

**ҚОЖА АХМЕТ ЯСВАИ АТЫНДАҒЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҚАЗАҚ-ТҮРІК
УНИВЕРСИТЕТІ**

ҚАЗТЕП ИНСТИТУТЫ

МАГИСТРАТУРА

6M050700-Денсаулық сақтау саласындағы Менеджмент

МАГИСТРЛІК ЖОБА

Ауыл тұрғындарына жедел медициналық көмекті көрсетуді жетілдіру

Орындаушы _____ **Ахметжанов Ә.К.** " _____ " _____ 2019 г.
/қолы/ /Ф.А.Ә./

Ғылыми жетекші доктор PhD _____ **Жанабаев Н.С.**
/регалии/ /қолы//Ф.А.Ә./

" _____ " _____ 2019 г.

МАЗМҰНЫ

	НОРМАТИВТІК СІЛТЕМЕЛЕР	3
	АНЫҚТАМАЛАР	4
	БЕЛГІЛЕУЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР	7
	КІРІСПЕ	
1	ҚАЗІРГІ ЗАМАНҒЫ МӘСЕЛЕЛЕРІ МЕН ҚАЛЫПТАСУЫ	9
	КОНСУЛЬТАЦИЯЛЫҚ-ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ҚЫЗМЕТ.	
2	БАЗАЛАРДЫҢ ӘДІСТЕМЕСІ МЕН СИПАТТАМАСЫ	15
3	АУМАҚТЫҚ ЕМХАНАЛАР МЕН ДИАГНОСТИКАЛЫҚ	20
	ОРТАЛЫҚТАРДАҒЫ ІРІ ҚАЛА ТҰРҒЫНДАРЫНА	
	МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨЛЕМІН САЛЫСТЫРМАЛЫ	
	ТАЛДАУ.	
	ҚОРЫТЫНДЫЛАР МЕН ҰСЫНЫСТАР	27
	ҚОРЫТЫНДЫ	31
	ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ	37
	ҚОСЫМША 1	60

НОРМАТИВТІК СІЛТЕМЕЛЕР

Осы диссертацияда келесі нормативтік құжаттар мен стандарттарға сілтемелер пайдаланылды:

Қазақстан Республикасының 23 маусым 2015 жылы № 440 «Инфекциялық және паразиттік, кәсіптік аурулар мен улану жағдайларын тексеру қағидалары» туралы заңы

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011 - 2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасы № 1113.

МС 7.32-2001- (мемлекетаралық стандарт) ақпарат, кітапхана және баспа ісі бойынша стандарттар жүйесі. Ғылыми-зерттеу жұмысы туралы есеп. Құрылымы және рәсімдеу ережесі. 1113.

МС 15.101-98- (мемлекетаралық стандарт) Өндіріске өнімді әзірлеу және қою жүйесі. Ғылыми-зерттеу жұмыстарын орындау тәртібі.

МС 7.1-2003. Бойынша стандарттар жүйесі ақпарат , кітапхана және баспа ісі. Библиографиялық жазба. Библиографиялық сипаттама. Жалпы талаптар және құрастыру ережелері.

МС 7.9-95 (ИСО 214-76) ақпарат , кітапхана және баспа ісі бойынша стандарттар жүйесі. Реферат және аннотация. Жалпы талаптар.

МС 7.12-93- Ақпарат ,Кітапхана ісі және баспа ісі бойынша стандарттар жүйесі. Библиографиялық жазба. Нарус тіліндегі сөздерді қысқарту. Жалпы талаптар және ережелер.

МС 7.54-88 ақпарат , кітапхана және баспа ісі бойынша стандарттар жүйесі. Ғылыми-техникалық құжаттарда заттар мен материалдардың қасиеттері туралы сандық деректерді ұсыну. Жалпы талаптар.

МС 8.417-2002 Өлшем бірлігін қамтамасыз етудің мемлекеттік жүйесі. Өлшем бірліктері.

АНЫҚТАМАЛАР

Инсульт-инфаркт немесе геморрагия ошағының қалыптасуымен 1 сағаттан астам сақталатын, немесе цереброваскулярлы патология салдарынан қысқа уақыт аралығында науқастың өліміне әкелетін ошақтық және/немесе жалпымемозгалық неврологиялық симптоматиканың кенеттен пайда болуымен сипатталатын ми қан айналымының жіті бұзылуы (ОНМК).

Ишемиялық инсульт – (ИИ) - ми тінінің некрозы (ми инфарктісі) ошағының дамуымен ми қан айналымының кенеттен шектелуі нәтижесінде ми қан айналымының жіті бұзылуы.

Миішілік қан құйылу (МҚК) – ми затына (паренхиматозды) және/немесе ми қабығының астына қан құйылу, церебральды тамырлардың патологиялық өзгерген қабырғаларының үзілуімен немесе диапедезмен байланысты.

Субарахноидальды қан құйылу – СКҚ) - бас миы тамырларының немесе оның қабығының үзілуімен байланысты мидың ұқсас кеңістігіне қан құйылу.

Тәуекел факторы-мінез-құлықтың немесе өмір салтының аспектісі, орта жағдайларындағы экспозиция немесе эпидемиологиялық деректерден белгілі болғандай, алдын алу маңызды деп саналатын денсаулыққа қатысты жағдайға байланысты туа біткен немесе мұра болған ерекшелік. **ТФ** термині келесі мәндердің кез келгенінде өте еркінқолданылады: Ауру сияқты нақты нәтиженің жоғары ықтималдығына байланысты белгі немесе экспозиция. Міндетті емес себеп факторы. Тәуекел маркері.

Аурудың немесе өзге нақты нәтиженің ықтималдығын арттыратын белгі немесе экспозиция. Детерминанта

Араласумен өзгеруі мүмкін Детерминант, осылайша, аурудың пайда болу ықтималдығын немесе басқа да нақты нәтижелерді төмендетеді.

Эпидемиология-белгілі бір популяцияларда денсаулыққа (адам)

жататын жай-күйлердің немесе оқиғалардың таралуы және олардың детерминанттары туралы ғылым, сондай-ақ осы зерттеулерді денсаулық проблемаларын бақылауда қолдану.

Ауру - 1000 тұрғынға есептелген белгілі бір мерзімде (жыл) туындаған инсульттің жаңа жағдайларының саны.

Өлім - 1000 тұрғынға есептелген өлім-жітім (бір жыл ішінде) аяқталған инсульт жағдайларының саны.

Өлім-аурудың барлық тіркелген жағдайларына қатысты инсульттің өлім жағдайларының үлесі (пайызбен)

Когорттық зерттеу-бұл бөлінген адамдар тобы (когорт) кейбір уақыт бойы бақылайтын обсервациялық зерттеу. Осы когорттың әр түрлі топшаларында сыналушылардың нәтижелері, кім зерттелетін препаратпен емдеуге ұшырағанда немесе ұшырамағанда (немесе әртүрлі дәрежеде ұшырағанда) салыстырылады.

Нандомизацияланған сынақ-топқа қатысушыларды бөлу кездейсоқ тәртіппен емес, зерттеушінің еркі бойынша немесе алдын ала белгіленген жоспар бойынша жүргізілетін зерттеу.

Статистикалық мәнділік-нөлдік гипотезаның тәуелсіз және тәуелді айнымалылары арасындағы ассоциацияның байқалатын немесе жоғары дәрежесіндегі ықтималдығын бағалауға мүмкіндік беретін статистикалық әдістер. Статистикалық маңыздылықтың қол жеткізілген деңгейін көбінесе 0,005 немесе 0,01-ге тең, статистикалық маңыздылықтың априорлы берілетін сыни деңгейінен ажырату қажет. Әдетте статистикалық мәнділік деңгейі p -шасымен көрінеді.

Сенімді интервал (СИ) - популяциядағы параметрдің шынайы мәні қандай шектерде болуы мүмкін екенін бағалауға мүмкіндік беретін статистикалық көрсеткіш: шынайы мәндердің тербелу диапазоны. 95% - ы сенімді интервал 95% ықтималдығы бар шынайы мән оның шегінде екенін білдіреді.

Сенімді интервал шамасы деректерді дәлелдеу дәрежесін сипаттайды, ал р шамасы нөлдік гипотезаның қате ауытқу ықтималдығын көрсетеді.

СТ (салыстырмалы тәуекел) - белгілі бір әсерге ұшыраған және ұшырамаған тұлғалар арасындағы зерттелетін нәтиже жиілігінің қатынасы. ОР абсолюттік тәуекелдің (сырқаттанушылықтың) шамасы туралы ақпарат алмайды. СТ әсер ету мен ауру арасындағы байланыс күшін көрсетеді.

Оңалту-мүгедек болып табылатын науқасқа кемістікті еңсеруге, оны өзіне-өзі қызмет көрсетуге және аурудың салдарынан туындаған жаңа жағдайларда еңбек қызметіне бейімдеуге бағытталған іс-шаралар жүйесі.

Транскраниальды магниттік стимуляция (ТМС) – қысқа магниттік импульстер арқылы ми қыртысын инвазивті емес ынталандыруға мүмкіндік беретін әдіс.

Нәтиже – зерттеушінің қызығушылығының объектісі болып табылатын клиникалық маңызды құбылыс, зертханалық көрсеткіш немесе белгі. Клиникалық сынақтарды жүргізу кезінде нәтижелер емдік немесе профилактикалық әсердің тиімділігін бағалау критерийлері болып табылады.

БЕЛГІЛЕУЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР

АҚҚ	- Артериальді қан қысымы
АГ	- Артериальді гипертензия
АПМ	- Амбулаторлы –поликлиникалық мекеме
АГМ	- Артериальді гипертензия мектебі
БА	- біліктілікті арттыру және мамандарды кәсіби қайта
МКҚДФ	даярлау факультеті
БжҒМ	- Білім және ғылым министрлігі
ДДСҰ	- дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы
ДБА	- дене бетінің ауданы
ДСМБМ	- денсаулық сақтаудың муниципалдық бюджеттік мекемесі
ҒЗЖ	- ғылыми-зерттеу жұмысы
ЖМЖА	- Жедел медициналық жәрдем ауруханасы
ЖПТҚ	- Жалпы Перифериялық тамырлық қарсыласпа
ЖЫБ	- Жүрек ырғағының бұзылысы
ЖКББМ	- жоғары кәсіптік білім берудің мемлекеттік
БББМ	бюджеттік білім беру мекемесі
ЖКОА	- жол-көлік оқиғасы орын алды
ЖҚЖ	- Жүрек қан тамыр жүйесі
ЖҚА	- Жүрек қан тамыр аурулары
ЖСС	- Жүрек жиырылысының саны
ЖМЖ	- Жедел медициналық жәрдем
ЖМК	- жедел медициналық көмек
ЖМЖС	- жедел медициналық жәрдем станциясы
ИИ	- ишемиялық инсульт

ИЖА	- Ишемиялық жүрек аурулары
ҚР	- Қазақстан Республикасы
КС	- Күндізгі стационар
МИ	- Миокард инфаркті
МИ	- ми инсульті
МҚАЖБ	- ми қан айналымының жіті бұзылуы
МҚҚ	- миішілік қан құйылу
МСЧ	- Медико санитарная часть
ОҚО	- Оңтүстік Қазақстан облысы
ОҚОДСБ	- Оңтүстік Қазақстан облысының Денсаулық сақтау басқармасы
РФ	- Ресей Федерациясы
СЖЖ	- Созылмалы жүрек жетіспеушілігі
СҚҚ	- субарахноидальды қан құйылу
СИ	- сенімділік интервалы
ТЛТ	- тромболитикалық терапия
ТТЛ	- Төмен тығыздықтағы липопротеидтер
ТО	- Түркістан облысы
ЕГ	- Емдік гимнастика
ЕААМ	- емдеу-алдын алу мекемесі
ЕФК	- Емдік физикалық культура
ФК	- функциональді класс
ЭхоКГ	- эхокардиография
УЕЖ	- Уақытша еңбекке жарамсыздық
ЕПМ	- Емдік және профилактикалық мекеме
ҚД	- Қант диабеті

ҚҚ - қан қысымы

ЦВА- - цереброваскулярлық аурулар

КІРІСПЕ

Мәселенің өзектілігі. Барлық деңгейдегі денсаулық сақтау мекемелерін басқарудың тиімділігін арттыру - Денсаулық сақтау алдында тұрған басым міндеттердің бірі. ҚР халқының денсаулық жағдайы денсаулық сақтау жүйесін қайта құру бойынша шұғыл шаралар жүргізуді талап етеді (Стародубов В. И. және т.б., 2003; Калиниченко А. В., 2005; Борцов С. А., 2005).

Елдің әлеуметтік-экономикалық өміріндегі өзгерістер ХХ ғасырдың соңында-ХХІ ғасырдың басында ауылдық денсаулық сақтауды ресурстық қамтамасыз етуді төмендетті, емдеу-диагностикалық базаны, медициналық мекемелердің материалдық-техникалық жаратандырылуын әлсіретті. Зерттеушілердің пікірі бойынша (Боев В. С., 1988; Доронин А. С., 1998; Виноградов К. А., 2001; О. П. Щепин және т. б., 2002; Асланян Э. А., 2002; Девяткова Г. И., 1996, 2004; Суслин С. А., 2005; Галкин Р. А., 2005; Щепин О. П. және т. б., 2007; Тараканова Л. И., 2007; Евсюков А. А., 2010), кемшіліктер ресурстарды пайдалану тиімділігінің төмендігі, ауылдық денсаулық сақтау жүйесінің барлық буындарының өзара іс-қимылының әлсіз сабақтастығы және өзара іс-қимылы болып табылады.

Осының барлығы ауыл халқына жедел медициналық көмекті (ЖМК) тиімді ұйымдастырудың практикалық маңыздылығы мен әлеуметтік маңыздылығын айқындайды, ал басқару әдістерін іздеу және жаңа технологияларды енгізу ауылдық аумақтарды одан әрі дамыту үшін өзекті болып табылады. Алайда, ЖМК қызметінің тиімділігін бағалау мәселелеріне жеткіліксіз көңіл бөлінеді: оның қазіргі заманғы нашарлайтын медициналық демографиялық ахуалдағы, қан айналымы жүйесі аурулары санының өсуінде және халықтың осы жоғары өлім-жітіміне байланысты рөлі-барлық осы құрамдастар оларды егжей-тегжейлі зерттеуді талап етеді (Carey E.C. et all., 2004; Верткин А. Л., 2006, 2012; McKenna L. et all., 2011).

Бұл кешенді медициналық-әлеуметтік зерттеу ауылдық денсаулық сақтауды басқару технологиясындағы жаңа шешімдерді ғылыми негіздеуге, ауыл тұрғындарының денсаулық жағдайын талдау негізінде ЖМК ұйымдастыру жүйесін жетілдіруге, оны анықтайтын факторларға арналған. Зерттеу Шымкент қ. Қаратау ауданы әкімшілігінің ғылыми-зерттеу жұмыстарының жоспарына Жұлдыз ауылында жүргізілді.

Зерттеудің мақсаты:

Жұлдызауданының халқына жедел медициналық көмек көрсетуді жетілдіру бойынша ұйымдастыру іс-шараларының жүйесін әзірлеу және енгізу.

Зерттеу міндеттері:

1. Жұлдыз ауданының 2010-2018 жылдардағы медициналық-демографиялық және экономикалық-географиялық жағдайды, аурудың деңгейін және халықтың жедел медициналық көмекке жүгінуін талдау.

2. Зерттелетін ауданның ауыл халқына жедел медициналық жәрдем ұйымдастыру жағдайын бағалау, жедел медициналық жәрдем станциясының инфрақұрылымын және қызметін оңтайландыру қажеттілігін негіздеу,

3. Жұлдыз ауданының ауыл халқына жедел медициналық көмек көрсету қызметін жетілдіру бойынша іс-шараларды әзірлеу және ауданның денсаулық сақтау іс-әрекетіне енгізу, олардың тиімділігін бағалау.

Ғылыми жаңалығы:

-ЖМК қызметін қайта құрылымдау жағдайында Жұлдыз ауданының халқының 2010-2018 жылдардағы денсаулық жағдайын бағалау жүзеге асырылды.;

-өткізілді салыстырмалы бағалау жүйесін жедел медициналық көмек ауыл тұрғындарына дейін және кейін оны қайта ұйымдастыру;

-жіті миокард инфарктісі кезінде қабынуға дейінгі кезеңде тромболитикалық терапияның тиімділігі дәлелденді (тиімді тромболитис пациенттердің 77,1% - да байқалды, оның ішінде үзілген инфаркт – у 34,3%);

-ауылдық денсаулық сақтау ресурстарын қайта ұйымдастыру жағдайында жедел медициналық көмек қызметінің функционалдық тиімділігін жақсарту үшін іс-шаралар әзірленді және енгізілді.

Ғылыми-практикалық маңыздылығы:

Зерттеу нәтижелері бойынша:

ақпараттық жүйені енгізу және инфрақұрылымды оңтайландыру негізінде ЖМК қайта құру бойынша міндеттер шешілді;

ҚР қолдануға болатын мегаполиспен шектесетін ауылдық аудан тұрғындарына ЖМК ұйымдастыру-құрылымдық өзгерістер бойынша іс-шаралар ұсынылды.

Қорғауға шығарылатын негізгі ережелер

1. Жұлдыз ауданының медициналық-демографиялық және экономикалық-географиялық жағдайының ерекшеліктері халықтың табиғи өсуі және маусымдық көші-қон есебінен халық санының артуы болып табылады.

2. Ауыл халқына жедел медициналық жәрдем қызметінің ұйымдастыру-функционалдық құрылымы.

3. Ақпараттық ресурстарды пайдалануды ескере отырып, ауруханаға дейінгі кезеңде жедел медициналық көмектің қолжетімділігі мен сапасын арттыру жөніндегі іс-шаралар кешені.

Практикалық денсаулық сақтауға жұмыс нәтижелерін енгізу.

Жүргізілген зерттеу нәтижелері Жұлдыз ауданының әкімшілігінің Денсаулық сақтау басқармасының, Жұлдыз ауданының "жедел медициналық

жәрдем станциясы", Жұлдыз ауданының "қалалық жедел медициналық жәрдем станциясы" енгізілді.

Зерттеу пәні: Жұлдыз ауданының халқына жедел медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру.

Бақылау бірліктері міндеттерге байланысты ғылыми басылымдар, есеп беру нысандары, есеп беру нысандары, жедел медициналық көмекке жүгінген ауыл тұрғындары болды.

Мәселені тұжырымдау, материалдарды әзірлеу және зерттеу әдістерін таңдау, жоспар, бағдарлама құру болып табылады. Сараптамалық зерттеулерді орындау үшін сауалнама әзірленді, алынған материалды жинау, статистикалық өңдеу, талдау, нәтижелерді ұсыну жүргізілді. ЖМК көрсету жүйесінің жетілдірілген ұйымдық-функционалдық құрылымы әзірленді және сынақтан өткізілді. ЖМК қызметінің жаңа құрылымын тәжірибеге енгізу нәтижелері талданды.

Жарияланымдар. Зерттеу нәтижелері 1 ғылыми жұмыста жарияланды.

Жұмыстың құрылымы мен көлемі. Диссертация кіріспеден, 3 тараудан, қорытындыдан, ұсыныстардан, әдебиеттер тізімінен, қосымшалардан тұрады. Әдебиеттер тізімі 133 дереккөзден тұрады.

1. ҚАЗІРГІ ЗАМАНҒЫ МӘСЕЛЕЛЕРІ МЕН ҚАЛЫПТАСУЫ КОНСУЛЬТАЦИЯЛЫҚ-ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ҚЫЗМЕТ

Зерттеу тақырыбының өзектілігі негізделген, жұмыстың мақсаты мен міндеттері тұжырымдалған, ғылыми жаңалығы мен ғылыми-практикалық маңыздылығы, қорғауға шығарылатын негізгі ережелері айқындалған.

Ауыл халқының денсаулығына, өмір сүру жағдайы мен салтына, ауылдық жердің тұрғындарына жедел медициналық көмек көрсету ұйымына арналған отандық және шетелдік ғылыми жарияланымдарға шолу жасалды. Жүргізілген талдау ауылдық аумақтар үшін ЖМК ұйымдастыру проблемасының жеткіліксіз зерттелгенін куәландырады.

Зерттеу әдістемесі баяндалған, зерттеу базасының сипаттамасы берілген. Диссертациялық жұмыста қолданылған негізгі әдістемелік тәсілдер негізделген. Зерттеу базасы Жұлдыз ауданының ЖЖС болып табылады, ол 3700 кв. км астам аумақты алып жатыр.

Жұлдыз ауылы халқының жалпы саны 2010-2018 жылдары тұрақты өсе бастағанына қарамастан (мемлекеттік статистиканың қызметінің мәліметтері бойынша) 88,9 мың адамнан, демалыс және мереке күндері 104,5 мың адамға дейін өсті. Айқын маятникті көші-қон маусымдық сипатқа ие, муниципалдық білім беру аумағында саяжай серіктестіктерінің, туристік-рекреациялық сипаттағы аймақтардың орналасуына байланысты.

Медициналық ұйымдардың құрылымы мен желісін, зерттеу базасының төсек қорының санын талдаудан, аудан халқының денсаулық жағдайының жағымсыз үрдістеріне қарамастан, төсек қорының қысқаруы орын алды. 2010-2018 жылдары Жұлдыз ауылының емдеу алдын алу мекемелерінде төсектер саны 580-ден 400-ге дейін (31,0% - ға) азайды.

Жұлдыз ауылының жедел медициналық жәрдем станциясы (ЖММС) денсаулық сақтаудың муниципалдық бюджеттік мекемесі (ДСМБМ) болып

табылады, жедел медициналық көмек, шұғыл медициналық көмек, әлеуметтік сипаттағы қызметтер көрсетеді. Ауданның ең ірі елді мекендерінде орналасқан ЖМК 6 шағын станциясы "ЖМКС" ДСМБМ құрылымында. ЖМК станциясы жылына 30 мыңға жуық шақыруларды орындайды. 2010-2018 ж.ж. аралығында бригадаға орташа тәуліктік жүктеме 6,21-ден 10,63 шақыруға дейін өсті.

Зерттеу 2010-2018 жылдар аралығында жүргізілді және 4 кезеңнен тұрды.

Зерттеудің **бірінші кезеңінде** зерттелетін мәселе бойынша отандық және шетелдік әдебиет көздеріне, нормативтік және құқықтық базаларға талдау жүргізілді. Зерттеудің жоспары мен бағдарламасы әзірленді, Зерттеудің мақсаты, міндеттері, көлемі мен әдістері анықталды.

Екінші кезеңде зерттеу объектісі зерттелетін ауданның ауыл халқының денсаулық көрсеткіштері, ЖМК ұйымдастыру жүйесі болды. Жұлдыз ауылы тұрғындарының демографиялық процестері, әлеуметтік гигиеналық сипаттамалары зерттелді, зерттеудің тұтас әдісі қолданылды. Зерттелетін параметрлер ретінде мынадай деректер қабылданды: халық саны, балалар мен еңбекке қабілетті халықтың үлес салмағы, ауданы, халықтың орташа тығыздығы, Дәрігерлермен, фельдшерлермен қамтамасыз етілуі, жедел және шұғыл медициналық көмек бригадаларының саны, шақыруға қызмет көрсетудің уақытша көрсеткіштері, ЖМК орындалған медициналық жәрдемдердің саны, ауруханаға жатқызу деңгейі және т. б.

ЖМК станциясы қызметінің көрсеткіштерін зерттеу және есептеу жүргізілді. Ақпарат көздері: №109/у, №110/у, №114/у, №12, №14, №14ДС есеп беру нысандары болып табылды., №17 №30, №40, №57, Жұлдыз ауылы бойынша мемлекеттік статистика қызметі аумақтық органының және Жұлдыз ауылы Денсаулық сақтау министрлігінің есеп беру құжаттамасы; автор әзірлеген ЖМК шығуының сараптамалық бағалау картасы.

Жұлдыз ауылы халқының денсаулық жағдайы 2015-2018 жылдары талданды.

Үшінші кезеңде ЖМК қызметін құрылымдау және қайта ұйымдастыру жүргізілді, аумақтық деңгейде ЖМК ұйымының құрылымы, жедел медициналық жәрдем станциясы мен учаскелік ауруханалар бөлімшелерінің өзара іс-қимыл схемасы, халықтың жедел медициналық жәрдем бөлімшелеріне жүгінуіне себеп тізімі, ЖМК қызметінің пациентін бағыттау тәртібі әзірленді. Жұлдыз муниципалдық ауданында жедел медициналық көмек ұйымының өзгертілген құрылымы сынақтан өтті.

Төртінші кезеңде Жұлдыз ауылының денсаулық сақтау саласының медициналық-демографиялық көрсеткіштерінде болған өзгерістерге, ЖМК қызметінің жедел, сапалы көрсеткіштеріне баға берілді.

Жедел медициналық көмек көрсету сапасын сараптамалық бағалауды сарапшылар тобы жүргізді, оның құрамына жоғары білікті мамандар (көшпелі реанимациялық бригаданың дәрігерлері, бас дәрігердің жедел, емдеу жұмыстары жөніндегі орынбасарлары) кірді. Бағалау арнайы әзірленген карта бойынша қолданыстағы сараптамалық бағалау әдістемелеріне (Э. Г. Федорова, 1980, 1985) сәйкес ЖМК шақыру карталары (№110/у есепке алу нысаны) және стационарлық науқастың медициналық картасы (№003/у есепке алу нысаны) бойынша жүзеге асырылды.

Статистикалық өңдеу әдістері: зерттеу материалдары Excel 2018, Statistica for Windows 9.0 статистикалық бағдарламалар пакеттерінің көмегімен статистикалық өңделеді. Келесі әдістер қолданылды: аналитикалық, монографиялық, статистикалық, эпидемиологиялық, сараптамалық бағалау әдісі, математикалық модельдеу. Кестелерді, графикалық суреттерді құру әдістері қолданылды. Салыстырмалы және орташа шамаларды есептеу және статистикалық талдау, регрессиялық талдау жүргізілді.

1. Зерттеу бағдарламасы мен кезеңдері

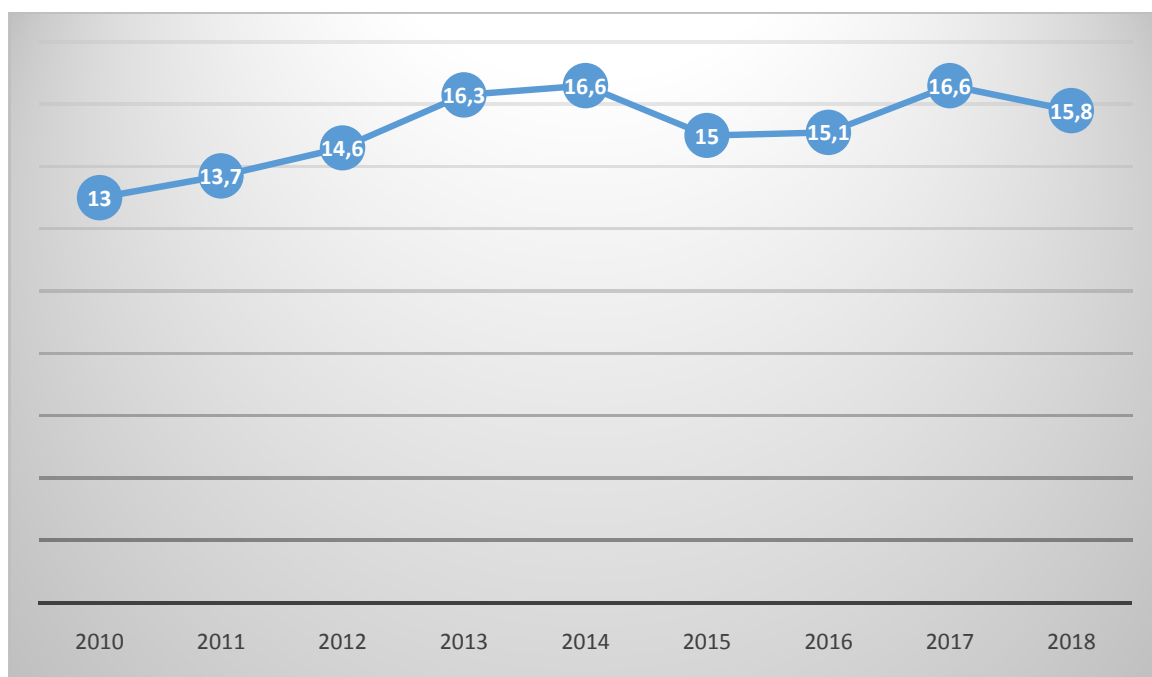
Зерттеу зерттеу	Кезеңдер мазмұны зерттеу	Әдістері	Ақпарат көздері және көлемі кезеңдері
<p>+</p> <p>I этап</p> <p>II этап</p> <p>III этап</p> <p>IV этап</p>	<p>1. Әдебиет деректерін талдау</p> <p>шетелдік авторлар.</p> <p>2. Материалдарды жинау, әзірлеу және талдау жоспарын, бағдарламасын құру, эксперименттік базаны анықтау (2016-2017 ж. ж.), Зерттеудің мақсаты мен міндеттері, көлемі мен әдістері анықталды</p> <p>1. Медициналық көмекті ұйымдастыруды талдау ауыл халқына арналған жедел медициналық көмек көрсету ауыл тұрғындарына.</p>	<p>Талдау және Монографиялық</p> <p>Статистикалық Эпидемиологиялық Талдау</p>	<p>Әдістемелік және нормативтік Қазақстанда жалпы және аумақтық деңгейде жедел медициналық көмек базасы, ресми статистикалық көздер, медициналық ұйымдар мен денсаулық сақтауды басқару органдарының құжаттамасы. 285 ақпараттық құжат талданды</p> <p>Есептік (№109/у, №110/у, №114/у) және есептік (№12, №14, №14ДС, №17; №30, №40, №57) құжаттама</p> <p>Относительные величины, их ошибки, достоверность</p>

Үшінші тарауда Жұлдыз ауылының 2010-2018 жылдардағы негізгі медициналық-демографиялық көрсеткіштерін талдау ұсынылған.

Аудан тұрғындарының орташа жасы 33 жылды құрайды. Халық құрылымында әйелдер жартысынан көп (56,4%) құрайды.

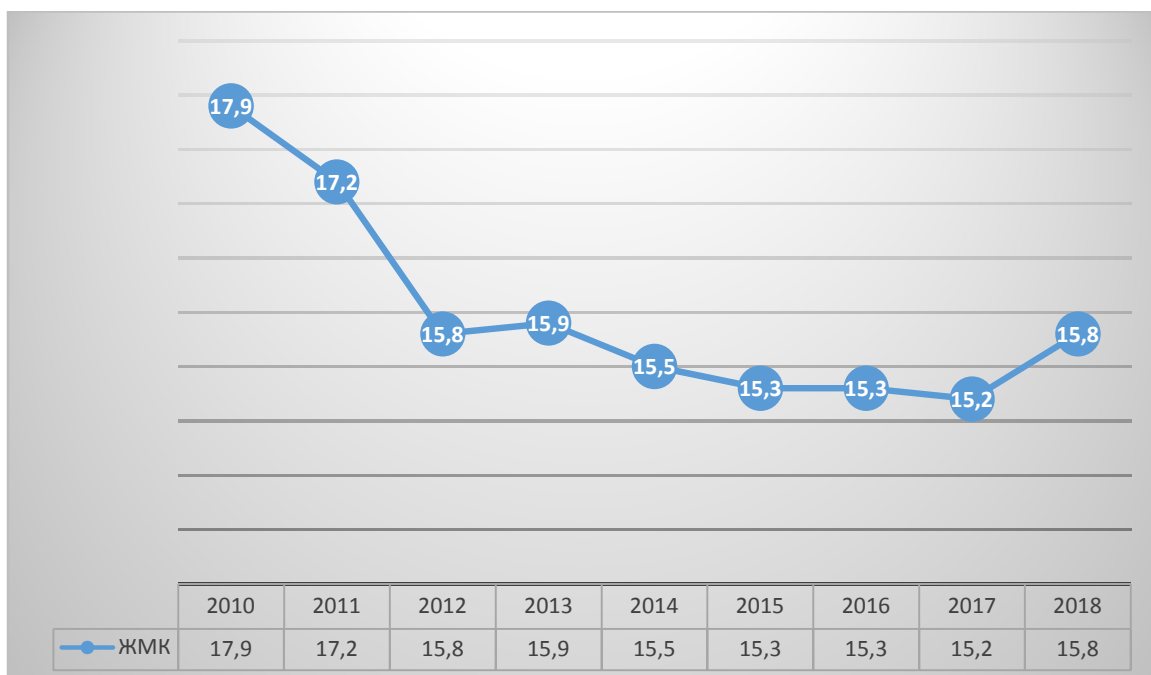
3. ЖҰЛДЫЗ АУЛЫНЫҢ ТҰРҒЫНДАРЫНА МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨЛЕМІН САЛЫСТЫРМАЛЫ ТАЛДАУ.

Жұлдыз ауылы халқының туу динамикасын талдау көрсеткендей, 9 жыл ішінде 1000 тұрғынға шаққанда 13,0 - ден 15,8-ге дейін (21,5% - ға) өзгерді (сурет.2).



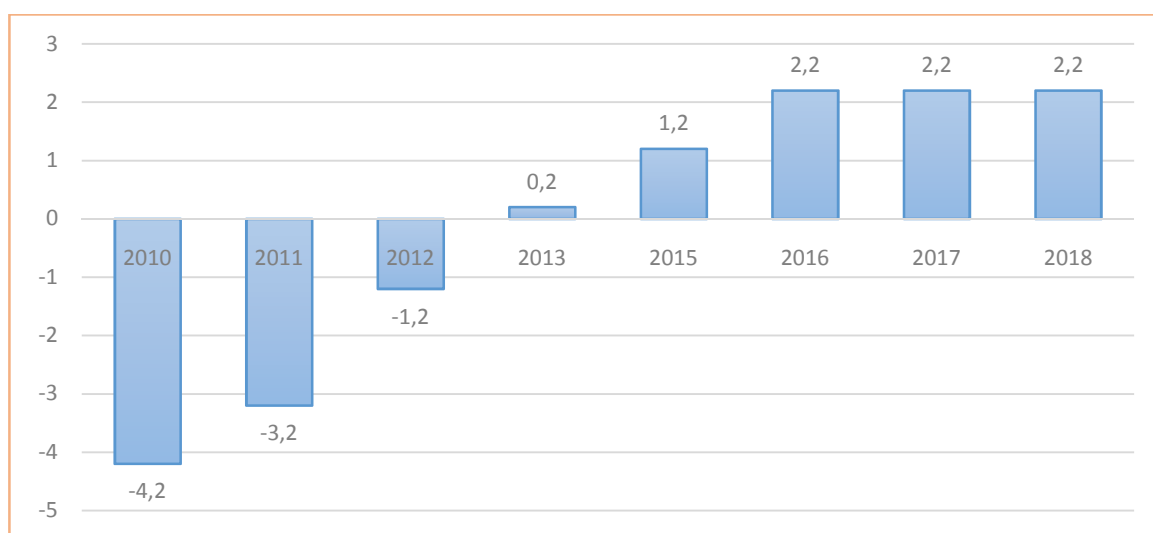
Сур. 2. Жұлдыз ауылы мен халқының туу көрсеткіштерінің 2010-2018 жылдардағы динамикасы (1000 адамға шаққанда).

2010-2018 жылдары Жұлдыз ауылы халқының өлім – жітімі көрсеткіштерінің 1000 тұрғынға шаққанда 18,2-ден 12,0-ге дейін (34,1% - ға) (Жұлдыз өлкесінде-17,9-дан 14,0-ге дейін (21,8% - ға) айтарлықтай төмендеуі байқалады (сурет.3).



Сур. 3. Жұлдыз ауылы мен Жұлдыз өлкесі халқының 2010-2018 жылдардағы өлім-жітім көрсеткіштерінің динамикасы (1000 адамға шаққанда).

Жұлдыз ауылында 2010 жылдан бастап халықтың табиғи өсімі (ХТӨ) тіркеледі, ол 1000 тұрғынға +0,4 құрады. Бірақтан соңғы 3 жылдың ішіндегі өлім коэффициентінің жалпы тұрақтылықты сақтағаны себепті ХТӨ тұрақтылықты сақтады(сур.4).



Сур. 4. Жұлдыз ауылы халқының табиғи өсімі көрсеткіштерінің 2010-2018 жылдардағы динамикасы (1000 тұрғынға шаққанда).

2011 жылы ауданда халықтың өсімі 1000 тұрғынға + 2,8, ал жалпы Жұлдыз өлкесі бойынша 1000 тұрғынға 0,6, ал 2013 жылы табиғи өсім аудан бойынша +3,8, шеті бойынша +0,7 1000 тұрғынға белгіленді.

Халық пен еңбекке қабілетті жастағы адамдардың өлім-жітімінің құрылымын салыстыру егер 2010 жылы Жұлдыз аймағы бойынша нақты деректерді іс жүзінде қайталаса (бірінші рангтік орында қанайналым жүйесі аурулары (54,5% -52,8%); екінші-жарақаттар, уланулар және сыртқы себептер әсерінің кейбір басқа да салдарлары (17,4%) және үшінші – жаңа түзілімдер (10,2% -10,8%), 2011 ж.және 2018 ж. өлім– жітім құрылымында рангтік орындардың сақталуына қарамастан, айырмашылық пайда болды.

Қан айналымы жүйесі ауруларынан болатын өлім - жітім 2011 жылы Жұлдыз ауылында 55,2%-ға дейін, жарақаттар, уланулар және сыртқы себептер әсерінің кейбір басқа да салдарлары үшінші орынға жылжиды, 13,0% елеулі төмендеумен және жаңа өскіндер - 16,4% екінші орынға шығады.

2018 жылы Жұлдыз ауылында жалпы өлім-жітім құрылымында болған рангтік орындардың өзгерістері сақталуда. Бірінші орында қан айналымы жүйесінің аурулары (тиісінше 60,9%), екінші орында-жаңа өскіндер (тиісінше 16,7%), үшінші орында - жарақаттар, уланулар және сыртқы себептер әсерінің кейбір басқа да салдары (тиісінше 10,0%) қалып отыр.

Алайда, еңбекке қабілетті жастағы адамдардың өлім – жітімінің құрылымында 2010 жылы бірінші дәрежелі орында жарақаттар, улану және сыртқы себептер әсерінің кейбір басқа да салдары (41,4%); екінші орында – қан айналымы жүйесінің аурулары (29,2%) және тек үшінші орында-білім беру (10,8%).

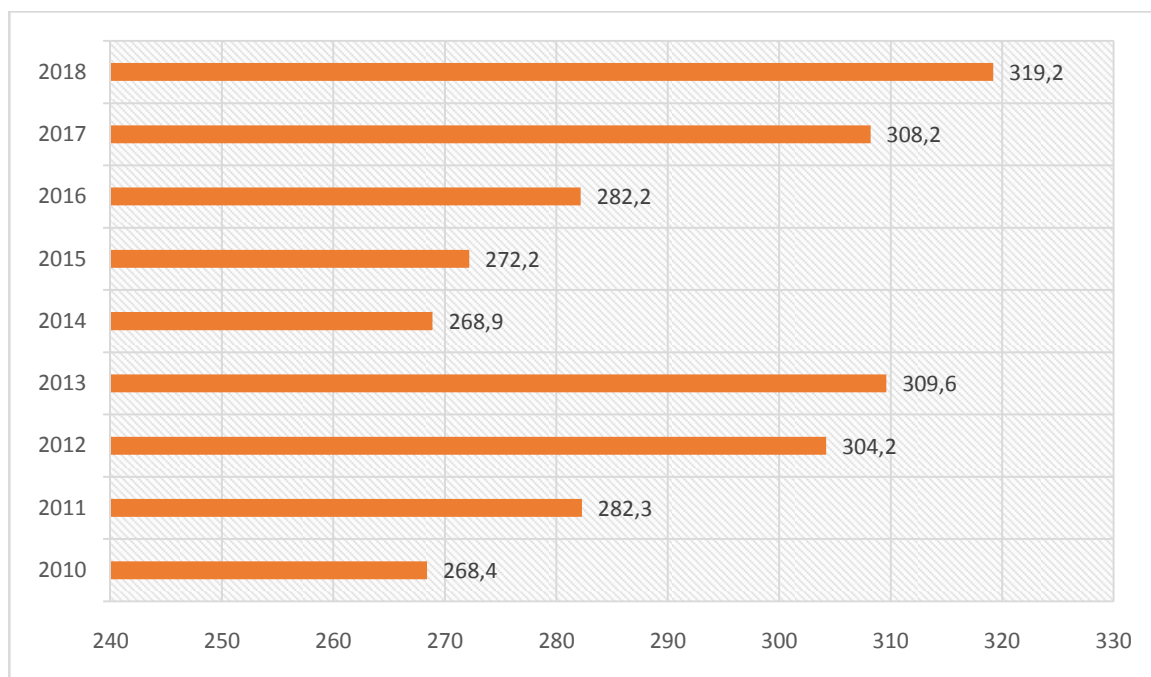
Зерттеу кезеңінде (2010-2018 ж. ж.) бірқатар өзгерістер болды. Жұлдыз ауылында еңбекке жарамды халықтың өлім-жітімі құрылымында бірінші орында жарақат және уланулар қалып отыр, көрсеткіш 41,4% - дан 33,5% - ға дейін, екінші орында - қанайналым жүйесінің аурулары-29,2%-дан 28,4% - ға дейін.

Жұлдыз ауылы өлкенің басқа ауылдық аумақтарының арасында халықтың жалпы аурушаңдығы бойынша ересек халықтың есебінен 21

дәрежелік орынды алады, оның үлесі жалпы халық санындағы 74,8% құрайды. Жұлдыз ауылы халқының жалпы аурушаңдығы 1000 адамға шаққанда 2010 жылы 152,6 құрады. Үшін зерттеу кезеңінде жалпы аурушаңдық ретінде бүкіл халықтың Жұлдыз, ересек үздіксіз жоғарылайды, тұра әртүрлі сипаты шыңына жетті, 2014 ж. - 1000 адамға 224,7. Жұлдыз ауылы бойынша барлық 1000 тұрғынға шаққанда 2018 жылға қарай көрсеткіштің 21,5-ке дейін азайғаны байқалады, бірақ орташа айлық деңгейден жоғары болып қалып отыр (1000 тұрғынға шаққанда 1927,5).

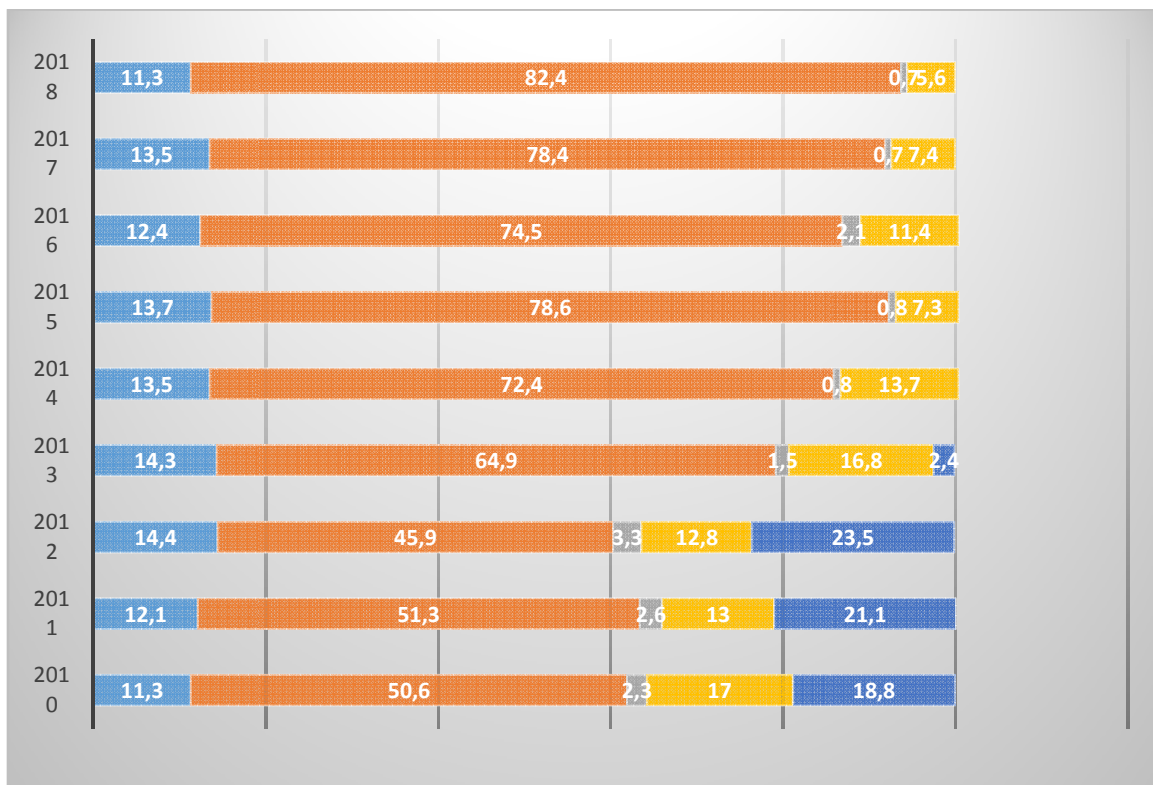
Ауданда аурудың 7 жетекші сыныбы бойынша (тыныс алу органдары, қан айналымы жүйесі, көз және оның қосалқы аппараты, ас қорыту органдары, несеп-жыныс жүйесі, сүйек-бұлшықет жүйесі және дәнекер тіндері) жалпы аурушаңдық үлесі 73,7% құрайды және іс жүзінде өңір халқының жалпы аурушаңдығының деңгейіне сәйкес келеді.

Жұлдыз ауылының 2010-2018 жж. жедел медициналық жәрдем қызметінің негізгі көрсеткіштеріне арналған. Талдау нәтижесінде халықтың жедел медициналық көмекке жүгінуінің 1000 адамға шаққанда 268,4-тен 319,2-ге дейін өсуі байқалды (сурет.5).



Сурет. 5. ЖА2010-2018 жж. жедел медициналық жәрдем шақыруларының саны (1000 адамға шаққанда)

2018 жылы қызмет көрсетілген шақырулар саны 1 тұрғынға шаққанда 0,319 шақыруды құрады, бұл мемлекеттік кепілдіктер бағдарламасында көзделген көлем нормативіне сәйкес келеді (0,318). Көшпелі бригадалармен қамтамасыз етілуі 10 мың тұрғынға шаққанда 1 бригада нормативіне сәйкес келеді.



Сурет. 6. Жұлдыз ауылында 2010-2018ж.ж. ЖМК орындалған шығуларды бөлу (орындалған шығулар санына % - бен)

2010-2018 жылдары ЖМК орындалған шығу құрылымында кенеттен аурулар мен жағдайлар бойынша шығу үлесінің 50,6 – дан 82,4%-ға дейін ұлғаюы, босану және жүктілік патологиясы бойынша 2,3-тен 0,7% - ға дейін азаюы, науқастарды, босанатын және босанған әйелдерді тасымалдау-17,0-ден 5,6% - ға дейін азаюы, жазатайым оқиғалардың үлесі өзгермегені (11,3%) байқалды (сурет.6).

Біз жасына байланысты ЖМК-ке жүгіну серпініне талдау жасадық. 2010-2018 жылдары 0-17 жастағы балалардың іштен тыс аурулары мен жай-күйлері бойынша ШЖМ-ға өтініш беру деңгейі тиісті жастағы 1000 тұрғынға шаққанда 246,29-дан 310,47-ге дейін (26,0% - ға) ұлғайды. Регрессиялық талдау көмегімен (Statistica 5.3 бағдарламасы) барлық жас тобындағы балаларда (0-ден 17 жасқа дейін) жылдық интервалдар, айлық, апталық,

тәулік уақыты, нозология бойынша, қарсылықтар бойынша жарақаттар саны талданды. Кейбір жарақаттар түрлері бойынша нақты жастағы балалар үшін белгілі бір жарақат түрімен жедел медициналық жәрдемге жүгінулер санын анықтайтын тәуелділік алынды.

Мысалы, екі жасқа дейінгі балалар бас жарақатының, тыныс алу жолдары мен асқазан-ішек жолдарында бөгде денелердің болуы қаупі жоғары.

Модель мынадай өрнектермен сипатталады: топта: 0-1 жыл = $739,9439 - 0,0167 * x$; 1 жылдан 2 жылға дейін = $-522,2357 + 0,0155 * x$; 2 жылдан 3 жылға дейін = $-290,1899 + 0,009 * X$.

Жедел медициналық көмекке жүгінулер 4 жастан бастап іс жүзінде жоқ. Балалар жарақаттануының алғашқы алдын алу міндеттерін шешудің кешенді бағдарламасын әзірлеу және енгізу мүмкіндігі, қажеттілігі, ауылдық аумақтар үшін оның оңтайлы алдын алу жағдайлары анықталды.

Жұлдыз ауылының ЖМК қызметінің 2010-2011 ж. ж. жұмысын талдау нәтижесінде оны ұйымдастырудағы негізгі кемшіліктер және олардың пайда болу себептері анықталды (кесте. 1).

Анықталған кемшіліктер негізінде ЖМК қызметінің ұйымдық-функционалдық құрылымы ұсынылды, ол аумақтық ерекшеліктерден, халықтың тығыздығынан, халықтың жайлылық құрылымынан қалыптасады. Жұлдыз ауылы географиялық жер бедерін (орталық бөлігі, Оңтүстік-Кама бөлігі), көлік магистральдарын (әкімшілік аудандары бойынша) және автомобиль қозғалысының қарқындылығын ескере отырып аймақтарға бөлінген.

Жұлдыз ауылының жедел медициналық көмек қызметін ұйымдастырудағы негізгі кемшіліктер және олардың пайда болу себептері 2011 жылға дейін.

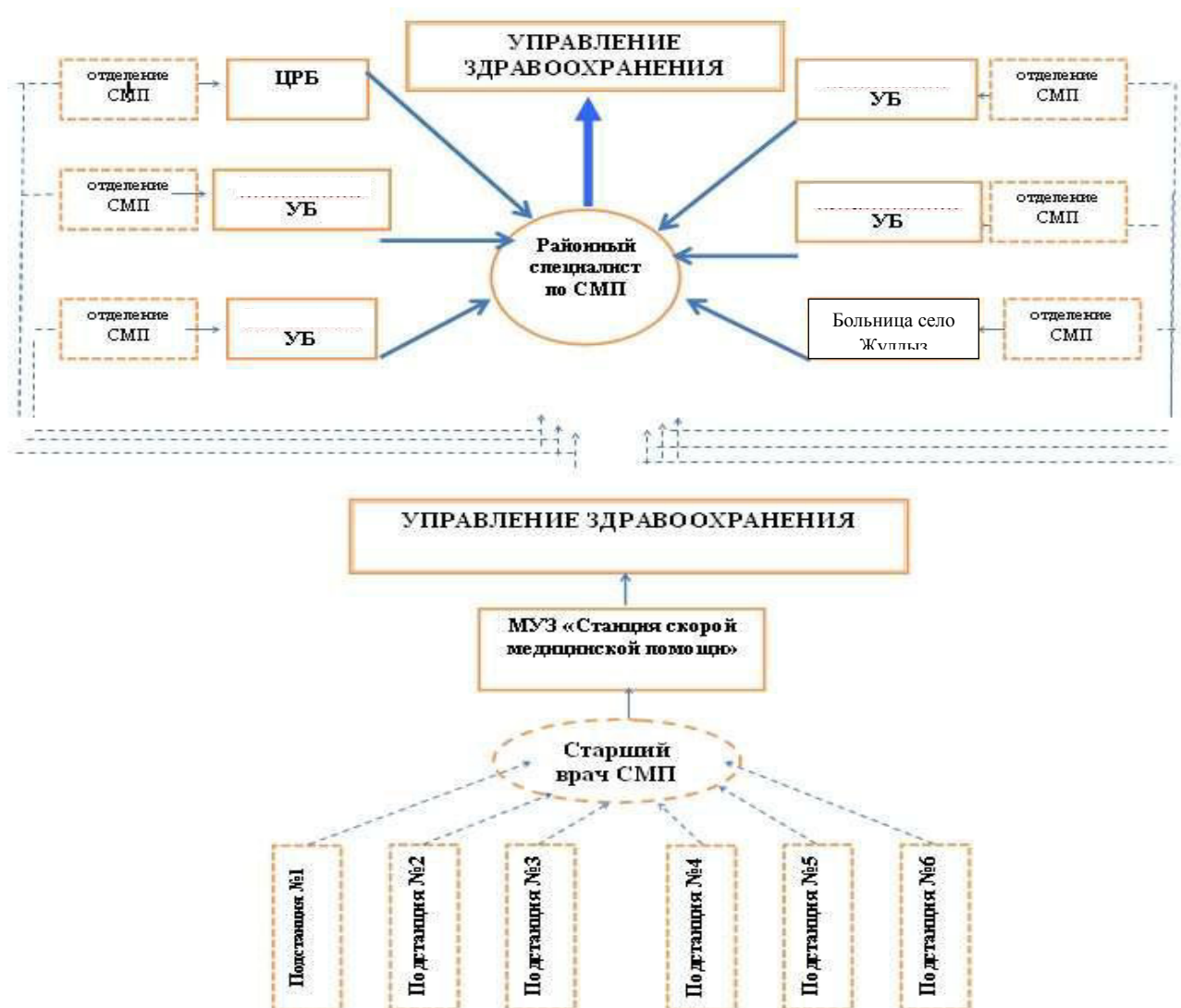
Кемшіліктер	Себептері
Аумақтық бытыраңқы	Аудандық ауруханалардың жанындағы ЖМК бөлімшелері бір-біріне қарамастан жұмыс істеді, бұл материалдық, кадрлық ресурстарды тиімсіз пайдалануға алып келді және барлық дәрігерлік учаскелердегі ЖМК қолжетімділігін бір уақытта төмендетіп, жылжымалы бригадаларға жүктемені біркелкі бөлу мүмкін емес еді.
Басқаруалгоритмінің болмауы	Әрбір құрылымдық бөлімшенің оның функцияларын анықтайтын өзінің басқару буыны болды. Осыған байланысты денсаулық сақтауды басқару деңгейіндегі ұйымдастырушылық шешімдер кешігумен орындалды. Шешімдердің орындалуын бақылау қиын болды.
шұғыл медициналық көмекке жоғары және негізсіз шығындар	Қолда бар ресурстарды ұтымсыз пайдалану және ЖМК бөлімшелері қызметінің медициналық-экономикалық тиімділігін арттыруға уәждеменің болмауы
Көрсетілетін қызметтердің тиісті сапасы	ЖМК бөлімшелерінің бытыраңқылығы медициналық көмектің сапасын бақылаудың нақты құрылымдық жүйесін құрудың мүмкін еместігін алдын ала анықтады.

Осылайша, қызмет көрсетілетін ауданға барынша жақын орналасқан ЖМК 6 қосалқы станциясынан тұратын желі әзірленді (сурет. 7). Бұл желі топологияларының өз еріктері ЖМК бригадасының келу уақытына әсер етуге және амортизациялық шығындарды төмендетуге мүмкіндік береді. Бағдарламаны іске асыру нәтижесінде қайта ұйымдастыру ЖМК 2010-2018 ж. ж. орындалды тиімділігі мен жұмыс сапасы, жедел медициналық тағайын-келесі бөлімдер бойынша:

- бірыңғай диспетчерлік қызмет құрылды;

- медициналық көмек көрсету сапасын бақылау мен басқарудың 3-деңгейлік жүйесі енгізілді, "тасымалдау тәртібі туралы Ереже" әзірленді, бекітілді және практикаға енгізілді, бұл бригадалардың жұмысын оңтайландыруға және ЖМК және басқа ЕААМ қосалқы станциялары арасындағы сабақтастықты жақсартуға мүмкіндік берді;

- 2006 жылдан бастап оныншы қайта қарау денсаулығына байланысты аурулар мен проблемалардың халықаралық статистикалық жіктемесі бойынша ЖМК қызметінің диагноздарын өңдеуге байланысты жаңа "АДИС" компьютерлік бағдарламасы (МКБ-Х) енгізілді. Жеделдікті бағалау кезінде себептерге байланысты шақыру мерзімділігінің санаты ескеріледі.(а)



Сурет. 7. 2010-2011 ж. Ж. Жұлдыз ауылының ЖМК қызметін басқару схемасы (а) және 2012 жылдан қазіргі уақытқа дейін жаңартудан кейін (б))

Ұйымдастырушылық өзгерістер емдеудің жаңа технологияларын, атап айтқанда ауылдық жерлерде емдеуге дейінгі кезеңде тромболитикалық терапияны (ТЛТ) енгізумен қатар жүрді. Тромболитикалық терапия үшінші буын – тенектеплаза (Метализе) фибринолитикімен жүргізілді. Тиімді тромболизис тромболитикалық терапия жүргізілген емделушілердің 77,1% - да байқалды, оның ішінде 34,3% - ы үзілген инфаркта

Талдау емдеуге дейінгі кезеңде ТЛТ – ны қолдану-бұл ауылдық аумақтарда ЖМК қолдану үшін мүмкін болатын жіті миокард ин-фарктісі бар пациенттерді емдеудің тиімділігі жоғары және қауіпсіз әдісі екенін көрсетті. Сондай-ақ ауылдық ауданның ЖМК аудандық станцияларында қашықтықтан кардиотелеметрия енгізу ұсынылды. Бұл жағдайда тромболизисті ұйымдастыру және жүргізу неғұрлым сапалы заманауи деңгейге көтеріледі.

Жұлдыз ауылының ЖМК қызметін қайта ұйымдастыру бойынша ұйымдастыру іс-шараларын енгізу нәтижелерін қорытындылауға, ауыл халқына жедел медициналық көмек көрсету сапасын сараптық бағалауға арналған. Өзірленген ұйымдастыру-функционалдық құрылым енгізілді, онда жедел-тактикалық және стратегиялық басқаруды "АДИС" бағдарламалық кешені түрінде ақпараттық қамтамасыз етуді енгізу базасында станцияның аға дәрігерінің тәулік бойы қызмет атқаруымен жүзеге асырылады, бұл ЖМК қызметінің жұмыс серпінін мониторингілеу мүмкіндігіне себепші болды.

ЖМК қызметі заманауи жабдықтармен, көлікпен және дәрі-дәрмектермен жарақтандырылды, медициналық құжаттаманың бірыңғай нысаны енгізілді, дәрігерлік кадрлар тартылды.

2018 жылы жедел көрсеткіштердің (уақытша), сондай-ақ кадрлық, материалдық қамтамасыз ету көрсеткіштерінің және өсіп келе жатқан жүктеме жағдайында ЖМК қызметтерін көрсету сапасының жақсаруы байқалды.

Дәрігерлермен толықтыру 2010 жылғы 74,3% - дан 2018 жылы 97,1% - ға дейін артты, алайда фельдшерлермен толықтыру іс жүзінде өзгерген жоқ (2010 жылы 93,3, 2018 жылы 94,0%).

ЖМК қызметін қайта ұйымдастыру кезеңінде оның қызметінің уақытша көрсеткіштері төмендеді: шақыруды күтудің орташа уақыты-34,4 - тен 20,1 - ге дейін, бригаданың шақыру орнына келуі-21,3-тен 11,3-ге дейін, шақыру санының 31,1% - ға (25452-ден 33362-ге дейін) өскен кезде.

Шұғыл шақырулар үлесі 2010 жылғы 16,7% – дан 2018 жылғы 43,9%-ға дейін ұлғайды, ЖМК машинасының шақыруға шығуының орташа уақыты 3,5 - тен 1,3 минутқа дейін азайды; шақыруға қызмет көрсетудің орташа уақыты – 72,3-тен 52,74 минутқа дейін.

ЖМК көрсету сапасын сипаттайтын көрсеткіштердің оң серпіні байқалады: ЖМК бригадасы келгенге дейін өлімге ұшыраудың үлесі – 4,8 - ден 1,81% – ға дейін, ЖМК бригадасының қатысуымен – 0,45-тен 0,12% - ға дейін, ЖМК диагноздарының стационармен алшақтығы-1,09-дан 0,04% - ға дейін төмендеді, тәулік бойы өлім көрсеткіші-0,15% - ға өзгерген жоқ.

ЖМК шақыруға қызмет көрсетудің уақтылығын, көлемін және сапасын сараптамалық бағалау көрсетті, олардың 57,6% - ын ЖМК станциясының (қосалқы станцияның) диспетчері қауіпті жағдай ретінде және 43,4% - ын шұғыл медициналық көмек көрсетуді талап етпеген ретінде қабылдады. 20

Жағдайдың 14,1%-да жедел медициналық көмек көрсетудің шұғыл санаты қате анықталды, оның ішінде диспетчерді қабылдаудың өрескел қателері салдарынан¹/₄, осыған байланысты ЖМК бригадасы бейін бойынша емес, қауіпті жағдайға шықты, бұл өз кезегінде пациентке медициналық көмекті уақтылы өткізбеуге әкеп соқтырады.

Біз ЖМК бригадасының медициналық қуат сапасының өзгеруіне барынша әсер ететін факторлардың өзара іс-қимылын бағалау үшін түзетілген ұштасушылық коэффициентін (кі ақпараттылық коэффициенті)

пайдаландық. Бригаданың қатысуымен ($K_i=0,632$) пациент жағдайының ауырлығына, диагноз қою уақытына ($K_i=0,525$) және олардың дұрыстығына ($p<0,01$) барынша әсер ететін факторлар анықталды.

Осылайша, Жұлдыз ауылының ЖМК қайта ұйымдастыру бойынша іс-шаралар тиімді болып табылады, бұл ЖМК қызметіне түсетін жүктемелердің ұдайы өсуіне қарамастан, қанағаттанарлық жедел көрсеткіштер кезінде халыққа жедел жәрдем көрсету сапасын бағалаумен расталады.

ҚОРЫТЫНДЫЛАР

1. Жұлдыз ауылының ауылдық аумақтарындағы медициналық-демографиялық жағдай өлім көрсеткішінің төмендеуімен бір мезгілде халықтың санының, санының және табиғи өсуінің тұрақты үрдісімен сипатталады. Алайда, зерттеу кезеңінде қан айналымы жүйесі ауруларынан (барлық өлім-жітімнің 54,5-60,9%-ы), жарақаттан, уланудан және сыртқы себептердің (барлық өлім-жітімнің 17,4-10,0% - ы) басқа да салдарларынан болатын өлім-жітімнің жоғары деңгейі сақталуда, бұл ЖМК-ға айналудың жоғары деңгейін қалыптастырады.
2. Жұлдыз ауылының тұрғындарына жедел медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру ерекшелігіне маусымдық көші-қон кезеңінде халық санының өсуінен көрінетін оның экономикалық-географиялық және медициналық-демографиялық ерекшеліктері елеулі үлес қосады. 2010-2018 жж. ЖМК шақыруларының саны 31,1% - ға артты, бұл нақты жерге және ЖМК бригадасының медициналық қызмет көрсету сапасына байланысты оның көліктік қолжетімділігін арттыру мақсатында ЖМК көрсету көлемін жоспарлау кезінде ескеру қажет.
3. Ауылдық аудандағы жедел медициналық көмек станциясының жұмысын талдау нәтижесінде шақырулар құрылымында кенеттен аурулар мен жағдайларға (45,2-62,5%) шақырулар басым екені анықталды, оның ішінде бірінші орында қан айналымы жүйесінің аурулары және шұғыл медициналық көмек көрсету үшін шақырулар, негізінен созылмалы ауруларға жатады. Нәтижесіз шақырулардың көп саны сақталуда - 2005 жылы 4,8% және 2013 жылы 11,2%. Бұл ретте әртүрлі муниципалдық құрылымдардағы ЖМК қызметінің жай-күйіндегі оның ресурстық және қаржылық қамтамасыз етілмеуімен байланысты айырмашылықтар анықталды, бұл ауылдық денсаулық сақтаудағы жаңа медициналық-ұйымдастыру технологияларын пайдалана отырып, ЖМК көрсетуді жетілдіру бағыттарын анықтауға мүмкіндік берді.
4. Ауылдық жерлерде ЖМК көшпелі бригадаларымен орындалатын функциялардың ауқымы кеңейуде, қанайналым жүйесінің ауруларымен

(коронарлық синдром-тұрақсыз стенокардия, миокард инфарктісі) байланысты өмірге қауіп төндіретін кенеттен жіті жағдайларда - алдын алу шараларын пайдалану мүмкіндігіне дейін, қазіргі заманғы тромболитикалық терапияны қолдана отырып, медициналық ұйымнан тыс медициналық көмек көрсету аурудың өршу, кенеттен қайтыс болу қаупін жояды (тромболизистен тиімді нәтиже 77,1% – да, 34,3% - да үзілген миокард инфарктісі).

Регрессиялық талдаумен анықталған және расталған жарақаттар түрлерінің жасына тәуелділігі (екі жасқа дейінгі балалар бас жарақатының, тыныс алу жолдары мен өт-ішек жолында бөгде денелердің болуы қатерінің жоғары болуы), балалар жасындағы қабынуға дейінгі кезеңде травматикалық жағдайлардың алдын алуды жоспарлауға мүмкіндік берді.

5. Шақыруларды қабылдау мен өңдеудің автоматтандырылған жүйесін пайдалана отырып әзірленген және енгізілген іс-шаралар, Техникалық және ақпараттық жабдықтау жағдайында бірыңғай диспетчерлік қызмет құру, жедел медициналық көмек қызметінің барлық бөлімшелерін "жедел медициналық жәрдем станциясы" аудандық ДСМБМ-мен интеграциялау ауылдық жерлерде ЖМК көрсетуді оңтайландырудың бірқатар өзара байланысты міндеттерін шешуге мүмкіндік беру. Соңғы 5 жылда жедел медициналық көмекке жүктеменің ұлғаюына қарамастан (тәулігіне 8,38-ден бригадаға 10,63-ке дейін шақырудан) соңғы нәтиже бойынша ЖМК көрсету сапасын сипаттайтын кейбір жедел көрсетілімдердің жақсарғаны атап өтілді: негізсіз емдеуге жатқызудың үлес салмағы 4,6-дан 0% - ға дейін төмендеді, бұл ретте ЖМК бригадасы келгенге дейін өлімге ұшыраудың үлес салмағы іс жүзінде өзгерген жоқ (1,7-ден 1,81% - ға дейін). Алайда жоғары немесе жақсарту беталысы жоқ бірқатар көрсеткіштер - емханалардың жұмыс уақытында созылмалы ауруларға шақырулар үлесі 11,7%-дан 13,3%-ға дейін ұлғайды, жоспарлы, шаруашылық тасымалдардың үлес салмағы, қан тасымалдау 13,7% - дан

5,6% - ға дейін азайды, бұл ЖМК жұмысын одан әрі жетілдіруді талап етеді.

ҰСЫНЫСТАР

Денсаулық сақтау министрлігіне

1. Ақпараттық ресурстарды басқаруды жетілдіру негізінде әзірленген ЖМК ұйымының құрылымы көп жағдайда госпитальдық кезеңде медициналық көмектің қолжетімділігі мен сапасын қамтамасыз ету проблемасын шешеді және басқа да ауылдық аумақтары үшін ұсынылуы мүмкін. Медициналық ұйымдар арасында салыстырмалы талдау жүргізуге, кемшіліктерді анықтауға және ЖМК қызметінің тиімділігін жақсартуға бағытталған басқарушылық шешімдер қабылдауға мүмкіндік беретін ЖМК жұмысының тиімділік индикаторларын пайдалану қажет.

Жұлдыз ауылының денсаулық сақтау басқармасына

2. Аз қоныстанған ауылдық аумақтардағы ЖМК қызметінің тиімділігін жақсарту үшін жедел жәрдем көрсетуді жетілдірудің мақсатты бағдарламасы және оның көлемі бойынша әлеуметтік нормативі болуы қажет. Күнтізбелік жыл ішінде көші-қон ағындарының қарқындылығын зерттеу мен есепке алу да маңызды, өйткені олар ЖМК көлемінің ұлғаюына елеулі әсер етеді.

3. Реанимациялық құралдарды жүргізу кезінде госпитальға дейінгі кезеңде тромболитикалық терапияны енгізу, медициналық көмек стандарттарына сәйкес барлық бригадаларды жарақтандыру жедел миокард инфарктісі мен жіті коронарлық синдром кезінде шұғыл медициналық көмек көрсету сапасын жақсартуға алып келеді және біздің ойымызша кеңінен қолданылуы тиіс.

4. Ауылдық ауданның ЖМК станцияларында қашықтықтан кардиотелеметрия енгізу ұсынылады. ЖМК-ның барлық жалпы бейінді бригадалары базалық кардиотелеметриялық орталыққа телефон байланысы

бойынша элекр-трокардиограммаларды беру үшін кардиотелеметриялық приставкалармен жарақтандыруға қажет, онда пациентті жүргізу тактикасы және ТЛТ жүргізудің мақсатқа сәйкестігі туралы мәселе шешілетін болады.

Денсаулық сақтау басқармаларына

5. Жарақаттанудың кейбір түрлерінің денсаулықтан анықталған тәуелділігі педиатрлар арасында да, халық арасында да мақсатты профилактикалық жұмысты ұйымдастыруға мүмкіндік береді (балалар емханаларында, мектепке дейінгі балалар мекемелерінде дәрістер өткізу, көрнекі үгіт және халықты хабардар етудің басқа да нысандары).

Жоғары медициналық оқу орындарына

6. Ауылдық жерлерде жедел медициналық көмек жұмысын жетілдіру бойынша әзірленген іс-шаралар денсаулық сақтауды ұйымдастырушыларды даярлау және олардың біліктілігін арттыру үшін пайдаланылуы мүмкін. Денсаулық сақтау және қоғамдық денсаулық сақтау кафедраларында сақтандыру компанияларының мамандарын даярлау.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. Афанасьева Н.Р. Оценка состояния здоровья детей с учетом воздействия особенностей образа жизни и окружающей среды в городе и сельской местности: Автореф. дисс. к. м. н. СПб., 1996. - 19 с.
2. Бабанин С.Н. Гигиенический мониторинг окружающей среды и здоровья сельского населения: (На примере Липецкой обл.): Автореф. дисс. . к. м. н. - М., 1997.-24 с.
3. Баранов С.П. Комплексная медико-социальная оценка репродуктивного потенциала женщин, проживающих в сельском районе: Автореферат дисс. . к. м. н. СПб, 2000 г., - 20 с.
4. Барсукова Н.К., Лоранский Д.Н., Водогреева Л.В., Ледовских Н.В. Медико-социальные аспекты формирования здоровья в современных условиях. //Здравоохранение Российской Федерации. 1996. - № 1. - С. 30 - 33.
5. Боев В.С. Оптимизация организации скорой и неотложной медицинской помощи в сельских районах Нечерноземной зоны РСФСР на догоспитальном этапе: Автореф. дисс. к. м. н. М., 1988. - 19 с.
6. Борисенко Н.И., Хижняк Н.И. Анализ здоровья сельского населения в районах с различной интенсивностью применения пестицидов //Гигиена и санитария. 1992. - № 1. - С. 47-49.
7. Брагин А.А. Основные закономерности и перспективы развития медицинской помощи в сельской местности с малой плотностью населения:
8. Автореферат дисс. к., м. н. СПб., 1983. - 24 с.

9. Брусняк С.Г. Социально-гигиеническая характеристика сельских внебрачных рождений: Автореф. дисс. . к. м. н. Оренбург, 1992. - 21 с.
10. Ваганова-Наймушина Л.А. Медико-социальные проблемы совершенствования системы охраны здоровья матери и ребенка в сельской местности: Автореферат дисс. .к. м. н. СПб., 2001. - 24 с.
11. Веселкова И.Н., Землянова Е.В. Особенности медико-демографических процессов в сельских регионах России //Пробл. социал. гигиены и история медицины. 1995. - № 6. - С. 3-6.
12. Веселов Н.Г, Соловей С.Д. Программно-целевой подход к охране здоровья населения. /Здоровье населения Кронштадта: Сборник научных трудов под редакцией Н.Г. Веселова. СПб., 1995. - С. 2-10.
13. Веселов Н.Г. Социальная педиатрия (курс лекций). СПб., 1996. -395 с.
14. Вишняков Н.И., Малышев МЛ. Роль страховых медицинских организаций в повышении качества стационарной медицинской помощи. - СПб., 2000. 123 с.
15. Водяненко И.М. Актуальные проблемы реформирования сельского здравоохранения //Пробл. социал. гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2000. - № 4. - с. 26-28.
16. Водяненко И.М. Оптимизация системы оказания медицинской помощи сельскому населению региона в современных условиях (на модели Саратовской области): Автореф. дисс. . д. м. н. СПб., 2000. - 43 с.
17. Водяник М.Н., Баев В.М., Дворникова Е.Г., Горюнкова Б.Г. Антропогенное загрязнение окружающей среды сельских населенных пунктов состояние здоровья детей. //Педиатрия. 1996. - № 4. - СП.

18. Вялков А.И. О формировании системы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью. //Экономика здравоохранения. 1998. - № 6/30.
19. Гаврилов А.В. Совершенствование управленческой деятельности и информационного обеспечения в центральной районной больнице: Автореферат дисс. . к. м. н. М., 1988. - 15 с.
20. Гаджиев Р.С. Основные направления перестройки первичной медико-санитарной помощи сельскому населению. //Медицинская помощь. -1997. - №3. С. 18-23.
21. Гаджиев Р.С. Современные проблемы управления и организации медицинской помощи сельскому населению: Автореферат дисс. . д. м. н. -М., 1992.-47 с.
22. Галкин Р.А., Гехт И.А., Павлов В.В., Суслин С.А. Медико-социальная помощь престарелым в сельских лечебных учреждениях. //Пробл. социал. гигиены, здравоохранения и истории медицины. 1999. -№ 3. - С. 22-24.
23. Гамперис И., Гайдамонене Д., Стейгвилене Р., Буткене П., Гамперис А., Угене В., Разгайтене М., Пундзюс А. Результаты эпидемиологических и клинических исследований о распространенности хронических неспецифических заболеваний органов дыхания среди сельского населения. // Пробл. туберкулеза. -1991. № 7. - С. 11-14.
25. Гарантии качества медицинской помощи и их правовое обеспечение системой обязательного медицинского страхования. Под редакцией В.Ф. Чавпецова, В.В. Гришина, В.Ю. Семенова, А.М. Рабец. М., 1998. - 368 с.
26. Гехт И.А. Медицинское страхование: Ожидания и сомнения. //Здравоохранение Российской Федерации. 1993. -№ 10. - С. 9-11.

27. Гехт И.А. Некоторые медико-социальные аспекты здоровья лиц старших возрастов, одиноко проживающих в сельской местности. //Здравоохранение РФ. 1988. - № 2. - С. 23-28.
28. Гончаренко В.Л. Программно-целевое управление актуальными проблемами охраны здоровья населения. //Экономика здравоохранения. - 1998.-№8-С. 9-33.
29. Гончаренко В.Л., Солодких В.А., Шиляев Д.Р. Особенности управления здравоохранением субъекта Федерации на примере Московской области в условиях бюджетно-страхового финансирования. //Проблемы городского здравоохранения. СПб., 1998. - Вып. 3. - С. 23-31.
30. Государственные гарантии по медицинскому и социальному страхованию, оценка затрат. //Белая книга. 1998.
31. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 1998 г. М., 1999.
32. Григорян В.А. Организационные технологии управления областной специализированной больницей в современных экономических условиях: Автореферат дисс. к. м. н. М., 1997. - 24 с.
33. Гуданова Е.М. Состояние здоровья трудоспособного населения сельской местности и пути улучшения качества медицинской помощи. Нижний Новгород, 2000 г. - 212 с.
34. Денисов В.Н., Решетников А.В., Филатов В.Б. Взаимодействие территориальных органов управления здравоохранением и фондов обязательного медицинского страхования. //Пробл. социал. гигиены и история медицины. 1995. - № 3. - С.3-6.

35. Доронин А.С. Система управления сельским здравоохранением в условиях становления рыночных отношений (На материалах Смоленской обл.): Автореф. дисс. . к. социол. н. М., 1998. - 23 с.
36. Дорофеев В.М. Особенности заболеваемости и медико-демографических процессов, происходящих на Кольском Севере. //Автореф. дисс. .к. м. н. СПб., 1996. - 16 с.
37. Дрошнев В.В. Медико-социальные аспекты здоровья, образа жизни и организация медицинского обслуживания работников агропромышленного производства: (По материалам Оренбургской обл.): Автореф. дисс. . к. м. н. - М., 1990.-23 с.
38. Дьяченко Ю.В. Социально-гигиеническая оценка и анализ организационных аспектов деятельности здравоохранения района в переменных условиях: Автореф. дис. к. м. н. -М., 1998. 24 с.
39. Дюльдин В.А. Медико-социальные аспекты острых хирургических заболеваний органов брюшной полости в условиях сельской местности: (Комплексное социал. гигиен, исслед.): Автореф. дисс. . к. м. н. - Оренбург, 1991. -18 с.
40. Екимов А.К. Некоторые показатели уровня жизни сельского населения России по субъектам Федерации. //Уровень жизни населения регионов России. № 2. - М., 2004. - С. 60.
41. Ермаков С.П. Методы декомпозиции медико-демографических процессов и их использование в эколого-демографическом моделировании. //Материалы 1 научно практической конференции 30 - 31/У - 1994 г. - М., 1994.-С. 130-133.

42. Ерохина И.В. Научное обоснование медико-социальных мероприятий по охране здоровья сельского населения на основе координации межсекторальных связей: Автореф. дисс. . к. м. н. М., 1992. - 22 с.
43. Жилиева Е.П. Процесс реформирования здравоохранения в Швеции. //Проблемы социальной гигиены и история медицины. 1994. - № 5. - С. 41-44.
44. Жолобов В.Е. Научное обоснование деятельности крупного стационара при введении медицинского страхования: Автореф. дисс. . к. м. н. -СПб., 1995.- 19 с.
45. Забин Ю.Л. Проблемы медицинского обеспечения сельских жителей //Экономика здравоохранения. 2001. - № 11/12. - С.25-26.
46. Зайцев О.Б. Медико-социальные и гигиенические особенности образа жизни и здоровья семей сельских жителей на этапе реформирования сельскохозяйственного производства: Автореф. дисс. . к. м. н. СПб., 1999. - 22 с.
47. Захаров И.А. и др. Качество медицинской помощи. //Учебное пособие для врачей. Саратов, 1997.
48. Захаров И.А., Новокрещснова И.Г. Реформы здравоохранения на региональном уровне. //Здравоохранение (журнал для руководителя и главного бухгалтера). 2004 - № 6 - с. 124
49. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Ленинградской области в 2001 г. //Статистический сборник. СПб. - 2002. -131 с.
50. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Ленинградской области в 2002 г. //Статистический сборник. СПб., 2003. -138 с.

51. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Ленинградской области в 2003 г. //Статистический сборник. СПб., 2004. -180 с.
52. Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 1998 году. //Статистические материалы. М., 1999 - с. 143.
53. Казаков В.С. Комплексный подход к организации борьбы с туберкулезом в условиях сельскохозяйственного района: Автореф. дисс. . к. м. н.- Оренбург, 1997. 30 с.
54. Камаев И.А., Иксанов М.Ш., Молодцов С.А., Терентьев В.А., Гурвич Н.И. Контроль качества медицинской помощи в условиях центральной районной больницы. //Пробл. социал. гигиены и история медицины. 1997.- № 3. С. 20-21.
55. Капитонов В.Ф., Новиков О.М. Медико-демографические процессы и сельская семья. //Пробл. социал. гигиены и история медицины. 2001. -№5.-С. 8-10.
56. Касимов К.А. Совершенствование организации скорой и неотложной медицинской помощи населению сельских административных районов: Автореф. дисс. . к. м. н. М., 1987. - 26 с.
57. Кафидов И.Н. Технология внедрения системы обязательного медицинского страхования сельского населения. //Проблемы социальной гигиены и история медицины. 1995. - № 1. - С. 43-41.
58. Кетова Г.Г. Социально-экономическое обоснование первичной медико-социальной помощи жителям сельской местности в период формирования рыночных отношений: Автореф. дисс. . к. м. н. Оренбург, 1996. -20 с.

59. Клименко Г.Я., Захаров В.П., Золотарев О.Н. Роль дневного стационара поликлиники в повышении эффективности медицинской помощи населению //Вести. ОМС. 1999. - № 2. - С. 30-32.
60. Ковалев И.В. Научное обоснование деятельности областной больницы в новых экономических условиях: Автореф. дисс. . к. м. н. СПб.,1996. 17 с.
61. Козырев С.Н. Клинико-динамические и научно-организационные основы наркологической помощи сельскому населению: Автореф. дисс. . к. м. н. Томск, 1995. - 17 с.
62. Комаров Н.В. Неотложная хирургическая помощь сельским жителям и населению малых городов. /Нижегор. гос. мед. акад. Н. Новгород, 1997. -132 с.
63. Комаров Ю.М., Ермаков С.П. и другие. Здоровье населения: основные проблемы и перспективы их решения. //Экономика здравоохранения.1997.- №4/5 (17).-С. 8-14.
64. Комаров Ю.М. Итоги Всероссийской переписи населения. //Здравоохранение РФ № 4. - М., 2004. - С. 56.
65. Комаров Ю.М. О некоторых перспективах развития здравоохранения в России. //Экономика здравоохранения 1997. - № 2. - С. 5-11.
66. Коноплев А.Б. Организация работы районной больницы в условиях обязательного медицинского страхования: Автореф. дисс. . к. м. н. М., 1997.- 22 с.
67. Корюкин В.Г. Концепция перехода на медицинское страхование в Санкт-Петербурге //Актуальные проблемы здравоохранения в Санкт-Петербурге. СПб., 1993. - с. 6-12.

68. Котовщиков В.Н. Изменения санитарно-эпидемиологического благополучия населения в городах и сельских районах Кемеровской области в переходный период реформирования экономики: Автореф. дисс. . к. м. н.р. Кемерово, 1998. - 22 с.
69. Кравченко Н.А., Поляков И.В. Научное обоснование методологии прогнозирования ресурсного обеспечения здравоохранения России (история и современность). М., 1998.
70. Кучеренко В.З., Вялков А.И., Денисов И.Н. и др. Организация и анализ деятельности ЛПУ в условиях ОМС. /Учебное пособие. М., 2000. - С. 257.
71. Кучеренко В.З. Политика структурной перестройки сектора лечебно-профилактической помощи городскому населению. //Сб. Проблемы городского населения. Выпуск 2. - СПб., 1997. - С. 17-20.
72. Лавриненко А.М. Распространенность, факторы риска гипертонической болезни и организация медико-социальной помощи больным в сельском районе: Автореф. дисс. . к. м. н. М., 1992. - 24 с.
73. Ладный А.И., Полищук Е.С. Оказание противотуберкулезной помощи сельскому населению областным фтизиопульмонологическим центром. //Пробл. туберкулеза. 1990. - № 3. с. 58-60.
74. Лакунин К.Ю., Чавпецов В.Ф., Караченцева М.А., Михайлов С.М. Экспертиза качества медицинской помощи как механизм управления сельским здравоохранением (на примере центральной районной больницы) //Экономика здравоохранения. 2000. - № 7. - С. 19-21.
75. Лешану А.В. Обоснование потребности и перспектив развития скорой и неотложной медицинской помощи в сельских районах густонаселенного региона: Автореф. дис. к. м. н. -М., 1988. 23 с.

76. Лившиц С.А. Особенности репродуктивного здоровья на региональном уровне. //Здравоохранение Российской Федерации 2004. - № 5 - С. 56.
77. Лисицын Ю.П. (ред.) Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения. Казань, 1998 - 698 с.
78. Ложкина В.Н., Пастухов В.В. Питание сельских жителей Западной Сибири: несбалансированность рационов и хронический алиментарный гиповитаминоз //Вопр. питания. 1997. - № 5. - С. 22-25.
79. Лузан С.Г. Организация межсекторальной деятельности центральной районной больницы: Автореф. дисс. . к. м. н.- М., 1996. 24 с.
80. Мазур А.Д. Социально-гигиенические аспекты совершенствования акушерской службы сельского района: (По материалам Сорокинского р-на МССР): Автореф. дисс. . к. м. н. М., 1990. - 21 с.
81. Максимова Т.М., Кокорина Е.Л., Королькова Т.А. Заболеваемость населения России и ее региональные особенности. //Проблемы социальной гигиены и истории медицины. 1994. - № 1. - С. 23-27.
82. Малеванный И.Н., Каменков К.А., Ломтев А.Ю. Естественное движение населения Ленинградской области в 1989 1995 гг. - СПб., 1998 -88 с.
83. Маркун Е.Р. Особенности потребностей сельского населения в услугах здравоохранения. //Здравоохранение РФ № 1. - 2004 г. - С. 53-54.
84. Мацько Г.М. Особенности перевода системы здравоохранения сельского региона, работающего в условиях нового хозяйственного механизма, и принципы медицинского страхования: (На примере Ленинградской обл.): Автореф. дисс. . к. м. н. СПб., 1996. - 24 с.

85. Медик В.А., Вебер В.Р., Фишман Б.Б. Изучение факторов риска и прогнозирование здоровья населения на региональном уровне. /Сборник научных трудов Новгородского научного центра Северо-Западного отделения РАМН. Том I. - М., 2003 г. - С. 249-261.
86. Медик В.А. О разработке мониторинга здоровья населения, среды обитания и деятельности здравоохранения на региональном уровне //Пробл. социал. гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2001. -№ 1. - С. 14-15.
87. Медик В.А. Показатели комплексной оценки здоровья сельского населения Новгородской области. //Сов. здравоохранение. 1991. - № 1. - С. 26.
88. Медик В.А., Юрьев В.К. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. Часть II. - М., 2003 г. - 456 с.
89. Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью. -М., 1998.
90. ЮО.Миняев В.А., Вишняков Н.И. (ред.) Общественное здоровье и здравоохранение. Москва: Медпресс-информ., 2002. - 520 с.
91. Муратова Е.Ю. Принцип формирования региональной системы управления качеством медицинской помощи. //Проблемы оценки качества медицинской помощи. СПб., 1996. - С. 12-18.
92. Назаренко В.Р., Дорогой А.П., Дмитриева Н.А. О диспансеризации кардиологических больных в сельской местности по данным выборочного исследования //Врачеб. дело. -1991. № 5. - С. 109-111.

93. Об итогах хода реформ и задачах по развитию здравоохранения и медицинской науки в стране на 2000 2004 годы и на период до 2010 года. //Решение Коллегии МЗ РФ от 15.03.2000 г., протокол № 5., - С. 1-7.
94. Орел В.И., Бандеев Б.В., Стволинский И.Ю., Грандилевская О.Л. Здоровье детского населения Бурятии и пути его улучшения. Иркутск, 1999-132 с.
95. Орел В.И. Медико-социальные и организационные проблемы формирования здоровья детей в современных условиях: Автореф. дисс. .д. м. н. -СПб., 1988. с.-48.
96. Орлова Г.Г., Рогожников В.А. Сравнительный анализ существующих в России моделей управления сельским здравоохранением //Здравоохранение. 2001. - № Ю. - С. 16-19.
97. Пахарин В.И. Система и методы организации медицинской помощи сельскому населению выездными подразделениями: (По материалам Ростовской обл.): Автореф. дисс. к. м. н. М., 1985. - 19 с.
98. НО.Перевезенцева А.Ф. Здоровье матерей-животноводов и их детей, пути его укрепления: Автореф. дисс. к. м. н. М., 1995. - 24 с.
99. Ш.Поздеева Т.В. Комплексное социально-гигиеническое исследование детей из неполных семей сельской местности: Автореф. дисс. . к. м. н.1. М., 1994.-23 с.
100. Поздеев В.Г. Повышение эффективности неотложной помощи сельскому населению. //Пробл. социал. гигиены и история медицины. 1994. - № 4. - С. 36-39.
101. Позднякова М.А., Камаев И.А., Андреева Н.Н. Медико биологические и социально-гигиенические факторы риска инвалидности у сельских детей

//Пробл. социал. гигиены, здравоохранения и истории медицины. -2001.-№1,-
С. 3-6.

102. Позднякова М.А. Образ жизни и состояние здоровья детей из многодетных семей, проживающих в сельской местности: Автореф. дисс. . к. м. н. СПб., 1994. - 23 с.

103. Полунина Н.В., Нестеренко Е.И., Безроков О.Т. Здоровье населения в условиях реформирования деятельности центральной районной больницы //Здравоохранение Рос. Федерации. 1998. - № 3. - С. 52-55.

104. Поляков И.В., Петрова Н.Г., Селиванов В.И. Организация медицинской помощи труженикам сельского хозяйства. //Сов. медицина. 1988. -№ 4. - С. 66-68.

105. Пономарева Г.А., Исаков С.А., Толстов Н.И., Артемьева Г.Б., Успенская И.В., Петров В.И. Обеспечение государственных гарантий бесплатной стационарной помощи населению региона. //Здравоохранение. 2000. -№8. - С. 21-30.

106. Развитие стационарной помощи в период реформы здравоохранения в России. /Материалы 3-й Российской НПК, традиционно проводимой НПО «Медсоцэкономинформ», 30-31 мая 1996 г. М.,1996. - 304 с.

107. Ратанов С. М. Организация экстренной медицинской помощи населению на госпитальном этапе сельской ЦРБ: Автореф. дисс. . к. м. н. -Оренбург, 1996.-24 с.

108. Рогожников В.А., Орлова Г.Г., Твердохлеб Л.В. Основные направления совершенствования медицинской помощи сельскому населению. //Здравоохранение. 2001. - № 9. - С. 13-16.

109. Рожавский Л.А. Состояние здоровья и организация лечебно-профилактической помощи детям в сельском районе Севера России: Автореф. дисс. . к. м. н. СПб., 1998. - 19 с.
110. Рысаков А.Н. Приоритетные направления охраны здоровья населения малого города-спутника (по материалам островного района Санкт - Петербурга Кронштадта): Дисс. . к. м. н. - СПб., 1995. - 186 с.
111. Рывинский С.С., Григорян В.А. Система материального стимулирования сотрудников областной больницы специализированного профиля //Бюл. НИИ социал. гигиены, экономики и упр. здравоохранением имени Н.А. Семашко. 1997. - Вып. 1. - С. 100-104.
112. Светличная Т.Г. Анализ летальных исходов в стационарах города и села //Здравоохранение РФ 1999. - № 3. - С. 42-44.
113. Светличная Т.Г. Из опыта организации системы стационарной помощи сельскому населению. //Пробл. социал. гигиены, здравоохранения и истории медицины. 1999. - №.5. - С. 32-35.
114. Светличная Т.Г., Кром Л.И., Дорофеев Н.И. Анализ инфраструктуры сельского здравоохранения как необходимое условие прогноза его развития. //Здравоохранение РФ. 1997. - № 4. - С. 33-41.
115. Светличная Т.Г., Кром Л.И., Сидоров П.И. Эволюция подходов к оценке качества стационарной помощи населению. //Бюл. НИИ социал. гигиены, экономики и упр. здравоохранением им. Семашко. 1996. - Вып. 4.- С. 75-77.
116. Светличная Т.Г. Научное обоснование совершенствования системы стационарной помощи сельскому населению Европейского Севера России в условиях реформирования здравоохранения: Автореф. дисс. . д. м. н.: - Архангельск, 1999. 33 с.

117. Светличная Т.Г., Сидоров П.И., Ковалев О.В., Зенишина В.Е. О преемственности в деятельности медицинских учреждений. //Здравоохранение РФ.- 1997,-№1,-С. 56-60.
118. Светличная Т.Г., Сидоров П.И., Котов Д.И. О методической базе и идеологии планирования стационарной помощи сельскому населению. //Здравоохранение РФ. 1996. - № 6. - С. 14-16.
119. Светличная Т.Г., Сидоров П.И., Удалова Л.С. Отбор пациентов для стационарного лечения в системе сельского здравоохранения. //Здравоохранение РФ. 1999. - № 1. - С. 23-26.
120. Скулаков Д.А. Современные тенденции здоровья сельского населения и пути совершенствования организации медицинского обслуживания: Автореф. дисс. . к. м. н. СПб., 2004. - 17 с.
121. Смбатян С.М. Технология введения системы обязательного медицинского страхования граждан в сельском районе: Автореф. дисс. . к. м. н -М., 1998.-23 с.
122. Спирин В.Ф. Гигиена села в новых социально-экономических условиях. //Гигиена и санитария. 1997. - № 6. - С. 52-55.
123. Стародубов В.И. Проблемы сельского здравоохранения. Выпуск 1. -М., 2002 -92 с.
124. Стародубов В.И., Таранов А.М., Гончаренко В.Л. и др. Актуальные вопросы организации здравоохранения и ОМС в современных социально-экономических условиях. М., 1999. - 310 с.
125. Стасенко С.А. Гигиеническая оценка здоровья детского населения сельских районов региона Западной Сибири: Автореф. дисс. . к. м. н: -Омск, 1998. 19 с.

126. Сыров В.А., Михневич Н.Н., Сковердяк Л.А. Структурные изменения первичной медико-санитарной помощи муниципального здравоохранения сельского района. //Экономика здравоохранения. 1998. - № 8/9. - С. 36-38.
127. Таранов А.М., Лакунин К.Ю. Сельское здравоохранение в условиях обязательного медицинского страхования. -М., 2000 144 с.
128. Таранов А.М., Семенов В.Ю., Лакунин К.Ю. Развитие системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации. //Здравоохранение РФ. 1999. - № 3. - С. 7 -13.
129. Тарасов Ю.И. Медико-социальные проблемы организации медицинской помощи и формирование бюджета здравоохранения в условиях сельского района. //Экономика здравоохранения. 1998. - № 10/11. - С. 26-28.
130. Тарасов Ю.И. Организационно-экономические механизмы стабилизации медицинской помощи сельскому населению (на примере Городецкого района Нижегородской области): Автореф. дисс. . к. м. н. М., 1999. -27 с.
131. Терентьев В.А., Молодцов С.А., Камаев И.А., Позднякова М.А. Оптимизация контроля качества медицинской помощи в условиях центральной районной больницы. //Бюл. НИИ социал. гигиены, экономики и упр.здравоохранением им. Семашко. 1998. - Вып.1. - С. 26-31.
132. Толстых А.С. Туберкулез легких у жителей сельской местности в условиях Восточной Сибири: (Клинико-эпидемиол. исслед.): Автореф. дисс. . к. м. н. Иркутск, 1999. - 24 с.
133. Траутер А.И., Рычагов И.П. О развитии обязательного медицинского страхования в Кемеровской области. //Проблемы социальной гигиены и история медицины. 1995. - № 6. - С.

ҚОСЫМША 1

АНКЕТА

Здравствуйте!

Территориальный фонд ОМС (СМО) изучает мнение населения о качестве и доступности медицинской помощи в рамках системы обязательного медицинского страхования и просит вас принять в нем участие. Это займет у Вас не более 10 минут. Любое Ваше мнение очень важно для нас. Все данные, полученные в результате этого исследования, будут использоваться только в обобщенном виде.

Обратите, пожалуйста, внимание на порядок заполнения анкеты. Вопросы содержат возможные варианты ответа. Выберите из них тот, который наиболее соответствует Вашему мнению. Отметьте его, обведя кружочком стоящую рядом цифру.

1. КАК ЧАСТО ВЫ ВЫЗЫВАЕТЕ СКОРУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ?

(один ответ)

1. 1 раз в несколько лет
2. 1-2 раза в год
3. В среднем раз в месяц
4. 2-4 раза в месяц
5. 2-3 раза в неделю или чаще

2. ПОЧЕМУ ВЫ ПОСЕЩАЕТЕ СКОРУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ?

(возможно несколько вариантов ответа)

1. Близко расположена к дому
2. Здесь чисто и уютно, приятно находиться
3. Здесь работают хорошие специалисты
4. Большой спектр медицинских услуг
5. Я прикреплен(а) к этой поликлинике, наблюдался(-лась) здесь ранее
98. Другое (напишите)

3. ПРЕДСТАВЬТЕ, ЧТО ВАМ ПРЕДЛОЖИЛИ СКОРУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ. ВЫ БЫ СДЕЛАЛИ ЭТО? (один ответ)

1. Да

2. Нет

99. Затрудняюсь ответить

4. ПРЕДСТАВЬТЕ, ЧТО ВЫ НЕ ПРИКРЕПЛЕННЫ НИ К ОДНОЙ ИЗ ПОЛИКЛИНИК. ВЫ БЫ ВЫБРАЛИ ВАШУ ПОЛИКЛИНИКУ? (один ответ)

1. Да

2. Нет

99. Затрудняюсь ответить

5. УДОБЕН ЛИ ДЛЯ ВАС ГРАФИК РАБОТЫ ВРАЧЕЙ И СЛУЖБ ПОЛИКЛИНИКИ? (один ответ)

1. Да, полностью удобен

2. По большей части удобен

3. Скорее не удобен

4. Совершенно не удобен

6. КАКИМ ОБРАЗОМ В ВАШЕЙ ПОЛИКЛИНИКЕ МОЖНО ВЗЯТЬ

ТАЛОН / ЗАПИСАТЬСЯ НА ПРИЕМ К: (возможно несколько ответов по каждой строке)

		В рег ист рат уре	По телефо ну	Через Интернет (портал госуслуг)	Через информа ционные терминал ы в поликлин ике	98. Другое (напишит е)
1	К участковому терапевту	1	2	3	4	_____
2	К узкому специалисту	1	2	3	4	

7. МОЖНО ЛИ В ВАШЕЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ПОЛУЧИТЬ ПО ТЕЛЕФОНУ СПРАВОЧНУЮ ИНФОРМАЦИЮ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГАХ, РАБОТЕ СПЕЦИАЛИСТОВ И Т.Д.? (один ответ)

1. Да

2. Нет

99. Затрудняюсь ответить

8. ВСЕГДА ЛИ В СВОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ВЫ МОЖЕТЕ СВОЕВРЕМЕННО ПОЛУЧИТЬ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ: (один ответ по каждой строке)

		Да	Не
1	Участкового терапевта	1	2
2	Врача-специалиста	1	2

9. ПРИ ПОСЛЕДНЕМ ПОСЕЩЕНИИ ЧЕРЕЗ КАКОЙ ПЕРИОД ВРЕМЕНИ ПОСЛЕ ЗАПИСИ ВЫ СМОГЛИ ПОПАСТЬ НА ПРИЕМ К: (один ответ по каждой строке)

		В тот же день	На следующий день	В течение 2-7 дней	Более, чем через неделю
1	К участковому терапевту	1	2	3	4
2	К врачу-специалисту	1	2	3	4 (напишите, к какому специалисту)

10. ВОЗНИКАЛИ ЛИ У ВАС ПРОБЛЕМЫ С ВЫЗОВОМ ВРАЧА НА ДОМ? (один ответ)

1. Да
2. Нет
3. Мне не приходилось вызывать врача на дом

11. СКОЛЬКО В СРЕДНЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ ОЖИДАТЬ ПРИЕМА ВРАЧА В ОЧЕРЕДИ ПЕРЕД КАБИНЕТОМ? (один ответ)

2. 10-15 минут
3. 15-30 минут
4. Более 30 минут
5. Более 1 часа

12. НАСКОЛЬКО ВЫ УДОВЛЕТВОРЕННЫ КАЧЕСТВОМ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПОЛУЧАЕМОЙ В ПОЛИКЛИНИКЕ? (один ответ)

1. Удовлетворен(а)
2. Скорее удовлетворен(а), чем не удовлетворен(а)
3. Скорее не удовлетворен(а), чем удовлетворен(а)
4. Не удовлетворен(а)

99. Затрудняюсь ответить

13. ПРИХОДИЛОСЬ ЛИ ВАМ СТАЛКИВАТЬСЯ С ПРОБЛЕМАМИ ПРИ ПОЛУЧЕНИИ НАПРАВЛЕНИЯ В ДРУГИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ДЛЯ КОНСУЛЬТАЦИИ, ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ? (один ответ)

1. Да

2. Нет

3. Мне не приходилось получать подобное направление

14. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, ДОСТАТОЧНО ЛИ ВНИМАНИЯ УДЕЛЯЮТ ВРАЧИ ВАШЕЙ ПОЛИКЛИНИКИ ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИИ? (один ответ)

1. Да

2. Нет

99. Затрудняюсь ответить

15. ПРИХОДИЛОСЬ ЛИ ВАМ ПРОХОДИТЬ В СВОЕЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ? (один ответ)

1. Да

2. Нет → К [ВОПРОСУ 18](#)

16. КОГДА ВЫ ПРОХОДИЛИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ ПОСЛЕДНИЙ РАЗ? (напишите)

17. ЧТО ВЫ МОЖЕТЕ СКАЗАТЬ О СВОЕМ ПОСЛЕДНЕМ ОПЫТЕ ПРОХОЖДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ? (один ответ)

1. Диспансеризацию прошел(-ла) быстро, т.к. все было хорошо организовано

2. Диспансеризацию прошел(-ла) быстро, т.к. врачи были недостаточно внимательны и относились ко всему формально

3. Диспансеризация заняла много времени, т.к. приходилось подолгу ждать приема врачей

98. Другое (напишите)

18. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, УЧИТЫВАЮТ ЛИ ВРАЧИ ВАШЕ МНЕНИЕ, НАЗНАЧАЯ ВАМ ЛЕЧЕНИЕ? (один ответ)

1. Да

2. Нет

99. Затрудняюсь ответить

19. ЕСЛИ У ВАС ВОЗНИКАЮТ ВОПРОСЫ ПО ПОВОДУ НАЗНАЧЕННЫХ ВАМ МЕДИЦИНСКИХ ПРЕПАРАТОВ, ПРОЦЕДУР, АНАЛИЗОВ,

ОБСЛЕДОВАНИЙ И Т.П., ВСЕГДА ЛИ ВРАЧИ РАЗЪЯСНЯЮТ
НЕОБХОДИМОСТЬ НАЗНАЧЕНИЙ? (один ответ)

1. Да, всегда
2. Чаще да, чем нет
3. Чаще нет, чем да
4. Нет

99. Затрудняюсь ответить

20. ОЦЕНИТЕ УРОВЕНЬ ВАШЕЙ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ
СЛЕДУЮЩИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ РАБОТЫ ПОЛИКЛИНИКИ:
(один ответ по каждой строке)

		Удовле творен(а)	Скорее удовле творен(а), чем нет	Скорее не удовлетв орен(а), чем удовлетв орен(а)	Не удовл етвор ен(а)	Затр удн. отве тить
1	Техническим состоянием, ремонтом помещений	1	2	3	4	99
2	Организацией мест ожидания приема перед кабинетами	1	2	3	4	99
3	Чистотой, санитарно-гигиеническими условиями	1	2	3	4	99
4	Оснащенностью современным медицинским оборудованием	1	2	3	4	99
5	Организацией работы регистратуры	1	2	3	4	99
6	Организацией записи на прием к врачу	1	2	3	4	99
7	Временем ожидания приема врача	1	2	3	4	99

	(перед кабинетом)					
8	Сроками ожидания медицинских услуг после записи	1	2	3	4	99
9	Доступностью необходимых лабораторных исследований / инвазивных	1	2	3	4	99
10	Доступностью диагностических исследований (ЭКГ, УЗИ и т.д.)	1	2	3	4	99
11	Доступностью мед. помощи терапевта	1	2	3	4	99
12	Доступностью мед. помощи врачей-специалистов	1	2	3	4	99
13	Квалификацией врачей	1	2	3	4	99
14	Отношением врачей и медсестер к пациентам	1	2	3	4	99
15	Работой врачей в поликлинике	1	2	3	4	99
16	Комплексом предоставляемых медицинских услуг	1	2	3	4	99
17	Результатами лечения, обследования, реабилитации	1	2	3	4	99

21. ПРИХОДИЛОСЬ ЛИ ВАМ ЛИЧНО (ДЛЯ СЕБЯ) ЗА ПОСЛЕДНИЕ 3 МЕСЯЦА ОБРАЩАТЬСЯ К УСЛУГАМ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ? (один ответ)

1. Да

2 Нет → К ВОПРОСУ 23

22. НАСКОЛЬКО ВЫ УДОВЛЕТВОРЕННЫ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАННОЙ ВАМ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ? (один ответ)

1. Удовлетворен(а)

2. Скорее удовлетворен(а), чем не удовлетворен(а)

3. Скорее не удовлетворен(а), чем удовлетворен(а)

4. Не удовлетворен(а)

99. Затрудняюсь ответить

23. ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ СВОИ ПРАВА КАК ЗАСТРАХОВАННОГО В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ? (один ответ)

1. Да

2. Не в полной мере

3. Нет

24. ИЗ КАКИХ ИСТОЧНИКОВ ВЫ УЗНАЛИ О СВОИХ ПРАВАХ?

(возможно несколько вариантов ответа)

1. От медицинских работников

2. От сотрудников страховой компании

3. От сотрудников Фонда ОМС

4. От знакомых / родственников

5. Из средств массовой информации

6. Из информации для населения в медицинских организациях (стенды, брошюры, листовки)

7. Из сети Интернет

8. Я не знаю своих прав

98. Из других источников (напишите)

99. Затрудняюсь ответить

25. ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ, ЧТО В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ВЫ ИМЕЕТЕ ПРАВО НА: (один ответ по каждой строке)

		Знаю	Что-то слышал	Не знаю	Затрудн. ответить
1	Выбор медицинской организации	1	2	3	99
2	Выбор страховой компании	1	2	3	99

3	Выбор врача (с учетом его согласия)	1	2	3	99
4	Получение полной информации о состоянии собственного здоровья	1	2	3	99
5	Сохранение в тайне информации о состоянии своего здоровья, факте обращения за мед. помощью	1	2	3	99
6	Отказ от медицинского вмешательства	1	2	3	99
7	Получение бесплатных лекарств при обращении за скорой и стационарной помощью	1	2	3	99
8	Получение бесплатной мед. помощи как в поликлинике, так и на дому	1	2	3	99
9	Получение бесплатной восстановительной помощи и реабилитации	1	2	3	99
10	Получение бесплатной мед. помощи за пределами региона, в котором Вы проживаете	1	2	3	99
11	Защиту своих прав в случае их нарушения	1	2	3	99

26. ЕСЛИ ВЫ СЧИТАЕТЕ, ЧТО ВАШИ ПРАВА В СИСТЕМЕ ОМС НАРУШЕНЫ, КУДА ВЫ ПРЕДПОЧИТАЕТЕ ОБРАТИТЬСЯ ЗА ПОМОЩЬЮ?" (возможно несколько вариантов ответа)

1. Администрация медицинской организации
2. Страховая компания, выдавшая полис ОМС
3. Фонд обязательного медицинского страхования
4. Органы управления здравоохранением

5. Гражданский суд

98. Другое (напишите) _____

99. Затрудняюсь ответить

27. Пользовались ли Вы правом выбора/смены лечащего врача? (один ответ)

- | | | |
|--------------------------------------|---|--------------|
| 1. Да | → | К ВОПРОСУ 29 |
| 2. Хотел(а), но не смог(-ла) | → | К ВОПРОСУ 28 |
| 3. Нет, не было необходимости | → | К ВОПРОСУ 30 |
| 4. Нет, не знал(а), что это возможно | | |

28. ЧТО ВАМ ПОМЕШАЛО СМЕНИТЬ ВРАЧА? (возможно несколько вариантов ответа)

1. Не знал(а), куда обратиться

2. Решил(а), что пытаться бесполезно
3. Побоялся (-лась) огласки
4. Не хотел(а) портить отношения с врачом
5. Мне отказали (напишите причину)

98. Другое (напишите)

(ДЛЯ ОТВЕТИВШИХ НА [ВОПРОС 28](#) - ПЕРЕЙТИ К [ВОПРОСУ 30](#))

29. ПОЧЕМУ ВЫ СМЕНИЛИ ВРАЧА? (возможно несколько вариантов ответа)

1. Врачом оказана некачественная медицинская помощь
2. Врачом разглашена конфиденциальная информация о состоянии здоровья
3. Врачом не были назначены необходимые диагностические процедуры
4. Врачом не было назначено необходимое лечение
5. Врач не дал направление на обследование в другую медицинскую организацию
6. Врач пытался получить деньги за те услуги, которые должны быть оказаны бесплатно
7. Врач вел себя грубо, безразлично, невежливо
98. Другое (напишите) _____

30. ПОЛЬЗОВАЛИСЬ ЛИ ВЫ ПРАВОМ ВЫБОРА/СМЕНЫ ПОЛИКЛИНИКИ? (один ответ)

- | | | |
|--------------------------------------|---|------------------------------|
| 1. Да | → | К ВОПРОСУ 32 |
| 2. Хотел(а), но не смог(-ла) | → | К ВОПРОСУ 31 |
| 3. Нет, не было необходимости | → | К ВОПРОСУ 33 |
| 4. Нет, не знал(а), что это возможно | | |

31. ЧТО ВАМ ПОМЕШАЛО ПОМЕНИТЬ ПОЛИКЛИНИКУ? (возможно несколько вариантов ответа)

1. Не знал(а), куда обратиться
2. Решил(а), что пытаться бесполезно
3. Мне отказали (напишите причину)

98. Другое (напишите)

(ДЛЯ ОТВЕТИВШИХ НА [ВОПРОС 31](#) - ПЕРЕЙТИ К [ВОПРОСУ 33](#))

32. ПОЧЕМУ ВЫ ПОМЕНЯЛИ ПОЛИКЛИНИКУ? (возможно несколько вариантов ответа)

1. В связи с переездом на новое место жительства
 2. Из-за неудобного режима работы
 3. Из-за плохих санитарно-гигиенических условий
 4. В связи с недостаточным спектром медицинских услуг (анализы, УЗИ, флюорография, рентген и т.п.)
 5. Из-за недостаточно квалифицированного медицинского персонала
98. Другое (напишите)
-

33. ПАЦИЕНТ, ЗАСТРАХОВАННЫЙ ПО ОМС, ИМЕЕТ ПРАВО ПОЛУЧАТЬ БЕСПЛАТНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ НА ВСЕЙ ТЕРРИТОРИИ РФ, В ТОМ ЧИСЛЕ ЗА ПРЕДЕЛАМИ ПОСТОЯННОГО МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА. ПРИХОДИЛОСЬ ЛИ ВАМ ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ЭТИМ ПРАВОМ? (один ответ)

1. Да, я получал(а) бесплатную медицинскую помощь на других территориях РФ

по полису ОМС → К [ВОПРОСУ 35](#)

2. Пытался(-лась), но мне было отказано в бесплатной медицинской помощи на другой территории РФ

3. Нет, не приходилось → К [ВОПРОСУ 35](#)

34. ПОЧЕМУ ВАМ ОТКАЗАЛИ? (один ответ)

1. В медицинской организации, которой я хотел(а) лечиться, слишком много прикрепленного населения
 2. Из-за отсутствия местной регистрации
98. Другое (напишите)
-

35. ЗА ПОСЛЕДНИЙ ГОД ПРИХОДИЛОСЬ ЛИ ВАМ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЛИЧНЫЕ ДЕНЕЖНЫЕ СРЕДСТВА ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ И ЛЕЧЕНИИ В ПОЛИКЛИНИКЕ? (один ответ)

1. Не приходилось → К [ВОПРОСУ 37](#)
2. Иногда, с заключением договора на оказание платных медицинских услуг
3. Иногда, но без договора на оказание платных медицинских услуг
4. Очень часто, с заключением договора на оказание платных медицинских услуг
5. Очень часто, но без договора на оказание платных медицинских услуг

36. КАКУЮ СУММУ ВЫ ПОТРАТИЛИ? (напишите)

37. СЛУЧАЛОСЬ ЛИ ВАМ КОГДА-НИБУДЬ БЛАГОДАРИТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ПОЛИКЛИНИКЕ ЗА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ? (один ответ)

1. Да, это происходит довольно часто
2. Да, иногда случается
3. Нет, никогда не приходилось → К ВОПРОСУ 39

38. КТО ВЫСТУПАЛ ИНИЦИАТОРОМ ТАКОЙ "БЛАГОДАРНОСТИ"?

1. Я сам(а)
2. Медицинский работник .

Пожалуйста, укажите некоторые сведения о себе:

39. ВАШ ПОЛ:

1. Мужской
2. Женский

40. ВАШ возраст:

! _____ ! лет

41. ВАШЕ ОБРАЗОВАНИЕ:

1. Неполное среднее
2. Среднее
3. Среднее специальное
4. Неполное высшее
5. Высшее, в т. ч. ученая степень

42. ВАШЕ СОЦИАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ:

1. Предприниматель
2. Руководитель
3. Служащий
4. ИТР, специалист
5. Научный работник, преподаватель, учитель
6. Рабочий
7. Пенсионер
8. Домохозяйка
9. Учащийся
10. Безработный

98. Другое (напишите) _____

43. КАКОВ СРЕДНЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД ВАШЕЙ СЕМЬИ НА ОДНОГО ЧЕЛОВЕК?

1. Менее 10.0000 рублей
2. 10-15.000 рублей
3. 15-20.000 рублей
4. 20-25.000 рублей
5. 25-30.000 рублей
6. Свыше 30.000 рублей

99. Затрудняюсь ответить

Благодарим Вас за участие в опросе!*