значительной степени реализующим право на доступность медицинской помощи, является стандартизация. Медицинские стандарты (протоколы ведения больных) составляются с пониманием ограниченности средств и особенностей оказания помощи в различных ЛПУ, поэтому в них закладывается минимальный уровень необходимой помощи. Различают следующие понятия:

1. Преемственность и непрерывность медицинской помощи - это координация деятельности в процессе оказания пациенту медицинской помощи в разное время, различными специалистами и лечебными учреждениями. Преемственность при оказании медицинской помощи в значительной степени обеспечивается стандартными требованиями к медицинской документации, техническому оснащению, процессу и персоналу. Такая координация деятельности медработников гарантирует стабильность процесса лечения и

его результата.

2. Результативность и действенность - соответствие фактического результата, полученного в процессе оказанной медицинской помощи ожидаемому результату в конкретных условиях. Эффективное здравоохранение должно обеспечивать оптимальную (при имеющихся ресурсах) помощь т.е. соответствовать стандартам качества и нормам этики. Согласно определению ВОЗ, оптимальная медицинская помощь - это должное проведение (согласно стандартам) всех мероприятий, которые являются безопасными и приемлемыми в смысле затраченных средств, принятых в данной системе здравоохранения.

3. Ориентированность на пациента, его удовлетворенность означает участие пациента в принятии решений при оказании медицинской помощи и удовлетворенность ее результатами, а также условиями оказания медицинской помощи. Этот критерий отражает права пациентов не только на качественную медицинскую помощь, но и на внимательное и чуткое отношение медперсонала, и включает необходимость информированного согласия на медицинское вмешательство и соблюдение других прав пациентов.

Безопасность процесса лечения - критерий гарантии безопасности для жизни и здоровья пациента и отсутствия вредных воздействий на больного и врача в конкретном медицинском учреждении с учетом санитарно-эпидемиологической безопасности. Кроме вербальной коммуникации, важным компонентом обеспечения преемственности являются правильно оформленные (в полном объеме), вовремя доставленные до адресата (например, до поликлиники) письменные документы: выписки, переводные эпикризы, результаты исследований. Разработка и использование стандартных форм медицинской документации, на сегодня переходит на электронный документооборот, что может повысить степень преемственности помощи. Выдача документов о проведенном лечении, рекомендаций, выписок из истории болезни на руки пациентам (или законным представителям) в день выписки должна обеспечиваться на 100%, в течении не менее 24 часа. Обеспечение преемственности в оказании медицинской помощи пациенту — есть важнейшая задача качественной медицинской помощи (М.Мурашко). Организация амбулаторно-поликлинической помощи в различных странах мира имеет свои особенности и отличается как по структуре, порядку оказания, так и по формам оплаты медицинских услуг и труда медицинского персонала. Около 80% всех проблем, связанных со здоровьем, в развитых странах мира на сегодняшний день решаются на этапе амбулаторного звена, без перехода пациентов на более дорогостоящий вторичный этап — стационарной и третичной – высоко специализированной, в связи с чем, все страны уделяют большое значение развитию амбулаторной помощи. Так, например, в США нет всеобщего медицинского страхования, есть помощь с частным медицинским страхованием, здравоохранение является частным и децентрализованным, с независимыми поставщиками и множеством плательщиков. Государство финансирует медицинское страхование только для лиц старше 65 лет (программа Medicare), а также для семей и лиц с низким доходом и ограниченными ресурсами (Medicaid). Программа Medicare полностью поддерживается американцами, так как с трудящихся взимается подходящий налог и по выходе на пенсию они получают необходимую помощь. К тому же растущее население США, особенно в возрасте 65 лет и старше, требует все большего количества медицинской помощи. На людей этой возрастной группы сейчас приходится 34% спроса на врачей; к 2034 году на них будет приходиться 42% спроса. В свою очередь, Medicaid – это благотворительная программа, и потому существенно меньше поддерживается американцами. Амбулаторная помощь в США не обеспечивает всеобщего охвата, нет всеобщего медицинского страхования, есть лишь помощь с частным медицинским страхованием [131,137,139]. При этом органы общественного здравоохранения взяли на себя роль поставщика медицинских услуг для некоторых групп социально незащищенных слоев населения. Согласно отчета «Сложности спроса и предложения врачей: прогнозы на 2019-2034 годы» быстро растущий спрос на врачей в США в течение следующих 15 лет превзойдет предложение, что приведет к дефициту от 37 800 до 124 000 врачей к 2034 году. Этот дефицит включает в себя нехватку

от 17 800 до 48 000 врачей ПМСП и от 21 000 до 77 100 специалистов. Почти весь (98%) прогнозируемый рост спроса на врачей будет происходить в мегаполисах, причем наибольший рост ожидается в регионах страны, которые, как ожидается, получают наибольшее население. Великобритания имеет всеобщий охват услугами здравоохранения, амбулаторная помощь в значительной степени финансируется государством, и каждый житель может зарегистрироваться у врача общей практики (независимо от своего иммиграционного статуса), который затем становится его первым контактным лицом по большинству проблем со здоровьем и их воротами к расследованиям и направлениям в специализированные службы [93]. Система здравоохранения Японии известна своим всеобщим охватом услугами здравоохранения и бесплатным свободным доступом. Medicare была основана в 1961 году и является национальной системой медицинского страхования Японии. Все граждане Японии, включая иностранных граждан, имеющих вид на жительство, по закону должны присоединиться к системе Medicare. Система здравоохранения Японии представлена в 3 этапа: в амбулаторных условиях, в стационарах общего профиля и в высокотехнологичных клиниках (больницы третьего уровня). На более высокие уровни пациент попадает строго по направлению лечащего врача. В целом определение «первичной помощи» в Японии неоднозначно и отличается от общей практики в Великобритании или семейной медицины в США. В Японии пациенты могут обращаться за помощью в любое лечебное учреждение - от клиник ПМСП до университетских больниц. Хотя некоторые японцы могут выбрать семейного врача в качестве первого контакта, многие предпочитают обращаться сразу к врачам-специалистам [134,148]. По оценкам, количество амбулаторных больных в Японии составляло около семи миллионов человек в год, из которых 30% приходится на больницы. В результате специальность «Семейная медицина» (family medicine) не получила широкого распространения в системе здравоохранения Японии. В японской системе здравоохранения нет системы списков пациентов или системы регистрации. Поскольку пациенты могут свободно выбирать и менять своего врача или медицинское учреждение, поставщикам услуг трудно поддерживать преемственность. Как правило, непрерывности оказания ПМСП способствуют хорошо скоординированные медицинские записи (амбулаторные карты) и взаимосвязанная помощь от стационарных до амбулаторных учреждений первичной помощи (выписки из историй болезни СУ). В японской системе здравоохранения внедрены электронные медицинские карты, однако в 2014г. уровень внедрения электронных медицинских карт составил около 32,2% для больниц в целом и 35% для клиник. В последующие годы наблюдался небольшой рост. В 2017г. уровень внедрения составил 46,7% для больниц и 41,6% для клиник [141]. Хотя эта доля увеличивается, большое количество доступных систем электронных медицинских карт ограничивает взаимодействие между различными поставщиками. Правительство стремится побудить пациентов использовать одни и те же клиники ПМСП для создания эффективной системы здравоохранения и снижения затрат на здравоохранение. Таким образом, пациенту, который посещает больницу без направления от лечащего врача, необходимо внести дополнительную плату в размере 5000 иен (45 долларов США). Более того, клиники ПМСП могут получать льготы от страхового органа по направлению. Например, когда врач ПМСП знакомит пациентов с врачом больницы, они получают плату за направление. В настоящее время правительство создает региональные рамки для комплексного предоставления вспомогательных услуг и медицинского обслуживания, известные как общинные системы комплексного ухода [83,132,139]. В Германии амбулаторную помощь оказывают прежде всего кабинеты частных врачей (Praxis), также иногда осуществляется амбулаторный прием при больницах. Кабинеты врачей в Германии могут находиться где угодно, от жилых домов до бензозаправок. При этом их количество ограничено квотой на тот или иной населенный пункт. Больше половины всех частных кабинетов принадлежат семейным врачам. Обычно семейный врач является первым врачом, к которому приходит больной, и, если такой врач не может самостоятельно помочь пациенту, то он дает направление к специалисту. Врачи-

специалисты могут работать как в одиночку, так и в группе с другими врачами (таких 25%), образуя таким образом целые медицинские центры. В выходные дни и вечернее время действуют дежурные врачебные кабинеты по всем направлениям. Пациенту необходимо позвонить на единый справочный номер, где ему скажут адрес ближайшего дежурного врача. Медицинская помощь в Германии доступна для всех слоев населения, вне зависимости от их материального положения, за счет системы медицинского страхования. Бремя страховых взносов делится пополам между работником и работодателем, а тем, кто не работает, страховой полис полностью покрывает государство [40,85,99,132].

Системы здравоохранения Южной Кореи являются лучшими в мире согласно Рейтингу стран по уровню медицинского обслуживания, составленному журналом CEOWORLD за 2021 год [60,35,36,122,123]. Этот рейтинг включает 89 стран и составляется с учетом факторов, влияющих на общее состояние здоровья в стране. В разных странах мира количество семейных врачей по отношению к врачам первичного звена и специалистам/консультантам составляет от 15,0% в Испании и до 73% – в Швейцарии. На одного семейного врача приходится от 850 пациентов (Австралия) до 2430 (Швеция). Количество часов работы семейного врача за неделю колеблется от 25 во Франции до 57 – в Японии, до 36 часов в Узбекистане.

В Нидерландах инициативы преемственности и интеграции, соответствующее регулирование принимаются на местном уровне – это преимущественно программы управления лечением отдельных хронических заболеваний [25,82]. В Швеции закон определяет порядок обеспечения преемственности лечения: муниципальные власти обязаны обеспечить долечивание сложных больных в специальных учреждениях для долечивания, находящихся в ведении социальной службы. Это требование предельно конкретно: долечивание должно быть организовано в пределах 5 дней после окончания госпитализации, в противном случае муниципалитет обязан из своего бюджета возместить стоимость лечения в больнице на стадии долечивания [23,28,56,120]. ПМСП Китайской Народной Республики является неотъемлемым компонентом системы здравоохранения страны, оказывающим необходимую медицинскую помощь миллионам граждан в соответствии с потребностями здравоохранения. В последние годы правительство Китая осуществило значительные инвестиции в ПМСП, стремясь улучшить доступ к качественным медицинским услугам и улучшить общее состояние здоровья населения. Если говорить отдельно о деятельности ПМСП Китая, то последние годы нам хорошо известны Модель Лоху, как и Алматинская декларация, определяющая современную концепцию ПМСП, которая будет обеспечивать здоровый образ жизни и способствовать благополучию для всех в любом возрасте, где делается акцент на пропаганде и профилактике, устранении факторов слабого здоровья и будущих угрозах [32,49,132,104]. В КНР ПМСП имеет территориальный характер, семейный принцип и основная деятельность направлена на профилактику и раннему выявлению болезней. Но, учитывая малый опыт китайских коллег, в области организации ПМСП, имеются некоторые вопросы, которые мешают выполнению основных направлений ПМСП, такие как отсутствие обязательности профилактических программ и отсутствие программ управления хроническими заболеваниями, отсутствие посещения пациента на дому по активу. Имеется момент отсутствия четкого прикрепления населения к ВОП, обусловленный нехваткой кадров. В поликлиниках вне системы Лоху, на одного врача ВОП приходится иногда более 4500 человек. И только в центрах социального здоровья (в системе Лоху) на одного ВОП по 400-500 семей, это около 1500-2000 человек. Одной из ключевых особенностей ПМСП в Китае является создание общественных центров здоровья (CHCS) и поселковых центров здоровья (THCS) по всей стране [32,30,35,132]. Эти учреждения служат первым контактным лицом для людей, обращающихся за медицинской помощью, и предоставляют широкий спектр услуг, включая профилактику, лечение распространенных заболеваний и ведение хронических состояний. Кроме того, Китай добился значительного прогресса в использовании технологий для улучшения предоставления услуг ПМСП. Во многих

учреждениях ПМСП в стране внедрены системы электронных медицинских карт (EHRs), и услуги телемедицины позволяющие эффективно управлять данными, улучшать взаимодействие и преемственность между медицинскими работниками и улучшать координацию оказания медицинской помощи пациентам в отдаленных районах, позволяя людям консультироваться с медицинскими работниками, не выходя из собственного дома. Несмотря на эти достижения, проблемы в сфере ПМСП в Китае сохраняются. Неравенство в доступе к медицинской помощи и ее качестве сохраняется, особенно в сельской местности и районах с недостаточным уровнем обслуживания. Нехватка поставщиков ПМСП, неадекватная инфраструктура и ограниченное финансирование по-прежнему препятствуют предоставлению комплексных услуг ПМСП всем людям. По вопросам медицинской информационной системы на уровне первичного звена, с 2005 года идет интеграция всех медицинских информационных систем о жителях, так как, организация и эффективное управление качеством организации медицинской помощи невозможно без создания нормативно-правовой базы, регламентирующей ее оказание на всех уровнях. В каждой стране нормативно-правовая база отрасли формируется с учетом национальных традиций оказания медицинской помощи [62,43,65,100,147]. Вместе с тем, необходимо отметить, что, ни одна из представленных моделей семейного врача не может быть использована в существующую модель в Узбекистане без существенных изменений, т.к. это повлечёт за собой разрушение сложившейся организации амбулаторно-поликлинической помощи страны.

Во второй подглаве диссертационного исследования “Реформы здравоохранения Республики Узбекистан в оказании качественной медицинской помощи, обеспечении преемственности лечения, ухода, и реабилитации пациентов” отмечено, что в целях улучшения качества оказания медицинской помощи в медицинских организациях Узбекистана, интеграции деятельности организаций, оказывающих СП, СУ и СиНМП, а также эффективного и целевого использования ресурсов системы здравоохранения издаются нормативные документы. Так, например, в целях дальнейшего совершенствования системы управления и повышения эффективности деятельности медицинских учреждений, оказывающих первичную помощь населению, внедрения действенных механизмов взаимосвязи СП, СУ с службой СиНМП и учреждениями специализированной медицинской помощи, а также усиления персональной ответственности их руководителей и специалистов за оказание доступной, качественной и квалифицированной ПМСП населению г.Ташкента издано Постановление Президента Республики Узбекистан № ПП-3039 от 6 июня 2017 года “О мерах по дальнейшему совершенствованию системы управления и повышению профессиональной ответственности руководителей и специалистов за эффективность оказания первичной медико-санитарной помощи населению г. Ташкента”, где отмечена задача оказания скорой, догоспитальной и экстренной медицинской помощи, с использованием круглосуточной мобильной, технически оснащенной подстанции СиНМП согласно стандартам диагностики и лечения, а также обеспечение динамического наблюдения, оздоровления и реабилитации больных с хроническими заболеваниями; Утверждено: типовое положение и типовая структура СП г. Ташкента, типовое положение и типовая структура ЦРМП г.Ташкента и Положение о порядке взаимодействия учреждений ПМСП, СиНМП и СУ г. Ташкента, схема обслуживания вызовов СиНМП и обмена информацией между учреждениями ПМСП, СиНМП и СУ; дислокация учреждений ПМСП и подстанций СиНМП города Ташкента, а также их закрепление за органами самоуправления граждан.

В большинстве исследований, анализирующих возможности предоставления некоторых видов услуг в рамках первичной, а не вторичной медико-санитарной помощи, показано, что в ряде случаев такие изменения могут быть экономически более целесообразными. Существующий порядок направления больного в стационарные учреждения в Республике Узбекистан имеет свои особенности, во-первых, сложилось мнение, что процесс направления больного в стационарные ЛПУ возлагается на семейных

врачей, работающих в АПУ первичного звена здравоохранения, хотя это суждение вызывает некоторые вопросы, во-вторых, организация такого подхода позволяет создавать здоровую конкуренцию между стационарными ЛПУ в обеспечении взаимосвязи и последовательности организации медицинской помощи, что в конечном итоге будет способствовать повышению качества медицинских услуг, в-третьих – вполне возможно, что неправильная организация и нарушение механизма направления в стационары зачастую могут привести к загруженности некоторых стационарных ЛПУ, что в конечном итоге приводит к снижению качества медицинской помощи или нарушению условий труда медицинских работников, увеличению их рабочей нагрузки, в-четвертых, действующая система о приемлемых вариантах направления пациента из учреждений ПМСП, в стационарные требует пересмотра процесса передачи информации о больном в сеть ЛПУ. Вместе с тем, следует помнить, что в соответствии со статьей 24 Закона «Об охране здоровья граждан Республики Узбекистан» от 29.08.1996 г. №265 закреплено право пациента на выбор врача и лечебно-профилактического учреждения, в связи, с чем он имеет право на самостоятельное обращение в стационарные лечебно-профилактические учреждения. Постановлением Президента от 29 марта 2017 года № ПП-2857 “О мерах по совершенствованию организации деятельности первичной медико-санитарной помощи Республики Узбекистан” отмечена неудовлетворительная интеграция деятельности между учреждениями, оказывающими амбулаторно – поликлиническую и стационарную медицинскую помощь. В постановлении в частности отмечено основное направление дальнейшего реформирования и переориентацию системы ПМСП преимущественно на предупредительную, профилактическую и патронажную работу, снижение уровня госпитализации, заболеваемости и инвалидности населения в зоне обслуживания вместо показателей количества посещений и пролеченных больных. Постановлением Кабинета Министров Республики Узбекистан от 05.09.2017 г. № 696 «Об утверждении положения о порядке оказания медицинской помощи в медицинских организациях системы Министерства здравоохранения Республики Узбекистан за счет средств государственного бюджета», четко обозначены обязательства лечебных учреждений, где немаловажное место занимает вопрос обеспечения качества, вопросы интеграции и преемственности в работе. Реализацией задач, указанных в Указе Президента за № УП-5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» от 7 декабря 2018 года, а также в Указе Президента № УП-6110 «О мерах по внедрению принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых в системе здравоохранения реформ» от 12 ноября 2020 года повсеместно внедряются новые подходы и методы в деятельности ПМСП, СУ и СиНМП.

В Постановлении Президента № ПП-5038 «Об организации деятельности агентства по развитию медико-социальных услуг Республики Узбекистан» от 25 марта 2021 года сделан акцент на развитие цифровизации, внедрения электронного здравоохранения в практику медицинской помощи, а также других нормативных документов здравоохранения основной задачей которых является повышение эффективности, доступности медицинской помощи. В стране проводится углубления дальнейшей работы по формированию системы стандартизации, внедрению высокотехнологичных методов диагностики и лечения, выявлению больных на ранней стадии, принятии мер по лечению и профилактике болезней путем создания эффективных моделей стационарной помощи, патронажной службы, диспансеризации, и улучшению качества обслуживания скорой помощи. Постановлением Президента “О мерах по эффективной организации государственного управления в сфере здравоохранения в рамках административных реформ” от 20 июня 2023 года № ПП-197, с целью приближения к населению ПМСП в Республике создано 500 махаллинских медицинских пунктов, дополнительно 30 СП, 110 пунктов семейного врача, разработан пакет гарантированных государством бесплатных медицинских услуг и лекарственных средств в разрезе уровней и видов оказания медицинской помощи. В целях создания

дополнительных удобств для населения в учреждениях ПМСП проводятся меры по расширению масштаба патронажной помощи, развитию форм физиотерапевтических услуг, увеличению койко-мест в дневных стационарах. В рамках проводимых реформ немаловажное место занимает вопрос повышения знаний специалистов учреждений ПМСП. Обучение специалистов на краткосрочных курсах по болезням и состояниям, ставшим причиной наибольшего количества обращений на амбулаторном уровне, а также по которым осуществляется госпитализация и лечение на стационарном уровне вопрос постоянного развития. С целью ускорения цифровизации системы здравоохранения за счет средств местного бюджета государственные медицинские учреждения поэтапно обеспечиваются необходимой компьютерной техникой, создаются локальные сети в ряде государственных медицинских учреждениях Республики Каракалпакстан, Сурхандарьинской, Сырдарьинской, Ферганской, Ташкентской, Хорезмской областей и г.Ташкента. Кроме того, в проводимых реформах немаловажное место занимает разработка требований по интеграции действующих информационных систем в единую платформу электронного здравоохранения с внедрением с 1 декабря 2023г. систем единой электронной медицинской карты, электронной больницы, электронной поликлиники, электронного рецепта, поэтапно идет формирование и работа Col центров, создание для граждан персональных кабинетов и мобильного приложения с внедрением интерактивных услуг (запись на прием к врачу, получение направления в стационар и других форм обслуживания). Вместе с тем, как известно развитие здравоохранения республики было связано с существенной бюрократизацией лечебно-профилактического процесса, которая выражалась в строгой вертикали управления, единых подходов в организации деятельности ПМСП и обеспечения преемственности ЛПУ. Отсутствие или слабая взаимосвязь между СП, СУ и СиНМП, в конечном итоге привела к значительному снижению эффективности работы учреждений ПМСП, СУ и СиНМП, что конечно имеет свой отражение на организации медицинского обслуживания и требует дальнейшего совершенствования форм и методов в обеспечении процесса непрерывности и последовательности в организации качественного медицинского обслуживания.

В третьей подглаве первой главы “Виды преемственной работы между стационарной, амбулаторно поликлинической службы, скорой и неотложной медицинской помощи” описаны виды преемственной работы между СП, СУ и СиНМП, в частности, отмечено, что качество совместной работы по координации и преемственности лечения определяется тремя группами инструментов. Это: совместная работа различных служб, координация действий, преемственность оказания медицинской помощи. В литературных источниках описаны три вида преемственности. 1. Информационная преемственность. Это оказание медицинской помощи с использованием и передачей информации от одного ЛПУ и / или медицинской услуги к другому, чтобы текущая медицинская помощь соответствовала конкретному больному. 2. Преемственность организации и управления вовремя оказания медицинской помощи включает комплекс мероприятий одного или различных ЛПУ направленный на лечение уход и реабилитацию больного. 3. Преемственность непосредственного оказания медицинской помощи. Это организация медицинских (лечебных) услуг больному в экстренных случаях учреждениями скорой помощи, или несколькими ЛПУ различного профиля деятельности [49,51,90]. Во время перевода больного из СУ в СП соблюдение трёх видов преемственности являются необходимым условием для организации качественной медицинской помощи. Несмотря на то, что вопросу преемственности организации медицинской помощи уделяется большое внимание со стороны исследователей, тем не менее реализация вопросов обеспечения видов и методики остаются недостаточно изученными. Исследователями делались попытки определения важнейших компонентов в организации эффективности медицинской помощи для обеспечения непрерывности и преемственности медицинской помощи. Качество оказания медицинской помощи помимо этого требует адекватное лечение, уход, реабилитацию, обеспечение благополучия и комфорта с вовлечением пациентов в процесс

лечения, обучение лиц, осуществляющих уход и реабилитацию пациентов. Передача больного из СУ в СП с нарушением преемственности в работе, в связи с недостаточной и слабой координации деятельности специалистов различных уровней (стационарных и амбулаторно-поликлинических) учреждений может привести к срыву непрерывности лечения или развитию различных осложнений у пациентов [5,28,98]. Основным нормативно-правовым документом перевода из стационарного на амбулаторное лечение является выписка из истории стационарного больного, где указывается основной и сопутствующий диагнозы, осложнения, их причины, проведенные методы диагностики, лечения и рекомендации по лечению, наблюдению, питанию, профилактике, реабилитации и др. Литературными источниками отмечены недостатки в передаче информации через выписку, явившиеся причиной проявления побочных эффектов до 20% пациентов в течение первых 3 недель после выписки из стационара. Основными ошибками выписного эпикриза и выписки из стационарного учреждения являются отсутствие важной информации о лечебно-диагностических мероприятиях, не своевременное направление информации в СП, или к специалистам другого профиля. Помимо этих вопросов, выписка в первую очередь является средством трансфера необходимой информации о больном, эффективности того или иного медикамента, время проведения инъекций, доза, и длительность проведения пост стационарного лечения, что в последующем наблюдении в условиях СП может иметь немаловажное значение для семейного врача. В обеспечении преемственности больных СУ и СП, имеются и другие важные параметры с использованием современных ИКТ:

- 1.Использование МИС (медицинских информационных систем) и электронных историй болезни, разработка и внедрение которых позволит улучшить координацию и коммуникацию между различными ЛПУ оказывающими медицинскую помощь, сократит и уменьшит необоснованность диагностических исследований.
- 2) Официальное согласование приема лекарств, проводимое в некоторых ЛПУ позволит уменьшить количество ошибок в приеме лекарственных средств и предупреждению развития побочных эффектов, отмеченных в выписке из стационара. Ряд авторов указывают, что 20% пациентов, страдающих нежелательным явлением после выписки из больницы, чаще всего страдают от побочного действия лекарственного препарата, и около 50% всех ошибок лечения происходят при переводе больного на лечение в амбулаторно-поликлинические учреждения.
- 3) Междисциплинарный подход к планированию выписки больного из стационарного в амбулаторно-поликлинический уровень может позволить организацию координации медицинской и социальной поддержки в обществе, сократить продолжительность стационарного лечения, и снизить показатели повторной госпитализации. На сегодняшний день правильное оформление и современная унификация выписного эпикриза является одной из главных проблем современного здравоохранения, поэтому с увеличением хронической заболеваемости пересмотр и совершенствование выписки из истории болезни СУ является актуальным вопросом.

В четвертой подглаве первой главы “Значимость информационно-коммуникационных технологий в обеспечении преемственности между учреждениями здравоохранения” представлен обзор значимости информационно-коммуникационных технологий (ИКТ) в обеспечении преемственности между учреждениями здравоохранения где в частности отмечено, что Всемирная ассамблея здравоохранения в своей резолюции (WHA 58.28 2005г). об электронном здравоохранении призвала государствам «изучить возможность разработки долгосрочного стратегического плана в целях развития и реализации системы услуг в области электронного здравоохранения..., надлежащим образом разрабатывать инфраструктуру информационно-коммуникационных технологий, способствовать справедливому, дешевому и универсальному доступу к преимуществам, которые они дают». Странам и заинтересованным сторонам рекомендовано направить свои усилия на создание согласованной концепции электронного здравоохранения в соответствии с национальными приоритетами и ресурсами в области здравоохранения, а также на разработку плана действий по реализации предлагаемой концепции и создание

основ для мониторинга оценки проделанной работы и прогресса в области электронного здравоохранения. Исследованием изучалась нормативно-правовая документация развития электронного здравоохранения, внедрение ИКТ и цифровых технологий в различных странах, изучался вопрос применения опыта рекомендаций ВОЗ в области ИКТ, и практика внедрения цифровых технологий в развитых странах. Признается факт, что такие стратегии и меры политики уже разработаны в более чем 120 государствах, входящих в ВОЗ, в том числе в странах с низким и средним уровнем дохода. В 2013г. Ассамблея здравоохранения приняла Резолюцию WHA 66.24 “О стандартизации и совместимости в области электронного здравоохранения”, в которой содержался призыв к государствам «рассмотреть вопрос о разработке мер политики и законодательных механизмов в увязке с общенациональной стратегией в области электронного здравоохранения» [89,93,109,131,136,139]. Внедряемое мобильное здравоохранение (mHealth) – это комплекс решений для пациентов и врачей с использованием технологий мобильной связи для предоставления медицинских услуг, будь то отслеживание данных пациента, осуществление диагностики или повышение уровня информированности пациента о заболевании. Система mHealth обычно состоит из приложения в смартфоне и носимого устройства и позволяет без особых затрат заботиться о здоровье. Основная задача mHealth-устройств – самостоятельный мониторинг самочувствия пользователя, что особенно ценно для пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, когда своевременное отслеживание показателей организма помогает выиграть время и принять необходимые меры для предотвращения дальнейшего развития заболевания. Во всех странах ЕС в настоящее время используются две основные электронные трансграничные медицинские услуги: – электронный рецепт (англ. ePrescription, eDispensation) позволяет гражданам ЕС получать лекарства в аптеке, расположенной в другой стране ЕС, благодаря онлайн-передаче электронного рецепта из страны их проживания (где они зарегистрированы) в страну прибытия; – цифровое резюме пациента (англ. Patient Summary) содержит краткие сведения о важных аспектах здоровья (аллергии, принимаемые лекарства, перенесенные ранее болезни, операции и т. д.), являясь частью более обширной базы данных о состоянии здоровья (электронной медицинской карты), и предназначено для предоставления врачам важной информации о пациенте на их родном языке, если тот прибывает из другой страны ЕС и возникает языковой барьер. Благодаря новой инфраструктуре цифровых услуг медицинские работники стран ЕС могут обмениваться данными о состоянии здоровья пациента; к 2025 г. планируется использование таких услуг, как обмен электронными документами, медицинскими снимками, результатами лабораторных исследований, выписками из стационара, а также полной медицинской картой пациента в 25 странах ЕС. Особую трудность вызывает неравномерное использование технологий eHealth в разных европейских странах [32,33,35,21]. Китай активно участвует в разработке и внедрении в практику инновационных технологий. Им разработана крупнейшая в мире электронная система эпидемиологического надзора, позволяющая передавать исчерпывающую эпидемиологическую информацию в режиме реального времени; создан специальный Китайский центр мобильных медицинских инноваций (2014); сгенерированы мобильные приложения Alijk в области здравоохранения и система интернетрецептов для борьбы с монополией медицинских учреждений на продажу лекарств, позволяющие препятствовать завышению цен и распространению коррупции. Приложение позволяет пациентам загрузить скан своего рецепта, получить информацию о стоимости лекарства в ближайших розничных аптеках, оплатить его через мобильную платежную систему AliPay и получить покупку. Данная технология не только облегчает приобретение лекарственных средств, позволяя выбрать наиболее приемлемое в соотношении цены и качества, но и дает возможность сэкономить до 50% их стоимости. Китайская фирма Chunyu Yisheng, выпускающая медицинские приложения для смартфонов, запустила более 300 оффлайн-клиник в 50 городах по всей стране, в том числе Пекине, Шанхае, Гуанчжоу, Ханчжоу и Ухане, на базе действующих медицинских организаций, используя их помещения и

оборудование и обеспечивая медицинскими кадрами и интернет-услугами. Сегодня Chunyu Yisheng имеет контракты с более чем 100 тыс. врачей и обслуживает около 58 млн зарегистрированных пациентов. Частная страховая фирма Ping An организовала телемедицинский бизнес под торговой маркой Ping An Good Doctor, который обеспечивает проведение удаленных медицинских консультаций (в 2020 году у компании уже было 77 млн зарегистрированных пользователей и 50 000 врачей из государственных и частных клиник в качестве партнеров) [32,33,64,147,35]. Действующее мобильное приложение для смартфона Spring Rain Doctor помогает десяткам миллионов китайцев найти врача и получить консультацию посредством обмена SMS-сообщениями или телефонного разговора. Согласно исследовательским данным Global Market Insights, объем мирового рынка телемедицинских услуг в 2019 г. составил 45 млрд долларов. В ближайшее время он будет расти в среднем на 19,3 % в год и может превысить 175 млрд долларов к 2026 г. 33%. В настоящее время в России реализуются проекты в сфере цифровой медицины, которые занимают свое место на рынке медицинских услуг, с октября 2020 года введен в действие проект по созданию медицинских консультаций на портале Госуслуг. По данным страховой компании «Согласие», более 70 % всех обращений приходилось на узких специалистов, среди которых акушеры-гинекологи (16,8 %), неврологи и гастроэнтерологи (13,6 % и 12,3 % соответственно), дерматологи (12,2 %) и отоларингологи (10 %). В 30 % случаев пациенты обращались за онлайн консультацией к дежурным врачам – терапевтам и педиатрам. В «Согласии» услуга телемедицины доступна с 1 января 2018 года и включена во все корпоративные программы ДМС. Застрахованное лицо, имеющее полис корпоративного или индивидуального страхования, имеет возможность получить консультацию врача из любой точки мира в формате видео -, аудиочата, по телефону [45,47]. Российский сервис для пациентов «Здоровье.ру» представляет собой мобильное приложение, в котором можно вести различные дневники здоровья и приема лекарств, проходить онлайн-тесты на наличие факторов риска заболеваний, получать рекомендации по посещению врачей и сдаче анализов, а также проводить видео- и чат-консультации с врачами любых специальностей. Сервис Webiomed предлагает цифровую поддержку при принятии врачебных решений и маршрутизации пациентов, анализе медицинских данных на основе искусственного интеллекта. Платформа Botkin.AI, созданная для анализа и диагностики заболеваний, задействует искусственный интеллект в поиске патологии на медицинских снимках, предоставляя специалисту не только информацию об обнаружении опухоли, но и выделяя участки, требующие его внимания [66,67]. Точность алгоритма при анализе компьютерной томограммы грудной клетки составляет до 95%. Внедрение цифровых технологий в сферу здравоохранения помогает пациентам соблюдать врачебные предписания, напоминает о приеме лекарств, их дозировке; врачам помогает получать полную диагностическую информацию и данные о ходе заболевания, что, несомненно, оказывает положительное влияние на качество и удовлетворенность населения медицинской помощью Указом Президента «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» № УП-5590 от 7 декабря 2018 г утверждена концепция развития здравоохранения страны на 2019-2025 гг, где предусматривается повсеместное внедрение в медицинские учреждения системы «электронного здравоохранения», создание комплекса информационных систем и баз данных, интегрированных на основе единых национальных стандартов. Данным Указом определены цели, задачи и основные тенденции дальнейшего реформирования электронного здравоохранения. Указ Президента Республики Узбекистан «О мерах по внедрению принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых в системе здравоохранения реформ» от 12 ноября 2020г. № УП-6110 устанавливает цели и задачи реформирования первичного звена здравоохранения на современном этапе, Государственная программа 2020 года предусматривает разработку стратегии «Цифровой Узбекистан-2030», на основании которой разработана система программного электронного

обеспечения «Цифровой Ташкент». На сегодня 15 специализированных медицинских центров, 11 многопрофильных объединений и 63 поликлиники города Ташкента подключены к информационным системам «Единая электронная медицинская карта» и «Электронная поликлиника» с интеграцией в частные клиники.

Во второй главе диссертации «Материалы и методы исследования» описаны сведения, включающие анализ заболеваемости, сведения, включающие общую характеристику врачей и больных, охваченных исследованием, статистических, лабораторных методов исследования, итоги ретроспективного анализа, изучения медицинской документации и официальной отчетной документации СП № 57, №58, №59, №60, подстанции СиНМП №10 Яккасарайского района, СП №10, №11, №12, №13 СП Сергелийского и СП №29, №69, №66 и центральной районной многопрофильной поликлиники (ЦРМП) подстанции СиНМП №8 Сергелийского района, №12 Бектемирского районов, где закреплено 48650 населения за период 2020-2022 гг. Исследованием изучались существующие условия регулирующие преемственность между СП и СУ, выписки из историй болезни, анкетирование врачей и больных, отчетные формы по движению больных СП и СУ. В работе составлен дизайн исследования.

ДИЗАЙН НАУЧНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НА ТЕМУ «СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ МЕЖДУ ПОЛИКЛИНИКАМИ И СТАЦИОНАРАМИ (НА ПРИМЕРЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ)»

Цель исследования

Совершенствование преемственности и между семейными поликлиниками (СП), стационарными учреждениями (СУ) и скорой и неотложной медицинской помощью (СМиНП) путем разработки и внедрения современных подходов в практическое здравоохранение.

Задачи исследования:

Изучить нормативно-правовые документы в части обеспечения преемственности между СП, СУ и Си НМП, определить механизм обратной связи АПУ для пациентов, направленных в СУ; определить организацию преемственности в лечении, профилактике и реабилитации больных выписки из стационаров путем изучения обратной связи СП и СУ.

Разработать научно обоснованный механизм направления выписанных больных из стационара в СП (Алгоритмы направлений пациентов с различными клиническими случаями по принципу «из рук в руки», после стационарного лечения);

Разработать и внедрить комплексные меры по повышению эффективности лечения, ухода и профилактической работы больным СП путем внедрения новой модели работы с больными выписанными из СУ;

Провести анализ имеющейся практики обеспечения преемственности между семейными поликлиниками (СП) и стационарными учреждениями (СУ) в развитых странах мира

Материалы исследования:

Изучение: n = 596 больных семейных (СП) № 57,58,59,60 Яккасарайского района - основная группа и 1152 больных, охваченных анкетированием пролеченных в условиях СУ

Контрольная группа: n = 456 больных СП № Бектемирского и Сергелийского районов, пролеченных в условиях СУ

Врачи СП, СУ и СиНМП n=250

Стат

ЭК
Ла
ОА
ГЛ
тол
ГЛ

В третьей главе диссертации (собственные исследования) «Современные подходы к совершенствованию преемственности между поликлиниками и стационарами» (на примере лечебно-профилактических учреждений г. Ташкента)» автором лично проведена оценка результатов демографических, клинических, лабораторных и статистических показателей, результатов двух этапного анкетирования 126 врачей СП, 79 врачей СУ и 45 врачей СиНМП, результатов ретроспективного изучения 1737 амбулаторных карт, больных сахарным диабетом.

В первой подглаве диссертационного исследования «Налаживание преемственности между стационарными и амбулаторно-поликлиническими учреждениями больных по наблюдению и уходу после стационарного лечения». На первом этапе исследования изучалось качество написания выписок, состояние обмена информацией между СП и СУ по хроническим больным, выписанным из СУ в 2021 и 2022 году в основной и контрольной группах. С этой целью методом жеребьевки выбраны 3078 амбулаторных карт СП. Из них ретроспективно изучены 1737 амбулаторных карт с выписками из историй болезней основной и контрольной группы, в числе которых были 906(52,5%) карт Яккасарайского района, 497(28,6%) Сергелийского и 334(19,2%) Бектемирского районов. По полу больные составили: 989 (56,9%) женщин, 748 (43,1%) мужчин. Исследование проводилось двух этапное изучение мнения врачей СП, СУ и больных, выписанных из СУ по вопросам обеспечения преемственности при выписке из стационаров, качества выписок из СУ, качество ведения медицинской документации состоящий из 12 параметров. Это изучение:

1. Оценка знания врачами алгоритмов медицинской помощи хроническим больным по профилю, на обоих этапах опрошено 126 врачей СП и 79 врачей СУ из различных подразделений СУ и СП.

2. Изучение мнения врачей по показателю доставки выписки из стационаров в СП на обоих этапах опрошено 126 врачей СП и 79 врачей из различных подразделений СУ и СП

3. Оценка знания врачей СП алгоритмов составления выписного эпикриза и выписки из истории болезни СУ на обоих этапах опрошено 126 врача СП.

4. Проведена оценка методом наблюдения по обеспечению качества коммуникации "медработник-пациент" в различных подразделениях СП на обоих этапах опрошено 126 врачей СП.

5. Изучение мнения врачей по качеству выписки стационарного больного на обоих этапах опрошено 126 врачей СП.

6. Оценка врачей 79 СУ на обоих этапах опрошено о существующей взаимосвязи работающих врачей из различных подразделений СУ.

7. Оценка знания 79 врачей СУ алгоритмов составления выписного эпикриза и выписки из истории болезни СУ на обоих этапах.

8. Качество консультирования пациентов врачами СУ при выписке, включая обсуждение плана дальнейшего лечения оценено методом наблюдения у 79 врачей СУ.

9. Организация обучения персонала навыкам эффективной работы с документацией по составлению выписного эпикриза и выписок из стационара у 79 врачей СУ на обоих этапах.

10. Анализ результатов анкетирования больных по вопросам выдачи документов в день выписки о проведенном лечении, рекомендации на первом этапе 304 больных, на 2-м 242 больных.

11. Проверено качество написания выписных эпикризов в историях болезни отделений СУ, на 1- этапе 242 историй болезни больных СУ, на 2- м 236 историй болезни.

12. Изучение точности, полноты и аккуратности ведения амбулаторных карт, на 1- этапе 342 амбулаторных карт, на 2- этапе 332 амбулаторные карты больных

Итоговую среднюю оценку ставили по пятибальной системе: 5- отлично, ответ полный, правильный; 4- хорошо, ответ частично правильный, 3- удовлетворительно не уверен в правильности ответа, сомневается; 2 – неудовлетворительно ответа нет.

Проведённым статистическим анализом полученного материала установлена средняя ошибка репрезентативности 0,8, доказана достоверность результатов исследования 0,95%. Методом Пирсона установлен коэффициент корреляции 2,0. Коэффициент регрессии 2,7. Установлено что при повышении ответов респондентов на 0,1 балл по вопроснику (12) до начала эксперимента внедрения “Алгоритмов наблюдения за хроническими больными в амбулаторных условиях” и после обучения новым методикам обеспечения преемственности повышается рост знаний врачей на 2,7 балла.

Проведен сравнительный анализ среди 1737 пациентов основной (Яккасарайский район) и контрольной группы (Бектемирского и Сергелийского районов г. Ташкента) по использованию Мобильного приложения по взаимному контакту с реципиентами. Изучение связи между учреждениями СиНМП, СП, СУ г. Ташкента по вопросу передачи информации об оказании медицинской помощи, госпитализации в СУ больных с активными формами заболевания. Использовались материалы Электронной программы по внесению изменений по передаче информации напрямую в Главное управление здравоохранения г. Ташкента.

Изучены показатели сроков передачи информации (в течении 24 часов) о пациенте после выписки из стационара на амбулаторный уровень в 185 случаях.

Изучены показатели выдачи документов о проведенном лечении, рекомендации, выписки из истории болезни на руки пациентам (или законным представителям) в день выписки в начале 2022 года в 765 амбулаторных картах. Изученные показатели после проведения эксперимента был проведен второй этап анкетного исследования по данному опроснику по аналогичной методике. Показатели выдачи документов о проведенном лечении, рекомендации, выписки из истории болезни СУ на руки пациентам (или законным представителям) в день выписки показали тенденцию роста на 4,82%.

Изучен вопрос осложнений, связанных с недостаточным обеспечением преемственности и последовательности медицинских услуг, больным в СУ и СП. На вопрос изучения мнения врачей о возникновении осложнений у больных вследствие недостаточного обеспечения преемственности и последовательности медицинских услуг, больным в СУ и СП 26,4% ответили увеличение числа больных с хроническими заболеваниями, увеличение инвалидности отметили - 12,6%, увеличение смертности - 4,6%. 56,4% респондентов ответили, что все ответы были правильные. Так, более половины опрошенных пациентов сообщили, что нарушение преемственности в оказании медицинских услуг может привести к различным осложнениям, связанным с обострением хронических заболеваний, инвалидности и смертности (рисунок 1).

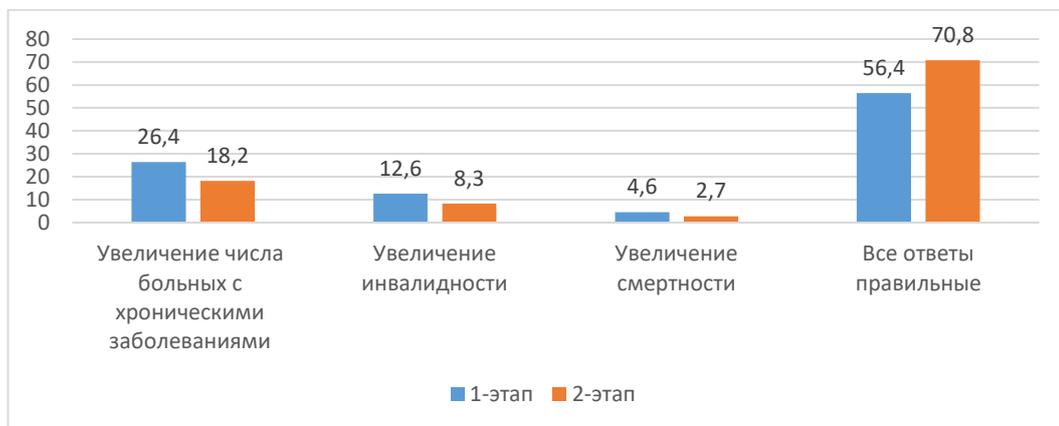


Рисунок 1. Мнения врачей по развитию осложнений в связи с недостаточностью обеспечения преемственности больным в СУ и СП.

По итогам обучения врачей СП 80(92,0%) врачей новой методики внедрения преимущественности между ЛПУ считают, что выдача больному на руки выписки в день ухода из стационара обеспечивает оперативность и непрерывность лечения (рисунок 2).

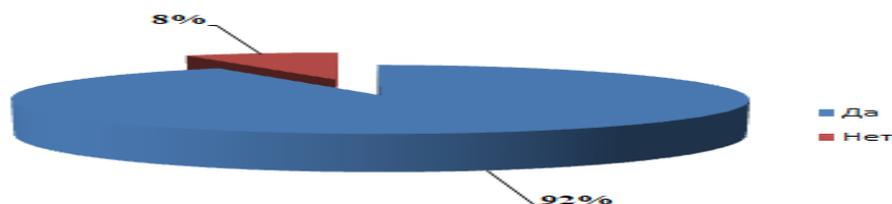


Рисунок 2. Влияние оперативности оказания медицинских услуг в непосредственной рассылке выписки на обеспечение непрерывности лечения.

Из этого можно сделать вывод, что направление выписки непосредственно врачу, работающему в СП с использованием современных ИКТ будет одним из первых и необходимых шагов в обеспечении непрерывности оказания медицинских услуг. При этом, наиболее удобными методами представления выписки из СУ врачи считают 5(6,3%) - электронную почту, факс - 4(5,1%), локальную сеть - 7(8,9%), телеграмм канал - 6(7,6%), мобильные сети - 7(8,9%), чаты - 5(7,1%) и 45(56,9%) врачей считают, что все виды передачи информации приемлемы (рисунок 3).



Рисунок 3. Предлагаемые возможности направления выписки из СУ непосредственно семейному врачу после стационарного лечения

Во второй подглаве третьей главы диссертационного исследования “Исходы заболевания выписанных больных из стационарных учреждений, анализ качества ведения выписных эпикризов больным СД 2 типа” описываются итоги проведенного двухэтапного изучения состояния здоровья больных, выписанных из СУ в период с 2021 по 2022 гг. Анализ показывает, положительную динамику показателей заболеваемости после внедрения новых методов организации амбулаторно поликлинической помощи на основе “Алгоритмов ухода за больным после стационарного лечения в амбулаторно-поликлинических учреждениях” в 2022 г. (таблица 1).

Таблица 1

Динамика здоровья больных СП, выписанных из СУ в 2021 и в 2022гг.

Параметры исследования	1-этап 2021г.					2 этап 2022г					Общая разница
	Основная группа		Контроль ная группа		Раз ница	Основная группа		Контроль ная группа		Раз ница	
	авс	%	авс	%		Авс	%	авс	%		
Выздоровление, улучшение	172	55,3	124	40,3	15,0	282	82,7	186	55,5	27,2	-12,1

Ухудшение	23	7,4	36	11,7	-4,3	18	5,3	42	12,5	-7,3	3,0
Повторная госпитализация в течении:											
3-х месяцев	25	8,0	28	9,1	-1,1	12	3,5	18	5,4	-1,9	0,8
6-ти месяцев	12	3,9	15	4,9	-1,0	8	2,3	19	5,7	-3,3	2,3
1-года	40	12,9	51	16,6	-3,7	12	3,5	39	11,6	-8,1	4,4
Перевод на инвалидность в течении :											
3-х месяцев	2	0,6	6	1,9	-1,3	1	0,3	4	1,2	-0,9	-0,4
6-ти месяцев	12	3,9	14	4,5	-0,7	0	0,0	7	2,1	-2,1	1,4
1-года	18	5,8	24	7,8	-2,0	3	0,9	12	3,6	-2,7	0,7
Смертность после выписки из СУ в течении:											
3-х месяцев	1	0,3	1	0,3	0,0	0	0,0	1	0,3	-0,3	0,3
6-ти месяцев	1	0,3	3	1,0	-0,7	2	0,6	2	0,6	0,0	-0,6
1-года	5	1,6	6	1,9	-0,3	3	0,9	5	1,5	-0,6	0,3
Итого	311	100,0	308	100,0	0	341	100,0	335	100,0	0,0	0

Так, например, в основной группе в 2022 году отмечена положительная динамика по всем показателям исследования:

Показатель выздоровление, улучшение здоровья увеличился на 22%. основной группе. В контрольной группе увеличился на 14%, в основной группе в 1,6 раз лучше, чем в контрольной.

Доказано, что показатель ухудшение здоровья в основной группе уменьшился с 2,9% до 1,9% что в 1,5 раз меньше чем в 2021 году. В контрольной группе увеличился с 4,4% до 5,8%, в 1,4 раз. Работа в основной группе в 0,1 раз лучше поставлена чем в контрольной группе. Доказано, что показатель повторная госпитализация в основной группе уменьшился с 5% до 1,6% в 2022 г., что в 3,1 раз меньше чем в 2021 г. В контрольной группе уменьшился с 6,2% до 5,8%, в 1,2 раз. Работа, проведенная в основной группе в 2,3 раза лучше, чем в контрольной (рисунок 4).

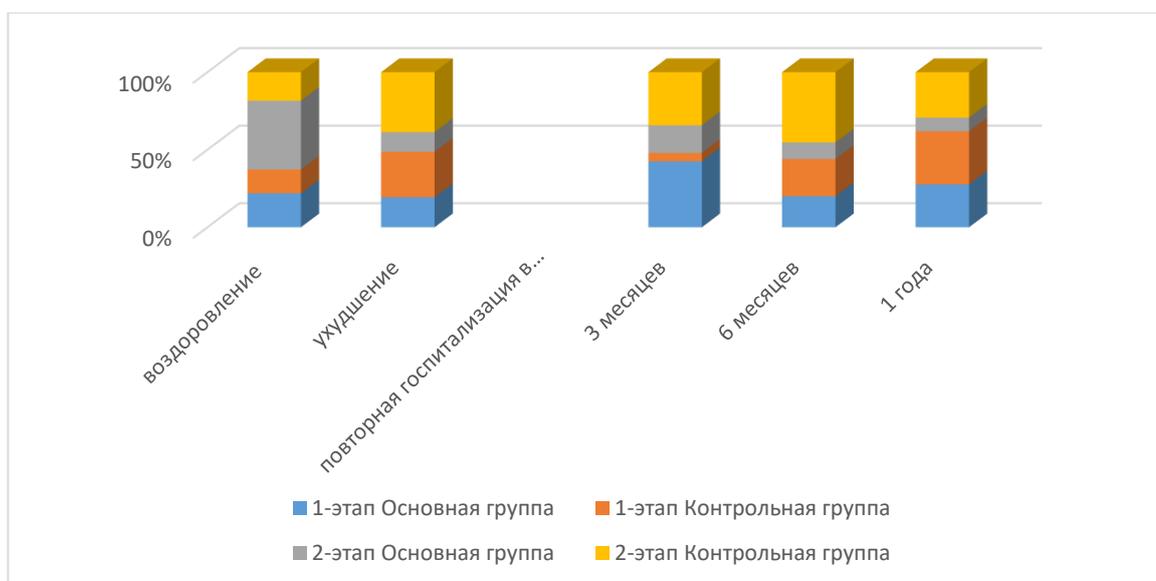


Рисунок 4. Динамика наблюдения за состоянием больных.

Доказано, что перевод на инвалидность в основной группе уменьшился с 2,2% до 0,3%, что в 2022 г. в 7,3 раз меньше чем в 2021 г. В контрольной группе уменьшился с 2,9%

до 1,6%, в 1,8 раз меньше чем в 2021 г. Это значит, что работа, проведенная в основной группе в 4,0 раз, больше имела положительный эффект.

Доказано, что смертность после выписки из СУ в основной группе что в 2022 г. в 2 раза уменьшилась чем в 2021 г (0,6 до 0,3%). В контрольной группе особых изменений нет (0,7% в 2021г., 0,59% в 2022г). Это значит, что работа, проведенная по предупреждению смертности у хронических больных в основной группе в 2 раза, больше имела положительный эффект, однако и отсутствие роста смертности в контрольной группе отмечает относительную стабильность в работе этой группы (рисунок 5).



Рисунок 5. Сопоставление динамических показателей больных, выписанных из СУ

В третьей подглаве диссертационного исследования “Анализ обеспечения преемственности и непрерывности лечения больных (осложнения, повторные госпитализации, инвалидность и смертность)” проводилось изучение выписок из истории болезней СУ больным с диагнозом «Сахарный диабет 2 типа» и «Сахарный диабет 2 типа. ИБС. Стенокардия II ФК». Всего было изучено 60 выписок из истории болезней. Пол больных составил следующее: 22(36,7%) мужчин, 38 (63,3%) женщин. Было обращено внимание на следующие показатели как описание диеты, физической активности, медикаментозное назначение, наблюдение у специалистов, вопросы профилактики и риски от заболеваний.

Принимая во внимание актуальность вопроса преемственности между стационарными и амбулаторными услугами изучены механизмы для совершенствования этой деятельности, с учетом опыта развитых стран мира. Для совершенствования этого необходимо разработать типовой проект направление выписки из стационарного учреждения, с указанием методов лечения, наблюдения, ухода, профилактики, диеты, физической нагрузки непосредственно по адресу лечащего врача (электронная программа, локальная сеть, мобильное приложение, бот и др). Данное предложение укрепит цепочку организации медицинской помощи «больница-пациент-семейный врач» или же так называемый принцип «от рук - в руки», на узбекском «қўлдан-қўлга», что в свою очередь позволит своевременное продолжение наблюдения, лечения, профилактики заболеваний, а также повышению знаний семейного врача.

Для пациентов продолжение лечения в амбулаторных условиях после выписки из стационара имеет существенное значение. Вместе с тем, на наш взгляд, в выписках из истории болезней следует подробно описать вопросы, связанные с диетой, физической активностью и профилактикой заболеваний, а также возможным осложнениям и рискам повторной госпитализации.

На основании обращения (письма №01/675 от 23 февраля 2022 г.) Ташкентского ГУЗ в РСНПМЦ, с предложением совместной разработки Алгоритмов ухода за больными в

амбулаторно-поликлинических учреждениях. Разработанные проекты Алгоритмов по уходу за больным после стационарного лечения были обсуждены и утверждены в Ташкентском ГУЗ, которые и явились основой разработки методической рекомендации. Письмом ГУЗ г. Ташкента № 01/1848 от 16 июня 2022 г направлено предложение в РМО Яккасарайского района для проведения экспериментального изучения и внедрения в практику 11 алгоритмов по уходу за больным после стационарного лечения в СП, проведен ряд обучающих семинаров с медицинскими работниками АПУ, а также дано указание, о необходимости всех ЛПУ, осуществляющих стационарное лечение г. Ташкента независимо от формы собственности направления выписки из историй болезней в прикрепленные АПУ больных по месту их проживания. В этой связи нами была разработана новая модель организации преемственности между стационарными и амбулаторно-поликлиническими учреждениями (табл.2).

Таблица 2

Этапы организации новой модели обеспечения преемственности между стационарными и амбулаторно-поликлиническими учреждениями

1-этап (подготовка выписки)	Подготовка выписки (для пациента) и рекомендации (для семейных врачей) в последний день госпитализации	для пациента выписка рекомендации для семейных врачей
2-этап (направление выписки)	Лечащий врач направляет рекомендацию в СП (СВП) по месту проживания пациента с подробным указанием дальнейшего наблюдения, рисков, лечения, методов ухода, диеты, профилактики осложнений, реабилитации.	В течение 3-х рабочих дней
3-этап (встреча с пациентом)	Семейный врач после получения выписки из СУ проводит регистрацию в журнале и амбулаторной карте больного, при необходимости ставит его на диспансерный учет и встречается с больным	В течение 3-х рабочих дней после получения выписки из СУ
4-этап (наблюдение за пациентом)	Семейный врач проводит мониторинг состояния больного по всем показателям наблюдения и назначения вводит запись в амбулаторную карту больного.	Согласно приказа МЗ Р.Уз № 362 от 1994 г.
5-этап (контроль)	Контроль за учетом и ведением рекомендаций осуществляется главными специалистами	Согласно плана работы и стандарта оказания медицинской помощи по конкретному заболеванию.

Для проведения и анализа сравнительных результатов эксперимента ретроспективным образом были изучены результаты организации медицинской помощи больным после стационарного лечения больных основной и контрольной группы. В 2021 году в СП №57, №58, №59, №60 получили стационарное лечение 537 больных с диагнозом “Сахарный диабет 2 тип” и с диагнозом “Сахарный диабет 2 тип. ИБС. Стенокардия напряжения, ФК II”, из них 342 (63,7%) не принесли выписки после стационарного лечения. 74 (13,4%) больных взяты на Д-контроль врачами СП. Этим больным по показаниям проведена консультация диabetолога, кардиолога, диагностические исследования (гликированный Нb, тест на толерантность, ЭКГ, ЭхоКГ, коагулограмма, липиды и др), установлен активный патронаж с обучением правильного питания, физической активности,

физиотерапевтического лечения. Из числа выписанных больных из СУ 6(1,1%) больных направлены на санаторно-курортное лечение. Кроме того, 195 (36,3%) больных принесли выписки из истории болезни врачу, которым проведены мероприятия в установленном порядке.

Проведено исследование контрольной группы СП Сергелийского и Бектемирского районов в СП №12 и №13, и ЦРМП Сергелийского района. Соответственно из числа больных СП Сергелийского района 346 пациентов получали стационарное лечение, представили выписки из СУ 218(63,1%), 128(36,9%) не представили. Из тех, кто представил выписку 159(45,9%) пациента прошли диспансеризацию, из них 319(92,2%) прошли осмотр эндокринолога, кардиолога, 302(87,3%) больным сделаны контрольные исследования: гликированный Hb 23(6,6%), тест на толерантность 36(10,4%), ЭКГ 189 (54,6%) ЭхоКГ 48(13,9%), коагулограмма 94(27,2%), анализ липидного спектра 37(10,7%). Из 346 лиц, прошедших стационарное лечение 125 (36,1%) пациента прошли активный патронаж, все 100% больных получили консультацию по правильному питанию, физической активности и 4 (1,2%) направлены в санаторно-курортное лечение. Из числа больных СП №69 и ЦРМП Бектемирского РМО в стационарных условиях пролечено 497 пациентов, представили выписной эпикриз 228 (45,9%) и 269 (54,1%) не представили выписной эпикриз. Из числа представивших выписной эпикриз 145(29,2%) пациентов прошли диспансеризацию осмотр эндокринолога 131(57,4%) и кардиолога, 168 (73,4%) больным в соответствии со стандартом лечения данной нозологии сделаны контрольные исследования (ЭКГ, ЭхоКГ, коагулограмма, анализ липидного спектра и др). Из 497 лиц, прошедших стационарное лечение 161(32,6%) пациентам выполнен активный патронаж, из числа которых 125(77,6%) получили консультацию по правильному питанию, образу жизни, 104(64,6%) по физической активности, 98 (60,1%) получили физиотерапевтическое лечение и 3(1,9%) пациента направлены в санаторно-курортное лечение (таб.6). Сравнительные данные среди основной и контрольной группы по отдельным показателям получены следующие результаты. Среди пациентов основной группы в 2,5 раза больше проведена диспансеризация чем в контрольной (100%/40%). Кардиологический осмотр прошли в основной группе в 2 раза больше чем в контрольной (83%/39; Пациенты основной группы в 2,5 раз больше чем в контрольной охвачены ЭКГ исследованием (92%/37%); ЭхоЭКГ в обеих группах исследования не имело особой разницы среди пациентов основной и контрольной группы (14%/17%); среди пациентов основной группы в 1,9 раз больше проведено исследование липидного сектора (28%/42%); среди пациентов основной группы, активный патронаж проводился 1,13% больше чем в контрольной группе (100/88%); среди пациентов основной группы консультация по физической активности проводилась 1,3 раза больше чем в контрольной группе (100/76%); физиотерапевтические процедуры в основной и контрольной группе проведены в одинаковых количествах, то есть среди 17% пациентов; санаторно-курортное лечение получили в 2,9 раз больше в основной чем в контрольной группе (18,0%/6,3%). Представленные показатели говорят о более качественной работе СП основной группы (почти в 2 раза) после внедрения алгоритмов по уходу за больными в амбулаторных условиях. В течение 12 месяцев после выписки из СУ у пациентов в основной группе было значительно уменьшено среднее количество острых и неотложных состояний связанных с сахарным диабетом в основной группе - 0,72, в контрольной - 1,40. Проведенное исследование по количеству дней госпитализации по всем причинам в год на первом этапе не отличался между основной и контрольной группой ($10,2 \pm 14,8$ дня в год), средняя разница - 0,6(95% ДИ -13,7 до -3,1, $p = 0,16$). На втором этапе отмечено значительное сокращение дней госпитализации по неотложной помощи (средняя разница - 8,3 (95% ДИ от -13,4 до 0,1, $p = 0,047$)) и смертности (1,95% по сравнению с 11,2%, $p < 0,001$). Значительное снижение смертности в 11,7 раз было отмечено в основной группе (8,9% против 15,1%, ОР 0,56 (95% ДИ 0,32–0,95, $p=0,03$) в контрольной группе (ОР 0,76 (95% ДИ 0,47–1,23, $p=0,76$)). Первичный исход посещений отделения неотложной помощи через 1 год не отличался между группами. Количество повторных госпитализаций по всем

причинам через 6–12 месяцев снизились на 7,3% по сравнению с обычным лечением в основной группе. Внедрение “Алгоритмов ухода за хроническими больными” показало положительные результаты активного патронажа (ОР 0,40 (95% ДИ 0,27–0,59)), дистанционного мониторинга (ОР 0,78 (95% ДИ 0,58–0,88)) где в основном включались советы по самоконтролю, питанию, физической нагрузке, санитарному просвещению и план действий при обострении у амбулаторных пациентов (ОР 0,70 (95% ДИ 0,63–0,78)). В показателе активного патронажа на дому в контрольной группе (ОР 0,92 (95% ДИ 0,82–1,04)) не выявлено достаточных доказательств эффективности самообучения больных и связь с улучшением качества жизни (таблица 3).

Таблица 3

Сравнительный анализ эксперимента в семейных поликлиниках основной и контрольной группы

Показатель	Основная группа		Контрольная группа	
	Авс	%	авс	%
В стационарных условиях всего пролечено пациентов	363	100	346	100
Из них больные СД2	74	20,4	52	15,0
«Сахарный диабет 2 тип, ИБС. Стенокардия напряжения, II ФК»	21	29,6	16	30,8
Из числа пролеченных пациентов представили выписной эпикриз	158	43,5	142	39,1
Не представили выписной эпикриз	205	56,5	204	59,1
Взяты на Д-контроль	123	33,9	115	33,2
прошли диспансеризацию	296	81,5	129	37,3
прошли эндокринологический осмотр	196	53,9	118	34,1
прошли кардиологический осмотр	262	72,2	168	48,6
проведено ЭКГ	292	80,4	165	47,7
проведено ЭхоКГ	8	2,2	3	0,9
Коагулограмма	94	25,9	62	17,9
исследование липидного сектора	46	12,7	32	9,2
исследование на гликированный Нв	12	3,3	3	0,9
Тест на толерантность к глюкозе	19	5,2	6	1,7
Проведены физиотерапевтические процедуры	123	33,9	96	27,7
активный патронаж	276	76,0	125	36,1
получили консультацию по физической активности	193	53,2	117	32,2
получили консультацию по правильному питанию	204	56,2	176	50,8
получили санаторно-курортное лечение	6	1,7	3	0,9

Для обеспечения качественной медицинской помощи были разработаны этапы организации новой модели организации преемственности между стационарными и амбулаторно-поликлиническими учреждениями.

Разработка новой модели обеспечения преемственности между стационарными и амбулаторно-поликлиническими учреждениями включает в себя пять глобальных трендов, меняющих здравоохранение.

1. Персонализированная медицинская помощь, это индивидуальный подход к выбору реабилитационных программ с учетом возможностей пациента и наличия различных ограничений

2. Оценка результативности реабилитации на основе накопленной информации о здоровье человека на основе внедрения оценки результативности лечения, что позволит повысить эффективность методов, технологий лечения и медикаментов, в том числе снизить затраты на пребывание пациентов в стационаре

3. Создание центров компетенций на базе стационаров и АПУ, по разработке и внедрению новых медицинских технологий.

4. Управление здоровьем населения, основанное на стратификации риска с использованием сложных IT-систем для лучшего понимания профилей здоровья и рисков сообщества и для проведения упреждающего управления потребностями пациентов, вовлечение пациентов в совместное принятие решений, учет ценностей, потребностей и предпочтений пациентов.

5. Развитие интегрированной помощи пациенту путем появления альтернативных, удобных для пациента форматов оказания медицинской помощи: стационар на дому, телемедицина, мобильные сети, приборы диагностики и мониторинга здоровья.

В четвертой главе диссертационного исследования “Совершенствование взаимосвязи между СУ, СП и СиНМП” описаны вопросы налаживания взаимосвязи между учреждениями СиНМП, СУ, СП. В первой подглаве четвертой главы “Налаживание преемственности между стационарными и амбулаторно-поликлиническими учреждениями больных по наблюдению и уходу после стационарного лечения” по вопросу наблюдения, лечения и ухода за больными, описан существующий порядок организации СиНМП больным, взаимосвязь с СУ и СП, директивные и нормативные документы, регламентирующие деятельность СиНМП. На сегодняшний день организация населению экстренной медицинской помощи осуществляется РНЦЭМП, его областными филиалами и субфилиалами в РМО, ГМО, станциями и подстанциями СиНМП, и санитарной авиацией. Согласно проведенным реформам в этой отрасли каждый год более 600 тысяч больных получают стационарное лечение в учреждениях системы экстренной медицинской помощи. Кроме того, при отсутствии показаний на круглосуточное стационарное лечение амбулаторная медицинская помощь предоставляется более 1 миллиону больных, а также службой СиНМП обслуживается более 7 миллионов вызовов в год. Налаживание преемственности между СиНМП, СУ и СП имеет важное и ключевое значение для организации преемственности и качества медицинской помощи. Постановлением Президента от 16.06.2022г. № ПП-283 «О совершенствовании системы оказания населению скорой медицинской помощи» предусмотрено внедрение электронной автоматизированной, системы управления скорой медицинской помощи, осуществляемой за счет средств Министерства по развитию информационных технологий и коммуникаций. В ходе изучения деятельности Ташкентской городской службы СиНМП, выявлено, что для оперативного управления и координации деятельности выездных бригад скорой медицинской помощи создана единая информационная база и налажена сеть передачи данных в ЛПУ первичной медицинской помощи. Так, например, в г.Ташкенте оказывают медицинскую помощь в первичной сети медицинских учреждений 1500 семейных врачей, к которым в среднем прикреплены около 400000 населения. По данным Городской станции скорой медицинской помощи ежегодно по городу Ташкенту оказывается скорая медицинская помощь согласно 120000 вызовов, то есть, в среднем на каждого жителя города получается около 3-4 вызова в год. Вместе с тем, основная нагрузка на службу скорой медицинской помощи осуществляется не по экстренным больным, а при обострении хронических заболеваний. В процентном отношении это составляет 35/65% соответственно. В связи с этим налаживание, разработка и реализация программ по дальнейшему развитию и совершенствованию взаимной работы по обеспечению преемственности СиНМП, ее оперативное взаимодействие с СП может существенно

снизить инвалидность и смертность населения. Улучшение работы службы первичного звена, приведет к сокращению количества вызовов, сократит количество вызовов хроническим больным, обеспечит своевременные вызовы по неотложным состояниям. Этого можно достичь, также совершенствованием деятельности диспетчерских служб СиНМП, внедрением в практику современных видов ИКТ, мобильной связи и телекоммуникаций. Нами изучена деятельность городского Ташкентского городского центра СиНМП и передача информации о вызовах и экстренных случаях в учреждения первичного звена здравоохранения г. Ташкента. В ходе исследования было выявлено, что в виде эксперимента только в г.Ташкенте между различными учреждениями здравоохранения была налажена оперативная передача информации об экстренных случаях и результатах вызовов при обострении хронических заболеваний. Данный механизм передачи информации дает возможность ЛПУ учреждениям особенно, ПМСП оперативно реагировать и проводить необходимые профилактические работы. Ежедневно бригадами СиНМП помощи формируется база данных и вводится в программу для оперативного учёта. Согласно структуризации диагнозов, состояние больного (острое, подострое, хроническое), место вызова (распределение по районам) проводится разделение данных и направляется в СП РМО г.Ташкента. Ответственным по анализу данных в СП проводится ежедневный анализ вызовов СиНМП, распределяется между семейными врачами согласно дислокации прикрепления больного и разрабатывается дорожная карта по улучшению диспансеризации и совершенствованию профилактических медицинских услуг на месте с учетом состояния и визуального осмотра пациента. Согласно полученным данным и проведенного сравнительного анализа, по г. Ташкенту за 6 месяцев 2022 г. 10 подстанцией скорой медицинской помощи было принято 596759 вызовов из них 69324 (12%) вызовы осуществлялись больными, имеющими хронические заболевания. Данный показатель СиНМП за 6 месяцев 2023 г. показал, что практически на одинаковом уровне были приняты вызовы, то есть 598805, из числа которых вызовы, осуществляемые хроническими больными 126526(21,0%), это означает, что 1/5 часть работы центров СиНМП приходится на оказание не экстренной медицинской помощи, а предотвращение обострения хронических заболеваний (рисунок 6).

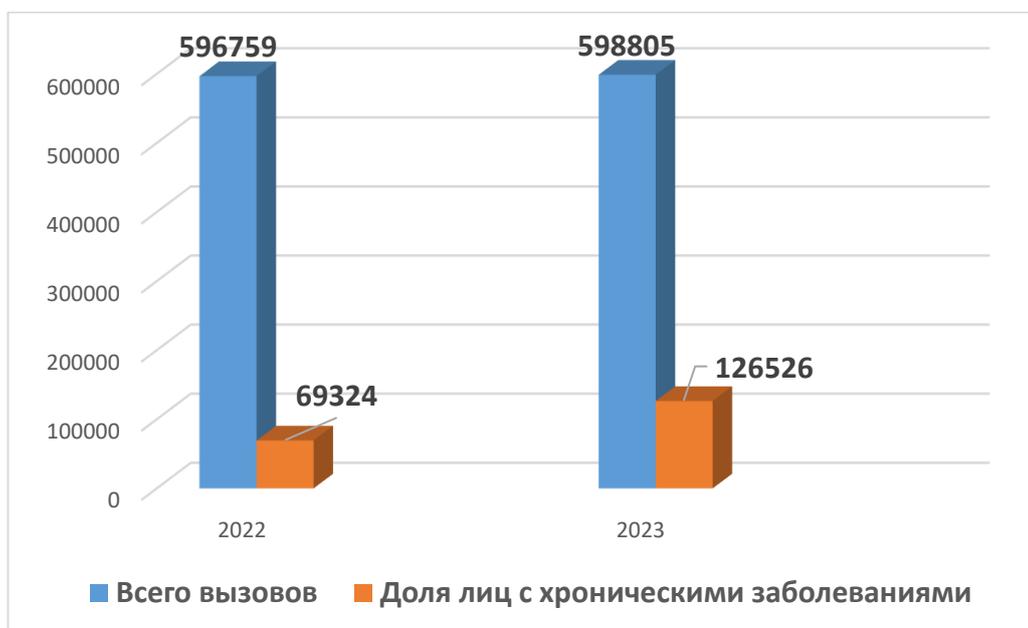


Рисунок 6. Сравнительного анализа 10 подстанцией скорой медицинской помощи по количеству вызовов больных г. Ташкента (за 6 месяцев 2022 г.)

Таким образом, в 2023 году обслуживание вызовов лиц, имеющих хроническое заболевание увеличилось на 57,1%, при небольшом увеличении количества общих вызовов на 0,34% чем в 2022г. Это существенный показатель, над которыми должны работать врачи ПМСП (табл.4).

Таблица 4.

**Количество вызовов в службу скорой медицинской помощи
(данные за 6 месяцев 2022/2023гг.)**

Регион	Количество вызовов		Для лиц с хроническими заболеваниями			
	2022	2023	2022	%	2023	%
г. Ташкент	596 759	598 805	69 324	12	126 526	21,1

Вторая подглава четвертой главы "Научное обоснование и разработка современных методов обеспечения преемственности между СУ, СП, СиНМП" описывает современное состояние совместной работы и проводимые мероприятия по внедрению современных методов преемственности. Исследованием изучены смертные случаи в городе Ташкенте, проведен анализ причин смертности. В соответствии с полученными данным за 6 месяцев 2022 года было выявлено 4212 смертных случаев с участием сотрудников центра скорой медицинской помощи, данный показатель в соответствующий период 2023 года составил 3293 случая (рисунок 7).

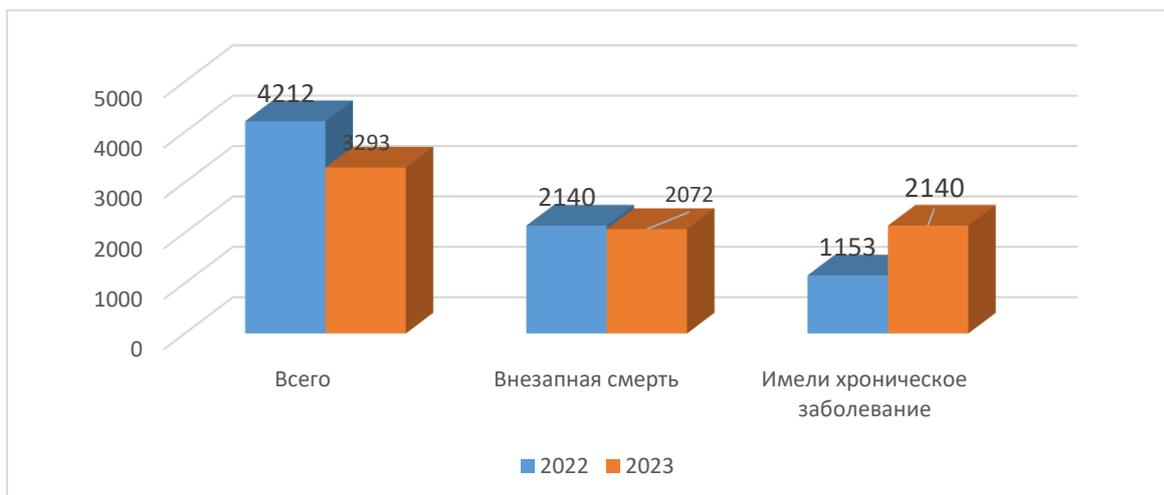


Рисунок 7. Сопоставление динамических показателей смертных случаев в службе СиНМП г.Ташкента (6 месяцев 2022/2023гг.)

Вместе с тем, из числа смертных случаев 2022 г. 2072 (49%) случая составили лица с хроническими заболеваниями, в 2023 г. из общего количества умерших смертность больных с хроническими заболеваниями составила 2140 (65%), что на 3,2% больше чем в 2022г. (табл.5).

Таблица 5.

**Количество смертных случаев в службе скорой и неотложной
медицинской помощи города Ташкента (6 месяцев 2022/2023гг.)**

Количество смертных случаев по годам (абс. цифры)		Количество смертных случаев по причинам (абс. цифры)	
2022	2023	2022	2023

		Внезапная смерть	Имели хроническ ое заболевани	Внезапная смерть	Имели хроническ ое заболевани
4212	3293	2 140	2 072	1 153	2 140

В третьей подглаве четвертой главы "Налаживание взаимосвязи между учреждениями скорой и неотложной помощи, СУ и СП для наблюдения и ухода" описаны вновь внедренные элементы обеспечения взаимосвязи между учреждениями СиНМП, СУ и СП. При этом, необходимо отметить что за последние несколько лет на базе станции СиНМП скорой г.Ташкента и региональных филиалов создан единый диспетчерский Call-центр в РНПЦЭМП, который обеспечивает бесперебойную работу согласно единого круглосуточного телефонного номера 1003 экстренного вызова СиНМП по всей территории республики. С учетом нагрузки на станции скорой помощи были переутверждены нормативы оснащения учреждений СиНМП специализированным автотранспортом и сроки его использования, а также табель оснащения медицинской аппаратурой и инвентарем одной выездной бригады службы СиНМП. Постановлением Президента страны "О мерах по совершенствованию службы скорой медицинской помощи в Республике Узбекистан" от 16 октября 2018 г № ПП-3973 с целью совершенствования порядка и правил оказания скорой медицинской помощи, в том числе путем: дислокации бригад скорой медицинской помощи в СП и ПСВ; организации патрулирования в густонаселенных районах и часах нагрузки мобильных бригад СиНМП, сортировки принимаемых вызовов в соответствии с категориями срочности. Организация бригад СиНМП в СП и ПСВ позволила более лучшей преемственности в оказании медицинской помощи населению. Утверждение Типовых индикаторов оценки эффективности деятельности службы СиНМП порядка, методики, оценки результативности функционирования службы скорой медицинской помощи, а также дислокация бригад СиНМП в СП позволила наладить ежедневную координацию между семейными врачами и больными, обращающимися к СиНМП. Внедрение механизма оценки "Оперативности оказания скорой медицинской помощи", оценки "Качества оказания скорой медицинской помощи по конечному результату" службы скорой медицинской, позволило существенно улучшить качество СиНМП. Внедрение оценки деятельности работников скорой медицинской помощи посредством системы КРІ для работников позволило увеличить их оплату и материальное поощрение согласно проведенным услугам.

Выводы. Анализ изучения организации преемственности между СУ и СП показал, что совместная практика врачей различных учреждений и приверженности больного к лечению в значительной степени связана как с повышением удовлетворенности пациентов, так и с повышением благополучия, связанного со здоровьем компонента качества жизни. Были также получены обнадеживающие данные, подтверждающие связь между меж профессиональным подходом и повышением уровня самопомощи, а также общего и специфического качества жизни. Повышение роли участковой службы в интеграционных процессах требует изменения в условиях их деятельности. По данным исследования 32% опрошенных врачей считают, что расширению функций семейных врачей препятствует их чрезмерная нагрузка на приеме пациентов, 26% отмечают, что интегрирующая роль семейного врача сдерживается действующей системой организации медицинской помощи: часто пациенты попадают к врачу-специалисту без направления участкового врача, что ограничивает его возможности вести постоянное наблюдение за своими пациентами. При этом, особенно велико значение электронных медицинских карт (ЭМК), дающих возможность обмениваться информацией об оказанных услугах и состоянии пациента. Общие для отдельных служб здравоохранения карты являются своеобразным «обручем» их взаимодействия и объединения усилий на достижение конечного результата. Появляется

возможность более активных контактов врачей различных специальностей для объединения отдельных эпизодов лечения и дублирования диагностических исследований (общие планы ведения больных, врачебные назначения, результаты исследования не только для периода госпитализации, но и для последующего ведения пациента, мониторинг его состояния и пр.), вне зависимости от месторасположения врачей и пациентов. Поэтому требуется освобождение семейных врачей от рутинной деятельности за счет повышения роли медицинских сестер, разукрупнение участков, повышение оснащенности современными ИКТ, и обеспечения соответствующими электронными программами, восстановление системы направлений в стационар плановых больных. Проблемы формирования интегрированной системы здравоохранения амбулаторного звена заключаются в том, что больные могут проконсультироваться с врачами стационаров, обладающими большим опытом ведения определенных больных. Таким образом возникает возможность увязки клинических мероприятий, проводимых врачами разных медицинских организаций. Процесс информатизации здравоохранения должен быть нацелен на преодоление фрагментации с использованием четко регламентированных действий врачей в отношении больных с особо высокими рисками. Вся информация о больном должна концентрироваться у семейного врача где он обязан знать о госпитализации своих пациентов, их вызовах СиНМП, результатах обращений к любому поставщику услуг. Эта информация должна быть сигналом для инициирования контакта со сложным пациентом, даже без его прямого обращения к врачу. Алгоритм планирования заданий стационаром должен включать этап оценки поликлиниками потребности в объемах стационарной помощи, одновременно СП получают право на наблюдение за ходом стационарного лечения, не вмешиваясь в его лечебную составляющую, но контролируя организацию процесса лечения, например: своевременность и обоснованность проведения дополнительных диагностических исследований, сроки госпитализации, полноту оформления выписки с конкретизацией послебольничной помощи и пр. Выборочные экспертизы силами СП способны стать значительно более полезными по сравнению с экспертизой, осуществляемой руководящими медицинскими организациями, поскольку для поликлиник важно не наказывать стационар, а получить хорошо пролеченного пациента и достаточно информативными данными о больном. Как показывает зарубежный и отечественный опыт реализации данного механизма интеграции и обеспечение преемственности невозможно исключительно административными мерами. Для этого нужна сильная профессиональная и экономическая мотивация.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенного исследования диссертационной работы на тему: «Современные подходы к совершенствованию преемственности между поликлиниками и стационарами» (на примере лечебно-профилактических учреждений г. Ташкента) представлены следующие выводы:

Разработанная, утверждённая и апробированная новая модель медицинского обслуживания пациентов, выписанных из стационаров, включает в себя пять глобальных трендов, меняющих здравоохранение.

1. Преемственность и последовательность имеет важное значение в улучшении качества медицинской помощи, поэтому организаторам здравоохранения необходимо внедрять новые методы и подходы по улучшению взаимосвязи между СУ, СП, СиНМП, а также больными с использованием инструментов современного электронного здравоохранения.

2. Для хронических больных продолжение лечения в амбулаторных условиях после выписки из стационара имеет существенное значение. Вместе с тем, в выписках из истории болезней необходимо подробно описывать вопросы, связанные с лечением, профилактикой заболевания, диетой, образом жизни, физической активностью, а также указывать возможные риски и осложнения, вероятность повторной госпитализации.

3. Проводить более глубокое обучение хронических больных по основам медицинских знаний, по контролю за своим состоянием и элементам само ухода, обучение работе в мобильных приложениях.

4. Непрерывное повышение качества медицинской помощи зависит от правильной организации ПМСП, улучшения материально-технического обеспечения ИКТ, использование специально разработанной программы обеспечения преемственности.

5. Развитие интегрированной помощи пациенту путем появления альтернативных, удобных для пациента форматов оказания медицинской помощи: стационар на дому, телемедицина, мобильные сети, приборы диагностики и мониторинга здоровья, включая внедрение электронной карты со всеми его данными в виде пластиковой карточки, будет способствовать совершенствованию амбулаторно-поликлинической, и диспансерной работы для лиц, нуждающихся в активном патронаже.

6. Утвержденный порядок, методики оценки результативности функционирования службы СиНМП а также дислокация бригад СиНМП в СП и СВП, позволила наладить ежедневную координацию между семейными врачами и больными, обращающимися в СиНМП.