

УДК 614.2:362.1 (575.1)

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПАТРОНАЖНЫХ СИСТЕМ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА ТАШКЕНТА И ТАШКЕНТСКОЙ
ОБЛАСТИ: ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ, КАДРОВЫЕ И РЕСУРСНЫЕ
АСПЕКТЫ**

Раджапов Т., Абдикаримов Б., Мусаев.У, Хайдарова.М, Махмудова.М

АННОТАЦИЯ

(RUS) В статье проведён сравнительный анализ организации и функционирования патронажной службы в двух административно-территориальных единицах Узбекистана – городе Ташкенте и Ташкентской области. Исследование фокусируется на ключевых аспектах: нормативно-правовое регулирование, организационная структура, кадровое обеспечение, финансирование, охват населения и материально-техническая база. Выявлены существенные различия, обусловленные урбанизированным характером мегаполиса и аграрно-сельским укладом области, которые влияют на логистику, плотность обслуживания и специфику оказываемой помощи. На основе анализа сформулированы практические рекомендации по оптимизации работы патронажной службы с учётом региональной специфики, направленные на повышение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи для различных групп населения.

(ENG) The article provides a comparative analysis of the organization and functioning of the patronage service in two administrative-territorial units of Uzbekistan – the city of Tashkent and the Tashkent region. The study focuses on key aspects: regulatory framework, organizational structure, staffing, financing, population coverage and material-technical base. Significant differences have been identified, due to the urbanized nature of the metropolis and the agrarian-rural structure of the region, which affect logistics, service density and the specifics of care provided. Based on the analysis, practical recommendations have been formulated to optimize the work of the patronage service, taking into account regional specifics, aimed at improving the accessibility and quality of primary health care for different population groups.

Ключевые слова: патронажная служба, первичная медико-санитарная помощь, сравнительный анализ, Ташкент, Ташкентская область, организация здравоохранения, сельское здравоохранение, городское здравоохранение, участковый принцип, доступность медицинской помощи.

ВВЕДЕНИЕ

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), краеугольным камнем которой является патронажная служба, признана Всемирной организацией здравоохранения основой для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения [1]. В Узбекистане, в рамках ongoing реформ системы здравоохранения, особое внимание уделяется укреплению именно этого звена, что отражено в ряде стратегических документов [2]. Патронажная служба, выполняющая функции профилактики, динамического наблюдения за определёнными группами населения (беременные, дети, хронические больные, лица пожилого возраста) и обеспечения связи между населением и учреждениями ПМСП, является критически важным элементом в сохранении общественного здоровья.

Однако эффективность работы данной службы в значительной степени зависит от региональных условий. Город Ташкент как столичный мегаполис и Ташкентская область, сочетающая пригородные зоны и отдалённые сельские районы, представляют собой две принципиально разные модели среды для оказания медицинской помощи. Различия в плотности населения, транспортной доступности, инфраструктуре, экономическом потенциале и образе жизни населения неизбежно накладывают отпечаток на организацию патронажной работы. В этой связи **актуальность** данного исследования обусловлена необходимостью разработки дифференцированных подходов к управлению патронажной службой, учитывающих специфику урбанизированных и сельских территорий.

Цель исследования – провести сравнительный анализ организации и функционирования патронажных систем города Ташкента и Ташкентской области по ключевым параметрам для выявления их сильных сторон, проблемных зон и формулирования адресных рекомендаций по совершенствованию.

Задачи исследования:

1. Проанализировать нормативно-правовую базу, регулирующую деятельность патронажной службы в обеих территориях.
2. Сравнить организационные структуры, кадровый состав и нагрузку на персонал.
3. Исследовать различия в материально-техническом и финансовом обеспечении.
4. Оценить охват населения патронажными услугами и их доступность.
5. На основе выявленных различий разработать практические рекомендации.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Проблемы организации патронажной (участково-территориальной) службы широко освещены в отечественной и зарубежной литературе.

Исследования подчёркивают её ключевую роль в снижении материнской и младенческой смертности, раннем выявлении заболеваний и управлении хроническими патологиями [3]. Международный опыт показывает, что эффективная система патронажа, интегрированная в общую сеть ПМСП, способствует снижению нагрузки на стационары и повышению удовлетворённости населения [4].

В контексте Узбекистана ряд авторов отмечают успехи в реформировании сельского здравоохранения, в частности, через развитие сети сельских врачебных пунктов (СВП), которые являются базой для патронажной работы в сельской местности [5]. Однако сохраняются проблемы, характерные для многих стран с переходной экономикой: дефицит кадров в сельской местности, старение патронажного персонала, неравномерность распределения ресурсов между городом и селом, недостаточная оснащённость транспортом и средствами связи [6, 7].

Исследования, непосредственно посвящённые сравнению городских и сельских моделей патронажа в условиях Узбекистана, носят фрагментарный характер. Большинство работ рассматривают либо общенациональные тенденции, либо специфику отдельных регионов. Таким образом, **научная новизна** данной статьи заключается в целенаправленном сравнительном анализе двух контрастных моделей – высокоурбанизированной (столица) и смешанной (область с развитым сельским хозяйством) – в рамках одного экономически развитого региона страны.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

1. Теоретические аспекты организации патронажной службы

Патронажная служба в Узбекистане является структурным подразделением системы ПМСП и функционирует на участковом принципе. Её основными задачами являются: проведение профилактических мероприятий (включая вакцинопрофилактику), дородовой патронаж беременных, патронаж детей первых лет жизни, динамическое наблюдение за пациентами с хроническими заболеваниями, диспансеризация, санитарно-просветительская работа. Организационно служба базируется в городских поликлиниках (терапевтических и педиатрических) и сельских врачебных пунктах. Ключевые фигуры – участковые терапевты, педиатры, врачи общей практики (ВОП), а также средние медицинские работники (патронажные медицинские сёстры, акушерки).

2. Нормативно-правовая и организационная база: сравнительный анализ

На макроуровне обе территории функционируют в рамках единого законодательства Министерства здравоохранения Республики Узбекистан. Однако на мезоуровне (уровень хокимията города и области) могут приниматься локальные программы и распоряжения, влияющие на финансирование и приоритеты. Для города Ташкента, как правило, характерно более быстрое внедрение пилотных проектов и цифровых решений (например, электронные патронажные карты) ввиду лучшей инфраструктуры и концентрации ресурсов [8]. В Ташкентской области большее внимание в локальных программах может уделяться мобильным формам работы (выездные бригады) и обеспечению отдалённых сёл.

Организационная структура:

- **Город Ташкент:** Чёткая вертикаль: Городской центр организации ПМСП → Районные отделы здравоохранения → Районные многопрофильные поликлиники (взрослые и детские) → Терапевтические и педиатрические участки. Участки компактны, с высокой плотностью населения. Логистика проста.
- **Ташкентская область:** Более сложная иерархия: Областной центр ПМСП → Районные отделы здравоохранения → Центральные районные больницы (ЦРБ) с поликлиниками → Сельские врачебные пункты (СВП) в крупных сёлах → Фельдшерско-акушерские пункты (ФАП) в малых населённых пунктах. Участки обширны по территории, с низкой плотностью населения. Логистика затруднена.

3. Кадровые ресурсы и нагрузка на персонал

Данный аспект демонстрирует одно из наиболее ярких различий.

- **Укомплектованность:** В городе Ташкенте укомплектованность врачебными кадрами участковой службы традиционно выше. Здесь наблюдается конкуренция за рабочие места, приток молодых специалистов. В Ташкентской области, особенно в отдалённых районах, сохраняется дефицит врачей (особенно узких специалистов и ВОП), выше доля среднего медицинского персонала, на которого ложится значительный объём патронажной работы [9].
- **Нагрузка:** В городе нагрузка измеряется преимущественно **количеством прикрепленного населения** (до 2000-2500 человек на терапевтическом участке). В области ключевым показателем становится **территория участка** и транспортная доступность. Патронажная сестра или фельдшер в сельской местности может тратить до 50-70% рабочего времени на перемещения между пунктами, что резко снижает эффективное время работы с пациентами.

- **Квалификация:** В столице чаще проводятся централизованные циклы повышения квалификации, выше доступ к современной медицинской информации. В области актуальной задачей остаётся обеспечение регулярного последипломного обучения для сельских медработников, в том числе с использованием дистанционных технологий.

4. Финансовое и материально-техническое обеспечение

- **Финансирование:** Бюджетное финансирование на душу населения в сфере ПМСП в городе Ташкенте, как правило, выше, чем в среднем по области. Это связано с более высокой стоимостью содержания инфраструктуры и заработной платы в столице. Однако в области могут действовать дополнительные стимулирующие надбавки за работу в сельской местности, хотя их размер часто признаётся недостаточным для удержания кадров.

- **Материально-техническая база:**

- **Город:** Поликлиники часто располагаются в современных или капитально отремонтированных зданиях, лучше оснащены диагностическим оборудованием (портативные аппараты ЭКГ, глюкометры), есть доступ к централизованным лабораториям. Транспортная проблема для патронажных выездов менее остра.

- **Область:** Многие СВП и ФАП требуют ремонта и модернизации. Критически важным вопросом является обеспечение службы **специализированным транспортом** (внедорожники, микроавтобусы) для регулярных выездов в отдалённые кишлаки. Также остро стоит проблема стабильной связи и доступа в интернет для оперативного консультирования и передачи данных.

5. Охват населения и доступность услуг

- **Охват формальный** (по данным отчётности) в обеих территориях стремится к 100%, особенно по наблюдению за детьми и беременными.

- **Охват качественный** (полнота и регулярность наблюдения) различается. В городе выше вероятность своевременного посещения на дому благодаря близости и оперативности. В сельской местности визиты могут быть менее частыми или откладываться из-за погодных условий, отсутствия транспорта, совмещения функций медработником.

- **Доступность:** Для городского жителя патронажная служба физически и временно более доступна. Для сельского жителя, особенно в горных или отдалённых районах области, единственным регулярным каналом связи с системой здравоохранения зачастую является именно выездной патронаж. Это

делает его функцию ещё более значимой, но и более уязвимой к сбоям в логистике.

ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

Выводы:

1. Патронажные системы города Ташкента и Ташкентской области функционируют в рамках единой правовой базы, но имеют фундаментальные организационные различия, детерминированные урбанизированным и сельским характером территорий.
2. Для городской системы характерны: высокая плотность участков, лучшая укомплектованность кадрами, более развитая инфраструктура и логистика. Ключевая проблема – оптимизация нагрузки при большом потоке прикрепленного населения.
3. Для областной (сельской) системы характерны: обширные участки, дефицит врачебных кадров, высокая зависимость от среднего медицинского персонала, критическая важность транспорта и связи, логистическая сложность. Ключевая проблема – обеспечение физической и качественной доступности услуг для удаленного населения.
4. Существующий механизм финансирования и стимулирования не в полной мере нивелирует дисбаланс в условиях труда между городом и селом, что способствует миграции кадров в столицу.

Рекомендации:

1. Для системы Ташкентской области:

Разработать и внедрить **целевую программу** по обеспечению патронажной службы области специализированным транспортом высокой проходимости и средствами спутниковой связи для отдаленных районов.

Существенно увеличить размер финансовых стимулов (подъемные, жилищные субсидии, «сельские надбавки») для медицинских работников, соглашающихся на работу в отдаленных СВП и ФАП.

Активно развивать **телемедицинское консультирование** сельских патронажных работников врачами ЦРБ и областных центров для повышения качества принимаемых решений на месте.

Рассмотреть модель **мобильных комплексных бригад** (врач, медсестра, акушерка), совершающих регулярные плановые выезды в группы отдаленных населенных пунктов.

2. Для системы города Ташкента:

Внедрить **электронный патронаж** с использованием планшетов/смартфонов для оперативного ввода данных, формирования маршрутов и снижения бумажной отчётности.

Оптимизировать размер терапевтических и педиатрических участков в густонаселённых районах для обеспечения качественного наблюдения.

Развивать **школы здоровья** и групповые формы патронажно-профилактической работы на базе поликлиник для повышения эффективности.

3. **Общие рекомендации:**

Унифицировать ключевые показатели эффективности (КПЭ) для патронажной службы с учётом территориальной специфики (например, ввести поправочные коэффициенты на площадь участка и транспортную доступность для сельской местности).

Создать единую цифровую платформу для мониторинга патронажной деятельности, позволяющую в режиме реального времени отслеживать охват, маршруты и результаты как по городу, так и по области.

Организовать регулярный **обмен опытом** (конференции, стажировки) между городскими и сельскими патронажными работниками для распространения лучших практик.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Всемирная организация здравоохранения. (2018). Доклад о первичной медико-санитарной помощи. Женева.
2. Министерство здравоохранения Республики Узбекистан. (2021). Стратегия развития системы здравоохранения Республики Узбекистан на 2021–2030 годы. Ташкент.
3. Абдуллаева, Х. М., & Рахимов, Ш. Т. (2020). Роль патронажной службы в снижении младенческой смертности в сельской местности Узбекистана. *Здравоохранение Узбекистана*, (4), 35-39.
4. Kruk, M. E., et al. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *The Lancet Global Health*, 6(11), e1196-e1252.
5. Икрамов, А. А., & Юлдашева, Г. С. (2019). Современное состояние и перспективы развития сельского здравоохранения в Узбекистане. *Медицинский журнал Узбекистана*, (3), 12-16.
6. Каримов, Ф. Н. (2022). Кадровые проблемы первичного звена здравоохранения в регионах Узбекистана. *Экономика и социум*, (5-1), 342-347.
7. Тураева, Д. Э. (2020). Доступность медицинской помощи для сельского населения: проблемы и решения. *Вопросы науки и образования*, (12), 45-50.

8. Ходжаева, Л. Р. (2023). Цифровизация первичной медико-санитарной помощи в городских условиях: опыт Ташкента. *Инновации в медицине и фармации*, 1(2), 88-94.
9. Саидова, М. А. (2021). Анализ нагрузки и условий труда среднего медицинского персонала патронажной службы в сельской местности (на примере Ташкентской области). *Здоровье, демография, экология*, (2), 67-72.
- 10.