

МАЗМҰНЫ / ОГЛАВЛЕНИЕ

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЗАҢЫ ЖӘНЕ ЭТИКАСЫ / ЗАКОН И ЭТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Клименко Е.Г.

Правовые основы организации психиатрической помощи в Казахстане

Қазақстанда психиатриялық көмекті ұйымдастырудың құқықтық негіздері

Буркитбаев Ж.К., Абдрахманова С.А., Имашпаев Д.М., Раисов С.Д.

Национальное законодательство «с позиции применения гемопоэтических стволовых клеток

Гемопоздiк дiң жасушаларын пайдалану тұрғысындағы ұлттық заңнама

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ СТРАТЕГИЯСЫ ЖӘНЕ САЯСАТЫ / СТРАТЕГИЯ И ПОЛИТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Байжунусов Э.А., Исатаева Н.М., Кулхан Т.Т., Сагиндыкова М.Ж., Гурцкая Г.М.

Оценка качества клинической диагностики

Клиникалық диагностиканың сапасын бағалау

Тасмаганбетова А.С., Шарбаков А.Ж.,

Роль материально-экономических факторов в развитии трудовых ресурсов здравоохранения

Денсаулық сақтаудың еңбек ресурстарын дамыту саласындағы материалдық-экономикалық факторлардың рөлі

Избасаров Б.У.

Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения

Денсаулық сақтау саласындағы мемлекеттік-жекеменшік әріптестік

КАДРЛАРДЫ БАСҚАРУ / УПРАВЛЕНИЕ КАДРАМИ

Рахимова Л.Ж.

Деловое совещание как эффективный инструмент управления

Іскерлік кеңес тиімді басқару құралы сияқты

ҚЫЗМЕТТЕРДІ БАСҚАРУ /УПРАВЛЕНИЕ УСЛУГАМИ

Жуланов Б.Ш.

К вопросу эффективности внедрения стандарта организации оказания онкологической помощи населению Республики Казахстан

Қазақстан Республикасының халқына онкологиялық көмек көрсету стандартын енгізу тиімділігінің мәселесі

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЭКОНОМИКАСЫ ЖӘНЕ ҚАРЖЫНЫ БАСҚАРУ / ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И УПРАВЛЕНИЯ ФИНАНСАМИ

Макашев Д.М., Кудабаяева Б.Б., Мубаракوف А.К.

Внедрение дифференцированной оплаты труда в медицинских организациях страны за период 1 полугодие 2013-2014 гг.

2013-2014 жжылдардың 1 жартыжылдық кезеңінде еліміздің медициналық ұйымдарына сараланған еңбекке ақы төлеуді енгізу.

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ АҚПАРАТЫ МЕН СТАТИСТИКАСЫН БАСҚАРУ /УПРАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИЕЙ И СТАТИСТИКОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Макашев Д.М., Кудабаяева Б.Б., Каирбекова З.Г.

Выявление онкологических больных на ранних стадиях – шанс на выздоровление и здоровую жизнь

Ерте сатыларда онкологиялық науқастарды айқындау – сауығуға және салауатты өмір сүру мүмкіндігі.

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ ИННОВАЦИЯЛАР / ИННОВАЦИИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Абдрахманова А.О.

Триз-технологии в медицинском образовании

Медициналық білім берудегі ТЕШТ-технологиялар

Есполова Г.Д.

Применение инструмента бенчмаркинга с целью повышения качества медицинских услуг

Медициналық қызмет сапасын арттыру мақсатында бенчмаркинг құралын қолдану

ҚҰЛАҚТАНДЫРМА / АНОНС

Рцрз разрабатывает новый проект – в фокусе министры здравоохранения

ДСДРО назарда Денсаулық сақтау министрлері атты жаңа жобаны әзірлеуде

Аккредитация медицинских организаций: тренинг для сотрудников медицинских организаций по вопросам внедрения стандартов аккредитаций

Медициналық ұйымдарды аккредиттеу: аккредиттеу стандарттарын енгізу мәселелері бойынша медициналық ұйымдардың қызметкерлеріне арналған тренинг

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЗАҢЫ ЖӘНЕ ЭТИКАСЫ / ЗАКОН И ЭТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Е.Г.Клименко

Жоғары санатты психиатр-дәрігер, «Айыртау АОА» ШЖҚ МҚК

ҚАЗАҚСТАНДА ПСИХИАТРИЯЛЫҚ КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУДЫҢ ҚҰҚЫҚТЫҚ НЕГІЗДЕРІ

Аталуы: Қазақстанда психиатриялық көмектің ұйымының құқықтық негіздері

Авторлары: Клименко Е.Г., Айыртау орталық аудандық ауруханасының психиатр-дәрігері

Түйіндеме: Психиатриялық көмек көрсету біздің елімізде тегін медициналық көмек мемлекеттік көлем шегінде жүзеге асырылады. Аталған көмек бірі бірталай мәселелерді шешуге бағытталған: психикалық денсаулығын зерттеу, психикалық бұзылыстарды зерттеу, психикалық ауыртқулары бар тұлғаларды емдеу, қарау және медико-әлеуметтік қалпына келтіру. Нормативті жөнге келген, әсерлі жұмыс атқаратын мұндай ұйымның еңбегінің нәтижесінде стационарлық және жедел медициналық көмекке, қажеттіліктің, аурушандықтың өрбуінің, асқынулар санының төмендеуін күтуге болады.

Title: Legal basis of psychiatric care in kazakhstan

Authors: Klimenko E., psychiatrist of the highest category, CHP on PVC "Aiyrtau CRH

Abstract: The provision of mental health care in our country is carried out within the State free medical care. This assistance is aimed at solving a number of problems: prevention of mental disorders, mental health survey of citizens, diagnosis of mental disorders, treatment, care and medical and social rehabilitation of persons with mental disorders. As a result, regulatory overlay, effectively running the organization of this type of assistance, we can expect a decrease in the incidence of exacerbations, complications, need for inpatient and emergency care.

Кіріспе. Бүгінгі күні Қазақстан Республикасының (бұдан әрі – ҚР) денсаулық сақтау жүйесі алдыға қарай қадам жасауда: медициналық ұйымдар (бұдан әрі – МҰ) заманауи жабдықтармен жаратқандырылды, клиникалық персонал халықаралық стандарттар бойынша оқытылуда, ауруханада басқару нарықтық қатынасқа ауысуды ескере отырып және бәсекелестік ортаны қолдаумен жүзеге асырылады. Өзгерістер психиатриялық қызмет көрсету жүйесіне де әсер етті, онда жақсарулар болды: стационарға келу ұзақтығы қысқаруда, препараттардың жаңа тиімді түрлері енгізілуде [1]. Сонымен қатар, жалпы мәселелерді шешу мақсатында психикалық денсаулық сақтау саласындағы қазақстандық мамандар Бехтерев атындағы Психоневрологиялық ғылыми-зерттеу институттарының, Томск психикалық денсаулық институтының қызметкерлері және басқаларымен сияқты шетелдік мамандармен шарттар жасасты [2].

Психикалық денсаулығының бұзылуынан зардап шегетін адамдарға көмек көрсету процесіндегі маңызды міндет пациентті қоғамда оналту және оны тұлға ретінде қалыптастыру болып табылады. Мұндай көмектің тиімділігі үшін науқастарды қолдау, кемсіту мен қысым көрсетуге жол бермеу бойынша, мәдени демалысты ұйымдастыру, сондай-ақ қосымша білім алу мүмкіндігін қамтамасыз ету бойынша шараларды көздеу қажет. Пациенттерді қалпына келтіру процесінде

қанағаттанбайтын қажеттіліктер болғандықтан, барлық күштер осы проблеманы шешуге жұмсалуды тиіс. Науқастарды күтіп-қарау және қолдау бойынша бүкіл жұмыс клиникаға жүгінуді талап ететін аурудың жіті сәттерін қоспағанда қоғамда жүргізіледі.

ҚР-да психикалық бұзылушылықтары бар науқастарға медициналық-әлеуметтік қызметтер негізінен стационарлық көмек түрінде ұсынылады, көбіне психикалық дені сау емес адамдар өмірінің көп бөлігін өткізетін жабық медициналық ұйымдар қоғамнан оқшауланған болады. Осылайша, мұндай адамдардың жарым жан және шеттетілген атмосферасы құрылады.

Қазіргі уақытта, батыс елдерінде пациенттерге әлемнен, адамдармен араласудан және күнделікті тұрмыстық құралдарды пайдаланудан алыстамауға мүмкіндік беретін психиатриялық көмек ұйымдары бар. Оларға: жергілікті келуге арналған үй-клубтарын, ересектер мен балаларға арналған отбасылық типтегі күндізгі орталықтарды, денсаулықты жақсарту мен тұлғаны әлеуметтік қалыптастыруға арналған келу мерзімі қысқа орталықтарды жатқызуға болады.

Зерттеу мақсаты. ҚР психиатриялық көмек көрсету саласындағы заңды және заңға тәуелді нормативтік актілерін зерделеу.

Материалдар мен әдістер.

Біз қарап отырған тақырыптың стратегиялық және нормативтік құжаттар қатарында психиатриялық көмекті ұйымдастыру туралы негізгі ережені бейнелеу түрінде өзінің өзектілігі бар. Біз Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасы [3], Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы кодекс [4], біздің Республикамыздағы Психиатриялық көмек ұйымдары туралы ереже [5] сияқты психиатриялық көмек көрсетумен байланысты нормативтік құжаттарға контент-талдау жүргіздік. Зерделеу нысанасы заң актілерінде медициналық көмектің баламалы түрлері туралы ескертпелердің кездесуін атап өту болды.

Нәтижелер мен талқылау.

Аталған талдауға жоғарыда көрсетілген үш нормативтік құжат кірді.

Мемлекеттік бағдарламаны зерделеу кезінде біз психиатриялық қызметтер көрсету бөлігінде мынадай тармақтардың қаралғанын айқындадық: психикалық ауруларды зерттеп-қарау, емдеу және оңалту әдістерін жетілдіру, сондай-ақ аталған көмек түрін көрсететін мамандардың деңгейін арттыру бойынша міндеттер. Психикалық аурулары бар науқастарға медициналық-әлеуметтік көмекті көрсететін ауруханадан тыс қызметтерді дамыту айтылмаған.

Денсаулық сақтау саласындағы заманауи заңнаманың негізін қалаушы құжаттардың бірі 2009 жылғы 18 қыркүйекте қабылданған «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» ҚР Кодексі. Жоғарыда аталған құжаттың бөлімдері, атап айтқанда негізгі бөлімнің жиырмамыншы тарауы 116-129-баптары психиатриялық көрмек көрсету процесіндегі құқық қатынастарын реттеуді назардан тыс қалдырмайды және орындау үшін міндетті болып табылады, онда психиканың бұзылуына мынадай анықтама беріледі, ол былай жазылған: психиканың бұзылуы (ауру) - адамның бас миы жұмысының бұзылуына байланысты психикалық қызметінің бұзылуы.

Кодекстің мәні Республикамыздың конституциясына және адам құқықтарына негізделген. Заманауи қоғам, сондай-ақ әлемдік қоғам психиатриялық көмек көрсетудің еріктігін қолдайды және ол осы құжаттың маңызды ережелерінің бір болды және 116-бапта сипатталады. Заңда есі ауысқан адамдарға көме азамат өз қалаған және емге келісім берген және көмек көрсету пациентке болуы мүмкін емдеу тәсілдерінің барыс, әдісі туралы, пайдаланылатын дәрі-дәрмектер мен емшаралар туралы хабардар етілетін жағдайда жүргізілетіне көзі жеткен жағдайда көрсетіледі. Қажетті шарт аса маңызды құжат – емдеуге жатқызуға келісімді толтыруы болады. Хабардар етілген келісімнің осындай қағидаттарына Қазақстанның келгенінен көп болған жоқ және пациенттерге көмек ұсыну мен олардың құқықтарын сақтау процесіндегі оң үрдісті көрсетеді.

Психикалық бұзылушылықтан зардап шегетін адамдардың анағұрлым тыңғылықты құқығы 120-бапта көрсетілген. Кодекстің мазмұнына сәйкес психикалық бұзылушылықтан зардап шегетін халық өзі тұратын жерде немесе ол қай жерде жүрсе де мәжбүрлі жағдайда да психиатриялық көмек алуға құқығы бар. Бұзылушылықтың аталған түрлері бар адамдар кез келген сәтте белгілі бір емдеу әдістері мен құралдардың көмегінен, сондай-ақ ғылыми зерттеулерге қатысудан немесе студенттердің қатысуына, сондай-ақ түсірілімдердің барлық түрлерінен бас тарта алады. Психиатриялық көмек көрсетуге қатысу үшін дәрігердің «тарапынан» шақыруға пациенттің келісілген құқығы маңызды болып табылады. Пациент өзін дағдыланған өмірінен аластатылдым сезінбеуі үшін оның келуіне қолайлы жағдай жасау мақсатында хат алмасу, сәлемдемелер алу, телефон құрылғыларын пайдалану, туғандарымен кездесу, жеке заттарының болуы және басқалары сияқты іс-қимылдар шешілді.

Кезек күттірмейтін көмек және емхана жүгінген кездегі көмек, психиатриялық сараптамаға, еңбекке жарамсыздықты анықтауға, жұмысқа орналасуға көмек және қоғамға бейімделуге кепілдік береді және Кодекске сәйкес орындалады. Мемлекеттің қатысуы білікті көмек ұсынудың барлық кезеңдерін ұйымдастыруда, психикалық бұзылушылықтан зардап шегетін 18 жасқа дейінгі балалардың оқуы үшін жағдай құруға, мамандандырылған ауруханалардың, сондай-ақ еңбек жағдайы жеңілдетілетін және қауіпсіз болатын өндірістерді құру мен қолдауда тоғысады.

Психикалық бұзылушылықтан зардап шегетін халық бірінші кезекте өз құқықтарын, оның ішінде бостандық құқығын қорғауды қажет етеді. Бұл еліміздің денсаулық сақтау органдарының құқық қорғау қызметінің басым бағыттарының бірі болып табылады.

Осы мақсатта, заңсыз және еріксіз мамандандырылған психиатриялық ұйымға орналастыруды жою үшін заңда емдеуге жатқызуға себеп адамда нақты психикалық ауруының болуы, қажетті ем мен зерттеп-қарау жүргізу қажеттілігі туралы маманның қорытындысы немесе соттың шешімі болып табылуы тиіс деп жазылған.

Бұл ретте, нормативтік құжаттарда азаматтың келісімінсіз ауруханаға орналастырылуы мүмкін болатын жағдайлары да жазылған, оларға мыналар жатады: пациенттің өзінің немесе басқаларға зиян келтіру қаупі болған кезде, көмек көрсетілмеген жағдайда ауыратын адамның денсаулығына залал келтірілсе,

сондай-ақ егер, адам өзінің сырқаты салдарынан өмірлік қажеттіліктерін қанағаттандыруға қабілетсіз болса сот-психиатриялық сараптаманың қажеттілігі. Аталған іс-шаралар сот шешімінің шеңберінде сақталуы тиіс және бұл ретте, сот органдары көздеген тәртіп сақталуы тиіс.

Психикалық бұзылушылықтары бар пациенттердің құқықтары жазылған, бірақ практикада толықтай іске асырылмайды, өйткені өз құқықтары туралы пациенттің тіпті өзі және оны күтіп қарайтын адам білмейді не медициналық ұйымның оларды жүзеге асыру үшін жағдайы жеткіліксіз. Ерекшелігінде еңбекке орналастыру құқығын іске асыру қиын шешілетін болып қалуда, өйткені аталған сәтте ҚР психикалық және ақыл есі бұзылған адамдар үшін екі емдік-еңбек шеберханасы ғана өз қызметін іске асырады.

Қазақстандағы Психиатриялық ұйымдар туралы ережеге сәйкес психиатриялық көмек көрсететін негізгі мекемелер психоневрологиялық диспансер және әдетте аумақтық бөлінісіне қарамастан диспансерге бекітілген психиатриялық аурухана болып табылады. Олар осы ауданда тұратын халыққа психиатриялық көмек көрсетеді. Диспансерлердің жұмысы учаскелік психиатрлар мен оның көмекшілерінің көмек ұсынуымен ұйымдастырылған.

Ережені зерделеген кезде күтіп қараудың ауруханадан тыс қызметтері психиатриялық ұйымның тізбесіне енгізілмеген және құжат барысында стационарлық ұйымдардан тыс тұлғаларды қалпына келтіруге болатын ұйымдардың мұндай түрлері туралы ескертпелері жоқ.

Тұжырымдама:

1. Зерделенген құжаттарда көмектің баламалы түрлерін құруға бағыттар байқалмайды.

2. Нормативтік құқықтық актілерде жергілікті келуге арналған үй-клубтары, ересектер мен балаларға арналған отбасылық типтегі күндізгі орталықтар, келу мерзімі қысқа орталықтар сияқты күтіп қараудың ауруханадан тыс қызметтерді дамытуға акцент жоқ.

3. Психикалық бұзылушылықтары бар адамдарды күндіз жұмыспен қамту, психологиялық-әлеуметтік, әлеуметтік-еңбек және кәсіби-еңбек оңалту орталықтарын құру арқылы пациенттерге еңбек терапиясын жүргізу және жұмысқа орналастыру үшін жағдай жасау қажет.

Көздері:

1. Доклад профессора Франко Мануэля – главы психиатрического департамента, директора научно-исследовательского центра Intras Foundation (г. Замора, Испания), выступившего в секции, посвященной вопросам лечения шизофрении.

2. «Актуальный вопрос-психическое здоровье», статья газеты «Здоровье Казахстана третьего тысячелетия». Издательский дом «Здоровье Казахстана», № 11/31, декабрь 2014г.

3. 2010 жылғы 29 қарашадағы № 1113 Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасы;

4. «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі кодексі.

5. «Психиатриялық көмек ұйымдары туралы ереже» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2011 жылғы 6 қарашадағы №15 бұйрығы.

Ж.К.Бүркітбаев

«ТҒӨО» ШЖҚ РМК директоры, м.ғ.к.

С. А. Әбдірахманова

«ТҒӨО» ШЖҚ РМК директорының бірінші орынбасары, м.ғ.к.

Д.М.Имашпаев

«ТҒӨО» ШЖҚ РМК ГДЖ донорларын тіркеу және трансплантацияны дамыту бөлімінің басшысы

С.Д.Раисов

«Республикалық қан орталығы» РМҚКК ТЖ және арнайы мәселелер жөніндегі орынбасар

ГЕМОПОЭЗДІК ДІҢ ЖАСУШАЛАРЫН ПАЙДАЛАНУ ТҮРҒЫСЫНДАҒЫ ҰЛТТЫҚ ЗАҢНАМА

Аталуы: Гемопоэздік дің жасушаларын пайдалану түрғысындағы ұлттық заңнама

Авторлары: Бүркітбаев Ж.Қ., Әбдірахманова С.Ә., Имашпаев Д.М., Раисов С.Д.

Түйіндеме: Қазақстан Республикасында трансплантологияны дамыту денсаулық сақтау саласындағы басым бағыттарының бірі ретінде белгіленген. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасына ГДЖ транспланттау мен HLA-типтеудің молекулалық әдісін енгізуге қатысты шараларды енгізу Қазақстанда ГДЖ транспланттау технологияларын дамыту үшін бірінші қадамдарының бірі болды. Біз ҚР қолданыстағы нормативтік-құқықтық базаға нормативтік-құқықтық актілерде «гемопоэздік дің жасушалары» терминінің бар-жоғына контент-талдауын жасадық. <http://online.zakon.kz> сайтының интернет ресурсы негіз үшін алынды.

Title: National legislation in terms of application hematopoietic stem cells

Authors: Klimenko E., psychiatrist of the highest category, CHP on PVC "Aiyrtau CRH

Abstract: Development of transplantation in the Republic of Kazakhstan is designated as one of the priorities in healthcare system. One of the first steps in the development of HSC transplantation technologies in Kazakhstan was including measures relating to the implementation of HSC transplantation and molecular method of HLA- typing to the National Healthcare Development Program of the Republic of Kazakhstan for 2011-2015 years "Salamatty Kazakhstan". We have conducted a content analysis of existing legal framework base of the Republic of Kazakhstan on the subject of presence of term "hematopoietic stem cells" in legal acts. As the base was taken online resource <http://online.zakon.kz>

Кіріспе. Қазақстан Республикасында (бұдан әрі – ҚР) трансплантологияны дамыту денсаулық сақтау саласындағы басым бағыттардың бірі ретінде белгіленген, ол Қазақстан Республикасының Президенті Н.Назарбаевтың Қазақстан халқына Жолдауында көрсетілген [1].

Ресейде гемопоэздік дің жасушаларын (бұдан әрі – ГДЖ) транспланттау саласында артта қалуға әкелетін негізгі проблемалардың бірі әкімшілік-құқықтық және ұйымдастырушылық сипаттағы проблема болып табылады және осы проблемалар шешілмесе Ресейде ГДЖ трансплантациясын дамыту мүмкін емес [2].

Мұндай проблемаға кеңес үкіметінен кейінгі кеңістіктердегі көптеген елдер ұшырады деп айтуға болады.

Қазақстанда ГДЖ трансплантациясының технологиясын дамытуға арналған басты қадамдардың бірі Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасына ГДЖ трансплантациясын енгізуге қатысты шараларды және НЛА-типтеудің молекулярлық әдісін енгізу болды [3].

Зерттеу мақсаты. Гемопоэздік дің жасушаларының қолданылуын реттеу бөлігінде ұлттық заңнаманы зерделеу.

Материалдар мен әдістер. Біз ҚР нормативтік құқықтық базасына нормативтік құқықтық (бұдан әрі – НҚА) «гемопоэздік дің жасушалары» терминінің болуы нысанасына контент-талдау жүргіздік. Негіз ретінде <http://online.zakon.kz> сайтының интернет ресурсы алынды. Аталған веб-ресурс ҚР заңнамалық база (бұдан әрі – база) көздерінің бірі болып табылады. Аталған базада арасында ГДЖ аталған 64 құжат тіркелген:

- Қазақстан Республикасы Президентінің Жарлығы [4];
- «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» ҚР Кодексі [5];
- Кеден одағы комиссиясының және Еуразиялық экономикалық комиссияның шешімі [20];
- ҚР Үкіметінің қаулылары мен өкімдері [17-19];
- НҚА деректері, Дәрілік препараттарды қолдану стратегиясы мен нұсқаулығы [21-25].

Нәтижелер мен талқылаулар. Аталған шолуда ГДЖ пайдалану және дамыту хронологиясы тұрғысынан біз анағұрлым «қызықтысын» республиканың нормативтік құқықтық актілерінен айқындадық.

ҚР денсаулық сақтау жүйесінің негізгі құжаты «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» ҚР Кодексі болып табылады. Сондай-ақ, базаның мазмұнын зерделеу кезінде «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының Кодексіне өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы» ҚР Заңының жобасында «донор – донорлық қан, оның компоненттері, өзге де донорлық материал (оның ішінде шәует, аналық жасушалар, ұрпақты болу ағзаларының тіндері, жыныс жасушалары, эмбриондар)

алу жүргізілетін, сондай-ақ реципиентке транспланттау үшін тінді (тіннің бөлігін) және (немесе) ағзаларды (ағзалардың бөлігін) алу жүргізілетін адам, адамның мәйіті, жануар» деп көрсетілген деректерді таптық [5].

Одан әрі «гемопозддік дің жасушалары» термині кездесетін айқындалған нормативтік құқықтық актілерді түсіну қолайлығы және жүйелеу үшін құжаттар түрі бойынша, салалар немесе бағыттары бойынша, сондай-ақ құжаттардың, оның ішінде ҚР аумағында қолданылатын деңгейлері және негізінен Кеден Одағымен (бұдан әрі – КО) байланысты халықаралық құжаттар бойынша бөлінді (1-кесте).

НҚА-да ГДЖ туралы бірінші ескертпе ҚР ДСМ Республикалық бюджеттік бағдарламаларының паспортында ГДЖ трансплантациясын дамыту жоспарланса да 2007 жылы тіркелген [18]. Сол жылы Тактивин дәрілік препаратын қолдану бойынша нұсқаулық бекітілді, «Фармакодинамика» бөлімінде ол ГДЖ белсенділігін қалпына келтіреді деп көрсетілген [7].

1-кесте – Жылдар бойынша «гемопозддік дің жасушалары» термині бар нормативтік құқықтық актілердің кездесуі

Жыл	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Барлығы
Кодекс		1						1	2
Заң							1		1
Үкіметтің қаулылары						3		4	7
ҚР ДСМ бұйрықтары			1		3	13	10	3	30
Үкіметтің есебі						2			2
Премьер-Министрінің өкімдері							1		1
Паспорт	1	1					1		3
Шешім					1		2	3	6
Нұсқаулықтар/шолу	1	1		1	1		2	6	12
Барлығы	2	3	1	1	5	18	17	17	64

2008 жылы «Ұлттық медициналық холдинг» акционерлік қоғамының Директорлар кеңесі отырысының хаттамасында ГДЖ қолдану болжамдығы туралы көрсетілген және соңғы жылдары, алынған, оның ішінде адамның кіндік қанынынан перефириялық гемопозддік дің жасушаларын транспланттау идеясы кеңінен дамуда деп айтылған [23].

2009 жылы ҚР ДСМ 2009 жылғы 12 қарашадағы № 699 бұйрығы шықты, онда цитостаттық емдеу және жұлын миы мен ГДЖ транспланттау сияқты қан жүйесінің патологиясы бар науқастарды емдеудің заманауи әдістерді қамтитын гематологиялық қызметтерге арналған жаңа біліктілік талаптар көрсетілген [15].

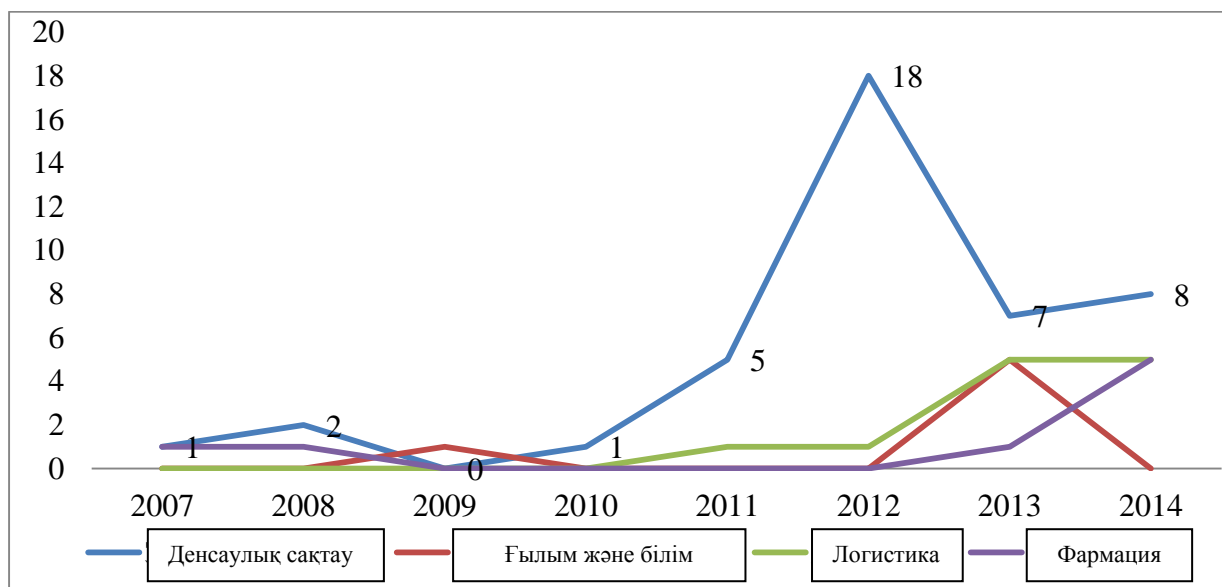
НҚП мәні мен тағайындамасының қолайлығына арналған заңнамалық базаны зерделеу үшін біз ГДЖ қатысты төрт негізгі бағытты бөлдік (1-сурет):

1. ГДЖ емдеу процесіне тікелей қатысты НҚА медициналық бағыттар және оларды практикада емдеу регламенті;

2. ГДЖ ғылыми салада қолдануға, сондай-ақ аталған жасушалармен айналысатын медициналық мамандарға қойылатын талаптарды немесе біліктілік талаптарды анықтауға қатысты ғылыми-білім беру бағыттары;

3. ГДЖ ҚР аумағына және аумағынан әкетуге мен әкелуге, тасымалдауға қатысты логистикалық бағыттар;

4. Гематологиялық науқастарды емдеуге қатысатын препараттарды қолдану бойынша нұсқаулыққа қатысты фармацевтикалық бағыттар. Мысалы, Донор қанындағы ГДЖ жұмылдыру жөніндегі препарат.



1-сурет – Бейіндер бойынша ГДЖ-мен байланысты нормативтік құқықтық актілер

Бағыттар бойынша НҚА туындауы хронологиясын қарай отырып, 2011 жылдан бастап ГДЖ саласындағы заң шығару белсенділігінің өсуі және олардың арасында «гемопозддік дің жасушалары» терминінің кездесу диапазонын кеңейту байқалады (1-кесте).

Мысалы, ҚР ДСМ 2011 жылғы 12 қыркүйектегі № 614 бұйрығында қазақстандық медициналық генетика мен трансплантологияны дамытуға қан қызметінің үлесі Қазақстан халқының арасында HLA-фенотиптерінің таралуын зерделеу болады. Ол үшін Трансфузиология ғылыми-өндірістік орталығының (бұдан әрі – ТҒӨО) базасында тінді типтеу зертханасы құрылды. HLA-фенотиптері туралы лерекордың жинақталуына қарай Гемопозддік дің жасушаларының улеуетті лонорларының тіркелімі құрылуда. Ағзалар мен тіндердің трансплантациясын дамыту шеңберінде донор ағзаларын қажет ететін пациенттердің «күту парақтары» құрылуда [9].

Сонымен қатар, бұйрықтардың аталған тобына ҚР ДСМ 2011 жылғы 31 желтоқсандағы № 931 бұйрығын жатқызуға болады, онда ТҒӨО-на кіндік және перефириялық қаннан алынатын донор және аутологиялық дің жасушаларын дайындау, бөлу, зертханалық зерттеп қарау мен сақтау, сондай-ақ тіндер мен

ағзалардың трансплантациясы үшін реципиенттердің және донорлардың адами лейкоцитарлы антигендері (HLA-зерттеу) саласында зерттеу жүргізу бойынша функция бекітілген [6].

2011 жылдың басқа да маңызды құжаты деп Тіндер мен ағзаларды иммунологиялық типтеудің орталық және жергілікті зертхананың функцияларын анықтайтын ҚР ДСМ 2011 жылғы 28 желтоқсандағы № 928 бұйрығын, сондай-ақ донорлар мен реципиенттерге иммунологиялық типтеу жүргізу алгоритмін атауға болады, орталық зертхана ретінде ТҒӨО зертханасы анықталды [8].

Осы жылы, КО-ның кеден аумағынан адам ағзаларын және (немесе) тіндерін, қан және оның компоненттерін әкелу мен әкету тәртібі туралы ереже қаралды [20].

2012 жылы ҚР ДСМ ГДЖ қатысты 13 бұйрық, ҚР Үкіметінің 3 қаулысы қабылдады. ҚР Үкіметінің 2012 жылғы 4 желтоқсандағы № 1532 қаулысының «Денсаулық сақтау саласындағы заңнаманы жетілдіру» деген тармақта қазіргі уақытта қолданыстағы заңнамада гемопоэздік дің жасушаларын транспланттау мәселелерін анықтайтын және регламенттейтін нормалар жоқ. Осыған байланысты, гемопоэздік дің жасушаларын транспланттау бойынша қызметті дамытуға, атап айтқанда гемопоэздік дің жасушалары түсінігін енгізуге арналған заңнамалық базаны құру қажет [4].

Келесі маңызды мәселе Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасын іске асыру жөніндегі іс-шаралар жоспарын бекітетін Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2011 жылғы 29 қаңтардағы № 41 қаулысы, онда 73-тармақта ГДЖ транспланттауды және HLA-типтеу молекулярлық әдісті енгізу туралы көрсетілген [17].

Сондай-ақ Донор қанының және оның компоненттерінің сапасы мен қауіпсіздігін бақылау қағидаларын бекіту туралы құжаттар зерделенді, онда ГДЖ-барлық гемопоэздік желілер бойынша өзін өзі жаңғыртуға, саралануға қабілетті бастапқы полипотентті жасушаларды ұсынатын қан компоненті. Бөлінген дің жасушалары аутологиялық плазмада болады. Бұйрықта көрсетілген ГДЖ түрлері, қатыру, зерттеу, сақтау және тасымалдау қағидалары, қауіпсіздік шаралары» [10].

Бұдан басқа, ҚР ДСМ Жауапты хатшының 2012 жылғы 18 сәуірдегі № 263 бұйрығында Қазақстан Республикасында гемопоэздік дің жасушаларын транспланттауды және HLA-типтеудің молекулярлық әдісін мониторингілеу мен енгізуді ҚР ДСМ Жауапты хатшысы бақылайды деп белгіленген [11].

2012 жылдың маңызды нормативтік құқықтық құжаттардың бірі «ҚР Гемопоэздік дің жасушалары донорларының тіркелімін енгізу қағидасын бекіту туралы» ҚР ДСМ 2012 жылғы 27 желтоқсандағы № 927 бұйрығы болып табылады [12].

2013 жылы 10 НҚА қабылданды, Денсаулық сақтау министрінің бір ресми кеңесі, КО 2 шешімі және ГДЖ көрсетілген, ҚР ДСМ Медициналық және фармацевтикалық қызметтерді бақылау комитеті төрағасының бұйрығымен

бекітілген дәрілік заттарды медициналық қолдану бойынша 2 нұсқаулық жарияланды.

Маңызды құжаттардың бірі Бейіндер бойынша жоғары мамандандырылған медициналық көмек (бұдан әрі – ЖММК) түрлерін бекіту туралы Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2013 жылғы 23 желтоқсандағы № 750 бұйрығы болды, онда ЖММК бірегей түрлеріне 99.791 коды бойынша аутотрансплантацияға арналған гемопозддік дің жасушаларын дайындау жатқызылады [99.791 \[13\]](#).

2014 жылы 17 нормативтік құқықтық актілер қабылданды. Оның ішінде 8-і тікелей денсаулық сақтаумен, 5 құжат ГДЖ КО аумағынан әкетумен және әкелумен байланысты, бұдан басқа ҚР ДСМ Медициналық және фармацевтикалық қызметтерді бақылау комитеті дәрілік препараттарға арналған бір қатар нұсқаулықтарды бекітті.

Сондай-ақ, 2014 жылы ГДЖ ҚР аумағынан әкелуге және әкетуге қорытынды (рұқсат құжатын) беру қағидасы анықталды [16].

Қорытынды: ҚР нормативтік құқықтық базасын «гемопозддік дің жасушалары» терминінің «кездесуі» нысанасына зерделеу және бізге мынадай қорытынды жасауға мүмкіндік берді:

1. 2011 жылдан бастап ГДЖ-ға қатысты, әсіресе оларды ГДЖ ҚР аумағынан әкелу және әкету саласындағы мәселелерге тұрақты норма шығармашылығы белсенділігі байқалады, ол ГДЖ донорларының тіркелімін, тіндерді типтеу зертханасын құрумен және Кеден Одағын дамытумен байланысты.

2. ГДЖ донорының «әлеуметтік топтамасын» ұсынуды – ГДЖ донорлығын дамытудың басты сәттерінің бірі ретінде денсаулықты сақтандыруды, еңбекке уақытша жарамсыздыққа ақы төлеуді реттейтін арнайы НҚА жоқ.

3. ГДЖ трансплантациясын жоғары мамандандырылған емдеу әдіс ретінде дамыту, ГДЖ пайдаланудың заңнамалық негізін «нығайту» қажеттілігін бұйырады.

Көздері:

1. Мемлекет басшысы Н.Ә.Назарбаевтың Қазақстан халқына жолдауы, 2010;
2. Хайтов Р.М., Хаманева Н.Ю., Алексеев Л.П., Рагимов А.А., Уткин К.В., Болдырева М.Н., Алексеева П.Л. Трансплантация кроветворных стволовых клеток в России. Причины отставания. Медико-биологические, административно-правовые и организационные аспекты// Вестник службы крови России.-2012.- №2.- С.9-10;
3. «Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасын іске асыру жөніндегі іс-шаралар жоспарын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2011 жылғы 29 қаңтардағы № 41 қаулысы;
4. «Заң шығару жұмысының 2012 - 2016 жылдарға арналған тұжырымдамалық жоспарын бекіту туралы (Қазақстан Республикасының Парламенті Мәжілісінің бесінші шақырылымы)» Қазақстан Республикасының Президенті Жарлығының жобасы туралы» Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2012 жылғы 4 желтоқсандағы № 1532 қаулысы;
5. «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі Кодексі (2013 жылғы 30 сәуірдегі өзгерістерімен)
6. «Қан қызметі саласындағы қызметті жүзеге асыратын денсаулық сақтау ұйымдары туралы ережені бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2011 жылғы 30 желтоқсандағы № 931 бұйрығы;
7. ҚР ДСМ Медициналық және фармацевтикалық қызметтерді бақылау комитеті төрағасының 2007 жылғы 14 желтоқсандағы № 211 бұйрығымен бекітілген Нұсқаулық;

8. «Тіндерді және (немесе) ағзаларды (ағзалардың бөліктерін) транспланттаудың кейбір мәселелері туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2011 жылғы 27 желтоқсандағы № 928 бұйрығы;
 9. «Қазақстан Республикасының Қан қызметін дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған тұжырымдамасын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2011 жылғы 12 қыркүйектегі N 614 бұйрығы;
 10. «Донорлық қанның және оның компоненттерінің сапасын бақылау ережесін бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2009 жылғы 10 қарашадағы № 684 бұйрығы (2012 жылғы 2 тамыздағы өзгерістермен);
 11. «Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасын іске асыру тиімділігіне мониторинг және бағалау жүргізу үшін оперативтік есептілік ұсыну қағидаларын бекіту туралы» Қазақстан республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Жауапты хатшасының 2012 жылғы 18 сәуірдегі № 263 бұйрығы (2012 жылғы 9 шілдедегі толықтырулармен);
 12. «ҚР Гемопозддік дін жасушалары донорларының тіркелімін енгізу қағидасын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2011 жылғы 27 желтоқсандағы № 926 бұйрығы;
 13. «Бейіндер бойынша жоғары мамандандырылған медициналық көмек түрлерін бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2013 жылғы 23 желтоқсандағы № 750 бұйрығы;
 14. «Медициналық ғылымды 2020 жылға дейін дамыту тұжырымдамасын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2013 жылғы 23 тамыздағы № 485 бұйрығы;
 15. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2009 жылғы 12 қарашадағы № 699 бұйрығымен бекітілген Медициналық және фармацевтикалық мамандықтардың біліктілік сипаттамалары;
 16. «Туыстас емес транспланттауды жүргізу мақсатында гемопозддік дін жасушаларын, сүйек кемігін өткізген жағдайда, оларды, сондай-ақ диагностикалық мақсаттарға арналған немесе биомедициналық зерттеулер жүргізу процесінде алынған жасушалардың, тіндердің, биологиялық сұйықтықтар мен сөлдердің, оның ішінде адамның тіршілік әрекеті өнімдерінің, физиологиялық және патологиялық шығындылардың, сүртінділердің, қырындылардың, шайындылардың үлгілерін Қазақстан Республикасының аумағына әкелуге және Қазақстан Республикасының аумағынан әкетуге қорытындылар (рұқсат беру құжаттарын) беру қағидаларын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрдің міндетін атқарушының 2014 жылғы 26 наурыздағы № 151 бұйрығы;
 17. «Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасын іске асыру жөніндегі іс-шаралар жоспарын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2011 жылғы 29 қаңтардағы № 41 қаулысы (2012 жылғы 23 тамыздағы жағдай бойынша өзгерістермен жәнетолықтыруларымен);
 18. «2007 жылға арналған республикалық бюджеттік бағдарламалардың паспорттарын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2006 жылғы 15 желтоқсандағы № 1220 қаулысы;
 19. «Мемлекеттік көрсетілетін қызметтер тізілімін бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2013 жылғы 18 қыркүйектегі № 983 қаулысы;
 20. Решение Комиссии ТС от 18 ноября 2011 года №858 «О внесении изменений в Решение Комиссии Таможенного союза от 27 ноября 2009 г. №130 и Приложение № 7 к Решению Комиссии Таможенного союза от 20 сентября 2010 г. №378 в отношении гемопозитических стволовых клеток и костного мозга», г. Москва;
 21. Қазақстан Республикасының 2050 жылға дейінгі даму стратегиясы;
 22. Досье проекта Закона Республики Казахстан «О внесении изменений и дополнений в Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 30 апреля 2013 года;
 23. Стратегия АО «Национальный медицинский холдинг» на 2008-2018 годы, приложение к протоколу очного заседания Совета директоров акционерного общества «Национальный медицинский холдинг» от 28 ноября 2008 года;
 24. Ревлимид. Дәрілік заттарды медициналық қолдану бойынша нұсқаулық (ҚР ДСМ МФҚБК төрағасының 2014 жылғы 18 маусымдағы №427 бұйрығымен бекітілген).
 25. Эвольтра. Дәрілік заттарды медициналық қолдану бойынша нұсқаулық (ҚР ДСМ МФҚБК төрағасының 2013 жылғы 4 қарашадағы №949 бұйрығымен бекітілген).
-

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ СТРАТЕГИЯСЫ ЖӘНЕ САЯСАТЫ / СТРАТЕГИЯ И ПОЛИТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Е.Ә.Байжүнісов

*ҚР ДСМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК
Бас директоры*

Н.М.Исатаева

*ҚР ДСМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК
Бас директорының орынбасары*

Т.Т.Құлхан

*ҚР ДСМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК
МТБ бөлімінің бастығы*

М.Ж.Сағындықова

*ҚР ДСМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК
МКСБ бөлімінің бас менеджері*

Г.М.Гурцкая

*ҚР ДСМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК
МТБ бөлімінің бас менеджері*

КЛИНИКАЛЫҚ ДИАГНОСТИКАНЫҢ САПАСЫН БАҒАЛАУ

Аталуы: Клиникалық диагностиканың сапасын бағалау

Авторлары: Байжүнісов Е.Ә., Исатаева Н.М., Құлхан Т.Т., Сағындықова М.Ж., Гурцкая Г.М.

ҚР ДСӨДМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК

Түйіндеме: Диагностика – ауруды анықтау және керекті емдік-профилактикалық іс-шараларын таңдау үшін науқастың жай-күйін тану әдістері мен құралдарын қолданатын клиникалық медицинаның бөлімі.

Стандартты жіктеудің болмауы, аурудың асқынуы, диагностика және емдеу қателіктері, ақаулар, апаттар мен қатерлерді анықтау, ятрогенді аурулар диагноз қайшылығы мен айырмашылығының мәселесіне ағымдағы жағдайды талдауға сараптама жүргізуді айтарлықтай қиындатады. Сондықтан да медициналық сақтандыру қателіктер, ақаулар, апаттар ятрогенді аурулар және асқынулардың айқын әдістемелік қағидаларынсыз және сараптаудың әдістемелік тәсілдерінсіз мүмкіндігі жоқ және шешім талап ететін күрделі мәселе болып табылады.

Title: Assessment of the diagnostics quality

Authors: Baizhunussov.E.A., Isstatyeva N.M., Kulkhan T.T., Sagyndykova M.Z., Gurtskaya G.M.

RSE on RBA «Republican Center for Health Development» MH&SD RK

Abstract: Diagnostics is the section of clinical medicine, including methods and tools for the recognition of disease and condition of the patient for appropriate therapeutic and preventive measures.

Lack of standard classification complications diagnosis and treatment of errors, defects, identifying accidents iatrogenic diseases greatly complicates the analysis of the current situation on the issue of discrepancies diagnosis. That's why health insurance without clear methodological principles and methodical examination techniques complications, errors, defects, accidents and iatrogenic is a complex problem requiring a solution.

Медициналық көмектің сапасын жақсарту – Қазақстан республикасының Президенті Н.Ә.Назарбаевтың «Қазақстан жолы – Бір мақсат, бір мүдде, бір болашақ» атты 2014 жылғы 17 қаңтардағы Қазақстан халқына Жолдауында анықталған және ҚР Денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасының негізгі бағыттарының бірі болып табылатын негізгі міндет [1,2].

Диагностика – тиісті емдік және профилактикалық шараларды қабылдау үшін ауруларды және науқастардың жағдайын тану әдістері мен құралдарын қамтитын клиникалық медицина бөлімі [3,4].

1. Диагноз қою дәрігердің пациентпен жеке әңгімелесуінен басталады және мыналарды қамтиды:

- пациентпен танысу, шағымдарын нақты сұрау;
- сырқатнамасы (анамнезі) бойынша сұрау: ауру симптомдары қалай дамыду, адам аурудың осы деңгейіне қалай келді, кім айналысты, андай зерттеп-қараулар жүргізілді;
- қосымша (өмір сүру анамнезі) – пациенттің қашан туғанын, қашан және немен ауырғанын, ата-анасы немен ауырғанын, қандай генетикалық туындаулары, ерекшеліктері мен дағдылары бар екенін анықтау қажет.

2. Дәрігер өзі үшін пациенттің белгілі бір сипатын жасап, одан әрі зерттеулер кешенін әзірлейді:

- бұл әртүрлі анализдер (қан, несеп, нәжіс, қанда қанттың болуы және ауру симптомна қарай басқалары);
- кейде зертханалық зерттеу нәтижелері дұрыс диагноз қою үшін жеткіліксіз болады, онда аспаптық зерттеулер (ЭКГ, рентген, УДЗ және т.б.) тағайындалады.

3. Симптомдар ұқсас және зерттеудің ақпараты аз болған кезде қиын кезең – сараланған диагноз (бір жағдайды оған ұқсас басқа жағдайдан оқшаулау) тағайындалады.

Диагноз түрлері:

1. Алдын ала диагноз – жедел медициналық жәрдем, бастапқы қарап-теусеру кезіндегі медициналық-санитариялық алғашқы көмек (МСАК) деңгейінде.

2. Клиникалық диагноз – өз кезегінде мыналарды қамтитын стационардың бейінді маманының деңгейінде:

- 1) негізгі ауру;
 - 2) қосалқы ауру;
 - 3) бәсекелесетін ауру;
 - 4) негізгі аурудың асқынуы;
 - 5) Көлеңкелі ауру.
3. Патологоанатомиялық диагноз
4. Сот-медициналық диагноз

Емдеу-диагностикалық процесте диагноздың мынадай түрлері пайдаланылады:

- жіберген мекеменің диагнозы;
- түскен кездегі диагнозы;
- клиникалық диагноз;
- кезеңдік диагноз;
- науқасты шығарған кезде немесе қайтыс болған кездегі диагноз.

Қолданыстағы клиникалық практикада диагноздар сәйкес келмеуі мүмкін, өйткені зерттеулер кезең-кезеңмен кеңейтілуде және диагноз қоюға ықпал ететін басқа да себептер пайда болуы мүмкін. Бір немесе бірнеше симптомдар дәрігерді жаңылыстыруы және дұрыс диагноз қоймауға әкелуі мүмкін. Аталған науқаста пайда болған ауру осы аурудың классикалық сипаттамасымен толықтай ұқсас болатын жағдайлар кездеседі, бірақ соңғы уақытта мұндайлар өте сирек кездеседі. Яғни диагноз қоюдың маңызды кезеңі сараланған диагноз қою болып табылады [5,6] (1-сурет).



1-сурет – Қате диагнозға әкелуі мүмкін факторлар.

Көбінесе нақты диагноз операциялық араласулар уақытында немесе қиын гистохимиялық (зертханалық, генетикалық) зерттеулер жүргізгеннен кейін ғана белгіленетінін атап өту қажет [7].

Бұдан басқа, ғылым тарапынан ауру диагнозын қою үшін диагностикалық іздеу жүргізу қажет, яғни (механикалық, уытты, инфекциялық, термикалық және т.б.) жүктемелер факторын айқындау, ақаулардың (бұзылушылықтардың, қандай да бір ағзалардың жұмыс істемейтінін және

анатомиялық бұзылушылықтардың) болуын айқындау, организм жүйесінің функционалдық резервтерін айқындау, жағымсыз әдеттерін (бастапқы шеңберлерін) айқындау, шағымдар басталатын жүктеме деңгейлерін анықтау.

Дұрыс диагноз қоймау жағдайлары, дәрігерлік қателіктер ретінде жіктеледі.

Халықаралық статистика әрбір екінші жағдайда дәрігерлік қателіктер қате диагнозбен, диагноздың болмауымен, гипердиагностикамен сүйемелденеді дейді.

Өлімнің негізгі себебі болып өзі немесе онымен байланысты немесе оның асқынумен шарттасатын ауру арқылы өлімге әкелетін негізгі аурудың ерекше асқынуы есептеледі. Олардың диагностикасы негізгі ауруға қарағанда маңыздырақ, өйткені онымен күрес, оларды табысты емдеу науқастың өмір сүруін ұзартуға мүмкіндік береді [10].

Көбіне бұл асқынулар диагностикаланбайды және негізгі клиникалық және патологоанатомиялық диагноздар ұқсас болған кезде статистикалық әжірлемеге түспейді және талданбайды. Сондықтан клиникалық және патологоанатомиялық диагноздардың айырмашылықтары жағдайларын бағалауға қатынастарын өзгерту үшін маңызды (өлімге әкелетін) асқынулар болған кезде «Өліммен аяқталатын диагностика қателіктері» бірыңғай критерийлері пайдаланылады, онда диагноздардың айырмашылықтары негізгі аурулар бойынша, ал олар сәйкес келген кезде – диагностикаланбаған маңызды өлімге соқтыратын асқынулар (сепсис, перитонит, пневмония және басқалары) қамтылады [11,12].

Беларусияда клиникалық және патологоанатомиялық диагноздардың арасындағы айырмашылықтар 3%-ды құрайды.

Ресей академигі Г.Автандиловтың теориялық салымдарына сәйкес диагноздардың айырмашылықтарының жалпы пайыздағы көрсеткіштері мамандандырылған ауруханаларда 5%-ден төмен, көп бейінді денсаулық сақтау ұйымдарында: емханалар мен амбулаторияларда 10-15%-ден төмен болмауы тиіс, ал орташа алғанда ол 15-тен 20%-ға дейін ауытқиды.

Белгілі болғандай, С.П.Боткин клиникалық және патологоанатомиялық диагноздардың 30% жағдайына ұқсастыққа қол жеткізсе қуанатын едім деген ой білдірді. Ғасыр басында (1912 жылы) Бостонда өмірлік және қайтыс болғаннан кейінгі диагноздар үш жағдайдың екеуінде сәйкес келді. Соңғы он жылда терапиялық бөлімшелерде көрсеткіш 70%-ға жақындады.

Мамандануды дамыту қарама-қайшы үрдісті айқындады. Әртүрлі авторлардың деректері бойынша емханалық және стационарлық диагноздардың сәйкес келмеді 60 жылдары терапевтерде 7-17% шегінде ауытқиды. Ал мамандандырылған бөлімшелер ашылғанда, бұл көрсеткіш 1,5-2 есеге және оданда көпке өсті.

Бір жағынан емхананың және екінші жағынан мамандандырылған бөлімшенің (орталықтың) диагностикалық мүмкіндіктерінің арасындағы «қайшылықтар» көп болса, диагноздың сәйкес келу көрсеткіштері төмен. Диагностиканың деңгейі келіп түсетін ауыр науқастардан жоғары болса, жіберу және клиникалық диагноздардың айырмашылықтары жиі. Терең тәсіл мен науқастарды уақтылы зерттеп-қарау кезінде бұдан бұрын кеңінен талқыланған гломерулонефриттің, полиартриттің, гепатиттің және басқаларының астында бір ғана емес бірнеше түрлі ауру этиологиясы мен патогенездерінің жасырынғаны белгілі болғанын ескеру қажет [13,14].

Клиникалық-патологоанатомиялық диагноздардың айырмашылықтарының анағұрлым жоғары саны науқас стационарға келіп түскен 1-тәулікте болатыны, содан кейін қисық айырмашылықтың түсетіні көп байқалады. 7-10 күннен баста ол дәрігердің алынған зертханалық аппараттық зерттеулерді ойлауын «түзету» салдарынан қайта көтеріледі. Патологоанатом Р.И.Шмурииннің деректері бойынша емдеуге жатқызылған 1-тәулікте диагноздар

айырмашылығының 28,2% -, 3-тәулікте – 14,5%, 10-тәулікте – 22,8%, ал ауруханаға ұзақ келген мерзімдер кезінде – 34,5% келеді.

Халықаралық статистика: Медициналық іс-шаралардың жағымсыз салдарларының жиілігі: 1,1-3,8-ден 18-28% дейінгі емдеуге жатқызылған науқастардың (АҚШ, Ұлыбритания, Канада, Аустралия, 1991, 2000, 2004, 2005) оның ішінде 7-13% дейінгі өліммен аяқталатын (АҚШ, 2004, 2005). Анағұрлым жоғары жиілік (20%) – ҚТБ, қабылдау бөлімшелерінде, ММК ауруханаларында [15,16,17].

Аустралияда 2001 жылы алғаш рет ятрогенді асқынулар бойынша бірегей және басым жұмыстар жүргізілді, ол барлық халықаралық әзірлемелерде жатыр. Оның ішінде 13% дейінгісі өлім және анағұрлым жоғары жиілік – 20% – бұл медициналық көмекті шұғыл ургентті көрсетуді талап етеді [18].

Айырмашылықтың жалпы пайызының көрсеткіші емдеу-диагностикалық процесс сапасының жалғыз және түпкілікті критерийі болып қызмет етеді, өйткені не медициналық мекеменің (стационардағы бөлімшенің) не науқастардың (аурудың ауырлығы мен сипаты және т.б.) ерекшелігін есепке алмайды. Бұл көрсеткіш мамандандырылған ауруханаларда 5%-ден төмен, көп бейінді және амбулаториялық-емханалық желіде 10-15%-ден төмен болмауы тиіс, ал орташа алғанда ол 15-тен 20%-ға дейін ауытқиды [19,20,21,22].

Жалпы бейіндегі реанимация бөлімшелерінде қорытынды клиникалық және патологоанатомиялық диагноздардың айырмашылығы 12,5%-да.

Дәрігерлік қателіктер саласындағы ғылыми мүмкіндіктер дентологияның жария емес қағидаларының күшіне қарай көп емес. Дегенмен проблема жан-жақты зерделеуді және талдауды талап етеді. Мұндай ұқсас жұмыс Ресей Федерациясының Мәскеу қаласында диагноздардың айырмашылық сапалары бойынша жүргізілді (1,2-кесте).

1-кесте – Диагноздардың айырмашылық сапалары

I санат	II санат	III санат
Аталған емдеу мекемесінде дұрыс диагноз мүмкін болмады және диагностикалық қателік (науқас бұрын медициналық көмек алу үшін басқа емдеу-профилактикалық мекемелеріне жүгінген уақыттарда сирек жол берілетін) осы стационарда аурудың аяқталуына ықпал еткен жоқ. Диагноздар айырмашылығының I-санатының басты критерийлері – аталған медициналық мекемеде дұрыс диагноз қоюдың объективті мүмкінсіздігі. Диагноздар айырмашылығының I санаты бойынша себептері әрдайым объективті.	Аталған емдеу мекемесінде дұрыс диагноз мүмкін болды, алайда объективті немесе субъективті себептер бойынша туындаған диагностикалық қателік аурудың аяқталуына айтарлықтай ықпал етпеді. Диагноздар айырмашылығының II санаты бойынша жағдайларының бір бөлігі диагностиканың объективті қиындықтары (бір бұл ретте I санатқа аударылмайды), ал бір бөлігі субъективті себептер болып табылады.	Аталған емдеу мекемесінде дұрыс диагноз мүмкін болды және диагностикалық қателік қате дәрігерлік тәсілді тартты, яғни жеткіліксіз (толық емес) немесе қате емдеуге әкелді, ол аурудың өліммен аяқталуына шешуші рөл атқарды. Диагноздар айырмашылығының III санаты бойынша себептері объективті сияқты субъективті де болуы мүмкін.

Бірінші санаттың айырмашылығы 70,25% жағдайда кездеседі.

I санаттың айырмашылығының негізгі себептері стационарға келудің қысқа мерзімділігі (56,20%) және түскен кезде пациенттер жағдайының ауырлығы (40,12%) болып табылады.

Екінші санаттың айырмашылығы 28,72% жағдайда байқалады.

Екінші санаттың айырмашылығы клиникалық деректерді есепке алмаумен (23,21%), жеткілікті зерттеп-қарамаумен (28,57%), зерттеп-қарау нәтижелерін дұрыс бағаламаумен (35,71%) шарттасады. Қорытынды клиникалық диагнозды дұрыс жазбаумен шарттасатын диагноздардың «формальді» айырмашылық үлесіне 12,51% келеді.

Диагноз айырмашылығының үшінші санаты сирек кездеседі (1,03%) және реанимациялық бейіндегі пациенттерді жеткіліксіз зерттеп-қараумен шарттасады.

2-кесте – МӘСКЕУДІҢ ЕПМ ересектер желісінің стационарларда 13 жылда (1999-2011 жылдар) қайтыс болғандардың клиникалық және патологоанатомиялық диагноздарының айырмашылығы

Жылдар	Диагноздар айырмашылығының жиілігі (%)			
	Диагноздар айырмашылығының орташа %	Диагноздар айырмашылығының санаттары		
		I	II	III
1999	16,9	41,7	57,3	1,0
2000	16,2	40,7	59,4	0,9
2001	16,2	44,0	55,1	0,9
2002	17,3	42,4	56,9	0,7
2003	15,2	45,2	54,2	0,6
2004	16,8	44,3	55,3	0,4
2005	16,2	46,0	53,5	0,5
2006	16,3	47,3	52,3	0,4
2007	16,1	47,5	52,3	0,2
2008	15,4	47,0	52,9	0,1
2009	14,8	49,5	50,4	0,1
2010	13,8	50,8	49,1	0,1
2011	14,0	51,8	48,1	0,1

Канада авторларының деректеріне сәйкес өлімге әкелетін қателіктердің үлесі 4,9-12,7% құрайды; Нидерландының ресми статистикасына сәйкес МК ақаулары 6,2% өлімге әкеп соқтырды.

Америка анестезиологиялық корпорациясының мамандары жүргізген тәуелсіз зерттеулерде өлімге әкелетін қателіктердің 15-20% құрайтыны белгіленді.

Басқа жұмыс жедел медициналық жәрдем ауруханасында өлім құрылымындағы кардиологиялық патологияларға арналды (Корнева Ю.С., Козлов Д.В. (2010).

Өлімнің негізгі себептері бойынша диагноздардың айырмашылығы – 26,7%:

- аутопсияның жалпы санынан 1-санат бойынша айырмашылық 19,1%;
- 2-санат бойынша айырмашылық 7,6%.

Жалпы айырмашылық пайызы:

- терапиялық бөлімшелер бойынша – 29,4%;

- хирургиялық бейіндегі бөлімшелер бойынша – 20,2%;
- қабылдау бөлімшесі бойынша – осы бөлімшелер бойынша өлім жағдайларының жалпы санынан 43,7%.

Өлімнің тікелей себебі бойынша сәйкессіздіктерді зерделеу кезінде негізгі диагноз сәйкес келген жағдайда, клиницистер өлімнің тікелей себебін 33,7% бақылауда дұрыс емес, ал негізгі диагноздар ажыраған кезде 35,8% бақылауда дұрыс емес деп анықтады.

Алым шығыс федералды округінің сот-медициналық сараптамасының бюросы 2004-2008 жылдар аралығында клиникалық және сот-медициналық диагноздар арасында айқындалған айырмашылықтың саны – 8,6% (С.В. Козлов (2012)).

Қазақстанда аталған мәселенің қолданыстағы заңнамада «дәрігерлік қателік» деген ұғымының және сәйкесінше олардың тіркеу жүйесінің болмауына байланысты ерекше өзектілігі бар. Жағдай асқынулардың, диагностика мен емдеу қателіктерінің, ақаулардың жалпыға бірдей қабылданған жіктелімінің, қайғылы жағдайлардың, ятрогендік аурулар анықтамасының болмауынан ушығады, ол айтарлықтай жағдайда диагноздардың айырмашылығы проблемасы бойынша қалыптасқан жағдайға талдау жүргізуге қиындық туғызады. Мәселе тезірек шешуді талап етеді, ол әсіресе медициналық сақтандыру жүйесін енгізу алдында өте маңызды. Асқынуларды, қателіктерді, қайғылы жағдайларды және ятрогенді сараптаудың нақты әдіснамалық қағидаттары мен әдістемелік қабылдауларысыз сақтандыруды енгізу жүйесіне айтарлықтай қиын болады.

Көздері:

1. Қазақстан Республикасының Президенті Н.Ә.Назарбаевтың «Қазақстан жолы – Бір мақсат, бір мүдде, бір болашақ» атты 2014 жылғы 17 қаңтардағы Қазақстан халқына Жолдауы.
2. ҚР Денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасы.
3. Зайратьянц В. Анализ летальных исходов по данным МОСГОРСТАТА и патологоанатомической службы взрослой сети лечебно-профилактических учреждений Департамента здравоохранения города Москвы за последние 15 лет (1002-2006 гг.) / Пленарное заседание МГНОТ 24.01.07 г.
4. Mulley A, Trimble C, Elwyn G. Patients' preferences matter: stop the silent misdiagnosis. King's Fund, 2012.
5. Marvel M, Epstein R, Flowers K, Beckman H. Soliciting the patient's agenda: have we improved? JAMA 1999;281:283-7.
6. Lee CN, Hulsman CS, Sepucha K. Do patients and providers agree about the most important facts and goals for breast reconstruction decisions? Ann Plastic Surg 2010;64:563-6.
7. Volandes AE, Paasche-Orlow MK, Barry MJ, Gillick MR, Minaker KL, Chang Y, et al. Video decision support tool for advance care planning in dementia: randomised controlled trial. BMJ 2009;338:b2159.
8. Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK, Hartigan PM, Maron DJ, Kostuk WJ, et al. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. N Engl J Med 2007;356:1503-16.
9. Rothberg MB, Sivalingam SK, Ashraf J, Visintainer P, Joelson J, Kleppel R, et al. Patients' and cardiologists' perceptions of the benefits of percutaneous coronary intervention for stable coronary disease. Ann Intern Med 2010;153:307-13.
10. Wagner E, Barrett P, Barry M, Barlow W, Fowler F. The effect of a shared decision-making program on rates of surgery for benign prostatic hyperplasia. Med Care 1995;33:765-70.
11. Kennedy A, Sculpher M, Coulter A, Dwyer N, Rees M, Abrams K, et al. Effects of decision aids for menorrhagia on treatment choices, health outcomes, and costs: a randomized controlled trial. JAMA 2002;288:2701-8.
12. Morgan MW, Deber RB, Llewellyn-Thomas HA, Gladstone P, Cusimano RJ, O'Rourke K, et al. Randomized, controlled trial of an interactive videodisc decision aid for patients with ischemic heart disease. J Gen Intern Med 2000;15:685-93.
13. Wennberg JE. Tracking medicine: a researcher's quest to understand health care. Oxford University Press, 2010.
14. NHS Rightcare. NHS atlas of variation. www.rightcare.nhs.uk.
15. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. J Gen Intern Med 2012;27:1361-7.
16. Katz J. The silent world of doctor and patient. Free Press, 1984.

17. Mullan RJ, Montori VM, Shah ND, Christianson TJH, Bryant SC, Guyatt GH, et al. The diabetes mellitus medication choice decision aid: a randomized trial. 2009;169:1560-8.
 18. Elwyn G, Lloyd A, Joseph-Williams N, Cording E, Thomson R, Durand M-A, et al. Option grids: shared decision making made easier. Patient Educ Couns 2012 Jul 31. [Epub ahead of print.]
 19. Stacey D, Bennett C, Barry M, Col N, Eden K, Holmes-Rovner M, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev 2011;10:CD001431.
 20. Wilson SR, Strub P, Buist AS, Knowles SB, Lavori PW, Lapidus J, et al. Shared treatment decision making improves adherence and outcomes in poorly controlled asthma. Am J Resp Crit Care Med 2010;181:566-77.
 21. Department of Health. Equity and excellence: liberating the NHS. DH, 2010.
 22. Wennberg D, Marr A. A randomized trial of a telephone care-management strategy. N Engl J Med 2010;363:1245-55.
- Wanless D. Securing our future health: taking a long-term view. Final report. HM Treasury, 2002.
-

А.С.Тасмағанбетова

«Астана Медицина университеті» АҚ «Қоғамдық денсаулық сақтау» мамандығы бойынша ІІ жылдық оқу магистранты

А.Ж.Шарбаков

Алтай Шарбақов, жалпы гигиена және экология кафедрасының меңгерушісі, гигиена мамандығы бойынша медицина ғылымдарының докторы, ассистент профессор, Санкт Петербург қаласының МАНЭБ академигі.

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫҢ ЕҢБЕК РЕСУРСТАРЫН ДАМУДАҒЫ МАТЕРИАЛДЫҚ-ЭКОНОМИКАЛЫҚ ФАКТОРЛАРДЫҢ РӨЛІ

Аталуы: Денсаулық сақтау еңбек ресурстары даму саласындағы материалды-экономикалық факторлардың маңызы

Авторлары: Тасмағанбетова А.С., Шарбаков А.Ж. АҚ «Астана медицина университеті»

Түйіндемесі: Қоғамда болып жатқан әлеуметтік-экономикалық өзгерістер кезеңінде, маңыздылығы ерекше кадрлық ресурстарды басқару оңтайландыру болып табылады. Кадрлар – ресурстардың жалғыз түрі, кезі жеткенде мәнін жоғалтпай ғана, керісінше білім мен кәсіби дағдылардың жиынтығы есебіне өз құндылығын арттырады. Денсаулық сақтау жүйесінде кадр саясатын жетілдіру тікелей медициналық қызмет және денсаулық сақтау жүйесін дамыту сапасын бақылауды әсер ететін факторлардың бірі болып табылады.

Title: The role of the material and economic factors in the development of the health human resources

Authors: Tasmagambetova A. S., Sharbakov A. Z. JSC "Astana Medical University"

Abstract: In the period of social and economic conversions taking place in society, particular significance gets optimization the management of human resources. Personnel – the only kind of resources that will eventually not only does not lose its value, but on the contrary it increases due to the accumulation of professional skills and knowledge. Improvement of personnel policies in the health system directly is one of the factors affecting the quality control of medical services and health system development.

Кіріспе

Қазақстан Республикасының халық денсаулығын сақтау саласындағы саясатының стратегиялық мақсаты қоғамдық денсаулық сақтауды еліміздің маңызды экономикалық және әлеуметтік әлеуеті ретінде қарауға мүмкіндік беретін саяси және макроэкономикалық процестерді қалыптастыру болып табылады.

Денсаулық сақтау саласындағы кадрлық әлеуеттің рөлін зерделей отырып, В.З.Кучеренко қоса автор ретінде [5] денсаулық сақтауды реформалау кез келген кезеңде

медициналық кадрлар болып табылатын анағұрлым маңызды ресурстарды ұтымды пайдалану мәселелерін міндетті қарауды болжайды.

Талдау және талқылау

Қазақстанның денсаулық сақатуында үнемі кадрлардың сандық және сапалық құрамына талдау мен болжам жүргізіледі. Елімізде жүргізіліп жатқан реформаларға байланысты денсаулық сақтау медицина қызметкерлерінің айтарлықтай санын жоғалтты. Еліміздегі жалпы экономикалық жағдайды жақсартуда халықты медициналық кадрлармен қамтамасыз етудің оң нәтижесі береді. 2013 жылы ҚР Денсаулық сақтау министрлігі мен ведомстволарын қоса алғанда, Қазақстанның денсаулық сақтау жүйесінің мемлекеттік секторында 10 000 халыққа шаққанда 39,2 дәрігер және 90,3 орта медициналық персоналдың бірлігі атқарды. Дәрігерлермен жасақталу 2013 жылы 91,1 % құрады [3].

Болып жатқанның мәні қазіргі уақытта, денсаулық сақтау жүйесін реформалау ең алдымен сала қызметінің түпкілікті нәтижелерге, медициналық көмектің сапасы мен тиімділігін бақылауға жаңа тәсілдерді пайдалануға бағдарлануына тоғысады. [8]. Реформалау мақсатына ортандық денсаулық сақтау үшін маңызды еңбек пен оған ақы төлеуді объективті бағалаудың мәселелерін шешпей қол жеткізілмейді. [1].

Денсаулық сақтауды реформалау халықтың сапалы және қолжетімді көмекке қажеттілігін анағұрлым толық қамтамасыз етіп қана қоймай, медицина қызметкерлерінің мүддесінде ескеруі тиіс. Отандық денсаулық сақтаудағы еңбекке ақы төлеу мөлшері ұзақ уақыт бойы медицина қызметкерлерінің ұлт саулығын нығайту ісіне қосқан үлесіне, сондай-ақ оларды даярлауға кететін күштер мен қаражаттарға сәйкес келмеген [4].

Сол сияқты, экономикалық дамыған елдерде денсаулық сақтау қызметкерлерінің материалдық әл-ауқатының деңгейі осы уақытта айтарлықтай жоғары болды. Мысалы, АҚШ-та дәрігерлердің жалақысы басқа елдермен салыстырғанда жоғары төленетін болып табылады. Отбасы дәрігерінің жалақысы айына – 14 500 долларды; педиатр – 15 000 долларды; терапевт – 15 900 долларды құрайды. Жоғары сыныпты дәрігерлердің төлемақысы аталған көрсеткіштерден 2-3 есеге жоғары: хирург-ортопедтердікі – 43 000 доллар, урологтардікі – 33 000 доллар. Жоғары жалықадан басқа АҚШ дәрігерлерінің әлеуметтік жәрдемақылары, медициналық сақтандырулары бар, конференцияларға сапарлары, жарияланымдары және басқалары төленеді. [10]. Францияда жалпы практика дәрігерлері (ЖПД) орташа алғанда жылына 55 000 доллар еңбек ақы табады, ал ол АҚШ-та 146 000 құрайды, ал мамандардың жалақысы жылына 271 000 долларды құрайды. [9]. Швейцарияда дәрігердің ең төменгі ай сайынғы жалақысы 7800 долларды, Нидерландыда – 3600, Испанияда – 5000, Польшада – 1500 долларды құрайды [2].

Кеңес үкіметінен кейінгі кеңістіктегі елдерде жалақы мөлшері ынталандырушы компонент болып табылмайды, өйткені ЕО көрсеткішінен айтарлықтай төмен, кейде тіпті он есеге. Ресейде медицина қызметкерлерінің орташа жалақысы 2012 жылы шамамен 800 долларды, практикалық дәрігерлерде шамамен 450 долларды құрайды. Украинада практикалық дәрігердің нақты айлық ақысы 199 долларды (ресми деңгейден 30%-ға кемді), ал аудандық терапевтің негізгі жалақысы – 12 долларға дейін құрайды. Кеңес үкіметінен кейінгі кеңістіктегі елдерде жалақы зиянды жағдайларға, санатқа, ғылыми дәрежеге, академиялық мәртебесіне және т.б. қосымша ақы төлеу арқылы артады. Осылайша, анестезиолог айына ортана 375-400 доллар алады [2, 9, 10].

Алайда, тіпті экономикалық дамыған елдерде денсаулық сақтауды қаржыландыруды медицина қызметкерлерінің өздері де жеткіліксіз деп есептейді. [11]. Аталған жағдайда негізгі

рөл медициналық персоналды қаржылық мәнінің абсолютті мөлшеріне қарамастан өндірістік және сапалы еңбекке уәждеуді қамтамасыз ететін менеджментке бағытталады. Денсаулық сақтауды басқару саласындағы шетелдік зерттеулер персоналды басқару және оның еңбегін уәждеу әдістерін пайдалану жүйесіне кешенді тәсілдерге негізделген кадрлық менеджменттің теориясын пайдалану кезінде ұйымдастыру мақсаттарына қол жеткізудің жоғары тиімділігі дәлелденді.

Адами капиталды пайдалану мүмкіндігі көбіне басқарудың тиімді әдістерін қолдануға байланысты. Денсаулық сақату мекемелерінде персоналды басқаруға ғылыми тәсілдерді және кадрлық менеджмент мәселелерін зерттеуге көптеген ғалымдардың жұмыстары арналды [5]. Авторлар, денсаулық сақтауды кадрлық қамтамасыз ету саласында, қазіргі уақытта бір қатар күрделі проблемалар бар. Олардың анағұрлым маңыздыларының ішінде: кадрларды аумақтық тең бөлмеу; орта медициналық персонал жетіспеушілігі кезінде дәрігерлердің көп болуына әкелетін медициналық кадрларды балансты даярланбауы; дәрігерлер мен мейіргерлерді кәсіби жетілдіру мүмкіндіктерін шектеу. Түпкілігінде бұл проблемалар медициналық көмектің қол жетімділігін төмендетуге және халықтың оған қажеттілігін жеткіліксіз қанағаттандыруға, емдеу-диагностикалық процестің сапасы мен тиімділігін төмендетуге әкеледі.

Әлеуметтік зерттеулердің нәтижесі заманауи әлеуметтік-экономикалық жағдайларда студенттердің дипломнан кейінгі білім беруге және кейіннен жұмысқа орналастыруға қатысты жоспары денсаулық сақтау жүйесінің талаптарына сәйкес келмейтінін көрсетті. Бітірушілерді жұмысқа орналастыру кезінде анықталатын басымдықтарды талдау олар үшін анағұрлым маңыздыларының бірі жалақының жоғары деңгейі болып табылады, олар оны өзінің мағынасы бойынша кәсіби және мансаптық өсім сияқты құрамдауштардан жоғары бағалады [7]. Отандық денсаулық сақтау үшін сипатты белгілері тәжірибесі бар мамандардың осындай ұқсас көзқарастарды ұстанатындары жөніндегі фактілер болып табылады. В.К. Митрониннің қоса автор ретіндегі деректеріне сәйкес [6], олар сауалнама жүргізген дәрігерлердің 88,9% материалдық қолайлылық өз өмірінің мәні деп есептейді.

Қорытынды

Осылайша, жарияланымдарды талдау денсаулық сақтаудың кадрлық ресурстарын дамыту деңгейіне материалдық-экономикалық факторлар қарқынды ықпал ететін көрсетті. Бұл ретте, кадрлық менеджменттің тиімді әдістерімен үйлесімділіктегі сияқты ұлттық денсаулық сақтау жүйесін қаржыландырумен айналысудың анағұрлым мәні жоқ. Қазіргі уақытта, медициналық персоналды басқарудың көбіне қолданылып жүрген тетігі әлемдегі сияқты отандық денсаулық сақтауда да тиімді әдістерді пайдалануға негізделеді.

Көздері:

1. Балтабаева Ш.А. Теоретическое обоснование, разработка и оценка внедрения дифференцированной системы оплаты труда врачебного персонала: Автореф. дис . доктора PhD. - Астана., 2011. 30 с.
2. Дынничко А. Размер заработной платы у медицинского персонала в России и Европейском регионе. - 2011.
3. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2013 году статистический сборник. 2014. – С. 167.
4. Корчагин В.П. Проблемы труда и заработной платы в здравоохранении // Экономика здравоохранения. 1996. - №3. — С. 57.
5. Кучеренко В.З., Манерова О.А., Татарников М.А. Основные направления развития и оценки кадрового потенциала // Проблемы управления здравоохранением. 2005. - №5. - С. 20-23.
6. Митронин В.К., Митронин А.В., Лоцманова Е.А. Представления современного российского врача о смысле, целях жизни и средства их достижения // Проблемы управления здравоохранением. 2003. - №5. - С. 22-25.

7. Загорнова Г.А., Павлов Ю.И., Характеристика удовлетворенности трудом и производственная мотивация медицинских сестер // Главная медицинская сестра. 2008. - №3. - С.43-44.
8. Старовойтова И.М. Основные этапы нормативно-правовой базы по контролю качества медицинской помощи (1991-2005 гг.) // Вопросы экспертизы качества медицинской помощи. 2007. - №6. — С. 4-5.
9. Тэннер М. Сравнительный анализ систем здравоохранения в разных странах.– 2008.
10. Business And Politics News. What Salaries Are Paid to Doctors in Russia, Ukraine... and Else where in the World? Источник: <http://www.profi forex.us/news/entry4000001012.html>.
11. Curran R., Fleet L., Kirby F. Factors influencing rural health care professionals access to continuing professional education // Austral. J. Rural Health 2006. -Vol. 14.-№2.-P. 51-55.
12. Shin-Neng C. Productivity changes in Taiwanese hospitals and the National.

Б.У.Ізбасаров

*М.Оспанов атындағы Батыс Қазақстан Мемлекеттік
Медицина Университетінің «Қоғамдық денсаулық сақтау»
мамандығы бойынша 2-жылдық оқу магистранты*

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ МЕМЛЕКЕТТІК- ЖЕКЕМЕНШІК ӘРІПТЕСТІК

Аталуы: Денсаулық сақтау саласындағы мемлекеттік-жеке меншік әріптестік

Авторлары: **Ізбасаров Б. У.** Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті

Түйіндеме: Қазақстанда бүкіл әлем жүзіндегідей денсаулық сақтау шығындарының өсу үрдісі байқалады. Мемлекеттік-жеке меншік әріптестік – бұл әлеуметтік инфрақұрылым және өмір сүруді қамсыздандыру нысандарын қаржыландыруға, құруға, қайта құрылымдауға және (немесе) пайдалануға бағытталған жеке кәсіпкерлік субъектілері мен мемлекет арасындағы әріптестік нысаны болып табылады. Бұл әріптестіктің мемлекетке, жеке секторға және халыққа түсетін пайдасын ескере отырып, отандық денсаулық сақтау жүйесінің тиімділігін арттыруда негізгі бағыттардың бірі болып табылатыны сөзсіз.

Негізгі сөздер: мемлекеттік-жеке меншік әріптестік, өзара тиімді ынтымақтастық, медициналық қызмет сапасының жоғарлауы.

Title: Public-private partnership in health care

Authors: **Izbassarov B.** Public-private partnership in healthcare sector West Kazakhstan Marat Ospanov State Medical University

Abstract: As in the whole world there is a trend of growth in health care costs in Kazakhstan.

Public-private partnership is a form of cooperation between the state and subjects of private business that is directed toward financing, construction, reconstruction and/or exploitation of social infrastructure and vital objects. Considering benefits for the state, the private sector and the population, public-private partnership will undoubtedly serve one of the main ways of increasing the efficiency of the national health system.

Key words: public-private partnership, mutually beneficial cooperation, improving the quality of health services.

Қазіргі уақытта, денсаулық сақтаудың тұрақты дамуының объективті шарты бизнес пен мемлекеттің құрамдасып әсер етуі болып табылады. Бизнес инфрақұрылымды дамытудағы қосымша инвестиция көзі ғана емес, медициналық қызметтердің сапасы мен қолжетімділігін арттыру кезінде халық денсаулығын сақтау бойынша бір қатар қоғамдық қызметтердің ұйымдастырушысы да бола алады.

Мемлекеттің денсаулық сақтау саласындағы жүргізіп отырған саясаты тәуелсіздік жылдарының ішінде еліміздегі экономикалық және саяси қайта қалыптасудың салдары болды. Отандық денсаулық сақтауды қаржыландыру тұрақты өсіп отырады, соңы 5 жылда қаржыландыру 2 еселен астамға, 2008 жылы 377 млрд. теңгеден 2013 жылы 838 млрд. теңгеге дейін өсті.

Денсаулық сақтау саласын қаржыландырудың тұрақты өсуіне қарамастан, халықаралық сарапшылардың болжамдары бойынша аурухана инфрақұрылымын ауыстыру алдағы жылдары Қазақстан үшін 3 млрд. АҚШ доллары тұратын болады [1]. Аурухана секторы денсаулық сақтау жүйесінің маңызды және мәнді элементі болып табылады, алайда денсаулық сақтау саласындағы саясатты әзірлеуші зерттеушілер мен әкімшілер аурухананы ұтымды және тиімді дамытуға тиісті мән бермейді. Осылайша, Қазақстан Республикасының аурухана секторында инфрақұрылым ескірді: медициналық ұйымдардың 45% ғимараты 1970 жылға дейін салынған, 25% 1990 жылға дейін салынған, ол медициналық көмектің сапасына жағымсыз ықпал етеді. Осыған байланысты, аурухана секторын жаңғырту (реконструкциялау, күрделі жөндеу жұмыстары) қажет, ол ескірген аурухана инфрақұрылымын жаңғыртуды және 1990 жылдан кейін салынған ғимараттар санының көрсеткіштерін 75%-ға дейін жеткізуді қамтамасыз етеді [2].

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасының (бұдан әрі – Мемлекеттік бағдарлама) басым бағыттарының бірі медициналық көмектің жоғары сапасы мен қолжетімділігін қамтамасыз ету, сондай-ақ тиімді денсаулық сақтау жүйесін мемлекеттік-жекеменшік әріптестік қағидаттары негізінде мемлекеттік медициналық объектілерді басқаруға жеке компанияларды тарту арқылы қалыптастыру болып табылады. Мемлекеттік бағдарлама шеңберінде денсаулық сақтау саласындағы МӘЖ-ді дамыту бойынша ауқымды іс-шаралар жүргізілуде: денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті орган МӘЖ жобаларын пайдалану мүмкіндіктері мен саласын кеңейтетін нормативтік құқықтық актілерді әзірледі; МӘЖ жобаларын іске асыру саласындағы басқармалар мен бөлімшелер, оның ішінде Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің жанынан, сондай-ақ Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығының жанынан құрылды; денсаулық сақтау саласындағы МӘЖ-ге тартылған адамдар үшін МӘЖ мәселелері бойынша оқыту іс-шаралары жүргізілді; меншік нысандарына қарамастан медициналық ұйымдарға тең бәсекелестік мүмкіндіктер жасалды; бірыңғай тарифтік саясат әзірленді.

Денсаулық сақтау саласында қолданылатын МӘЖ моделі әрбір нақты жағдайда ағымдық институционалдық ортаға тәуелді болатынын ескеру қажет. Әдетте мемлекет өзінің денсаулық сақтау саласына қатысуынан толықтай бас тарта алмайды және өзінің қатысуын меншік иесі ретінде не медициналық қызметтің белгілі бір сол немесе өзге түрін аккредиттеу, лицензиялау, сертификаттау аттестаттау және т.б. сияқты құралдар арқылы бақылауын сақтауға мәжбүрлі.

МӘЖ қоғамдық инфрақұрылым объектілерін құру, қаржыландыру, сондай-ақ олардың негізінде қызметтер көрсету үшін жеке секторды тартудың басым нысандарының бірі ретінде танылады [4]. Мұны практикада мемлекеттік-жекеменшік әріптестік жобаларын бұрыннан қолданатын шетелдік елдердің тәжірибесі растайды.

Еуроодақ елдерінде медициналық мекемелердің екі құқықтық нысандарының үйлесімді және өзара байланыс жүйесі тарихи жеткілікті қалыптасқаны белгілі. Елдегі

әлеуметтік-саяси жағдайға қарай сол немесе өзге де болар болмас ауытқулар қатынасында бұл нысандар бір-бірін өзара толықтырып тұрады [5].

Денсаулық сақтаудағы мемлекеттік-жекеменшік әріптестік саласындағы көшбасшылар Ұлыбритания, Канада, Аустралия, Германия, Испания және басқа да мемлекеттер болып табылады.

Денсаулық сақтаудағы МӘЖ жобаларын іске асырғандардың саны бойынша бірінші орында Ұлыбритания тұр. 90-жылдардың басында инвестиция тапшылығы Ұлыбританияны әлеуметтік маңызды жобаларды іске асыруға жеке капиталды пайдалануға мүмкіндік берген жеке қаржылық бастаманы (ЖҚБ) құруға әкелді. Аталған бағдарламаны қабылдағанға дейін Ұлыбританияның 75-80% медициналық ұйымдары ХХ ғасырдың ортасында салынған және жағдайлары мәз емес болатын. Мемлекеттік-жекеменшік әріптестік 20 жылдың ішінде 106 аурухананы қайта құруға және 128 денсаулық сақтау объектісін салуға мүмкіндік берді. Барлығы елде бүгінгі күні денсаулық сақтау саласындағы ЖҚБ 200 астам жобасы іске асырылды.

2010 жылы Ұлыбританияда мемлекеттік-жекеменшік әріптестік негізінде іске асырылатын 14 млн.фунт стерлинг инвестициясы бар Манчестерде «Кристи» онкология орталығы жобасы іске қосылды. Қазіргі уақытта, 1,5-3,4 миллиард түсімі күтілетін 13 миллиард фунт стерлинг құны бар мемлекеттік-жекеменшік әріптестік форматында (шамамен жүздеген әртүрлі сатыдағы) ауруханалар құрылысы жүзеге асырылуда [6]. Жеке сектормен өзара пайдалы ынтымақтастыққа келісе отырып, Британ билігі айтарлықтай үнем, ал инвесторлар – тұрақты табысқа кепілдік алды. Жеке әріптестер салынған құрылыстарды оларды пайдалануға берілген барлық уақыттың ішінде жұмыс күйінде ұстайды, әдетте мұндай келісімшарттар 25-30 жылдық ұзақтықпен жасалады.

Германияда жеке емдеу-профилактикалық мекемелердің медициналық көмек көрсетудегі үлесі 5 есеге, 4-тен 20%-ға дейін өсті, мұның бәрі денсаулық сақтау жүйесіне мемлекеттің ассигнациясын төмендету аясында болады және белгілі бір дәрежеде әдетте мемлекеттегі жоғары медициналық көмектің сапасын арттыруды қолдауға мүмкіндік береді. Бұл ретте, мемлекеттік емдеу-профилактикалық мекемелер медициналық көмекті мемлекеттік сақтандыру жүйесі шеңберінде көпжылдық міндетті қызмет көрсету үшін символикалық суммаға беріледі және клиникаларды пайдалануға беру тиімділігін арттыруға бағытталған барлық іс-шараларды өздері жүзеге асырады. [7]. Медициналық қызметтердің, сондай-ақ сервистің сапасы меншік нысанына қарамастан Германияның медициналық ұйымдарына бірдейі. Жеке медициналық ұйымдар пациенттер үшін басқа клиникалармен бәсекелестікке түсіп, кейбір қызметтердің құнын айтарлықтай төмендетті. Жоғары білікті көмек көрсетуді күту мерзімі үздік менеджментке байланысты азайды.

Германия билігі клиникаларда түсім нормасы 25%-дан төмен болмауы тиіс деп анықтады. Мақсаты – медициналық мекемелердің жабдықтарын тұрақты жаңғырту және оларды саланың ғылыми үрдіс қарқынын ескере отырып қайта жарақтандыру. Осы нормаға қарай Германияның федералды денсаулық сақтауы баға қалыптастыруы тоғысады. Бұл ретте, медициналық мекемелердің барлық шығыстарының 55%-на қол жеткізілетін медицина қызметкерлерінің жалақысының жоғары деңгейі ескеріледі. Осы аяда абсолютті ұқсас салықтар төлейтін жеке мекемелер толық пайдалы қызметті жүргізе және мемлекеттік секторды толықтыра отырып дами алады. Міндетті медициналық сақтандыру полисі Германия аумағында медициналық мекеменің оған құқықтық иелігінің барына қарамастан жарамды екенін атап өткен жөн. Мөлшері өз табысынан айтарлықтай

сезілетін пайызды құрайтын медициналық сақтандыруға ақы төлейтін пациент медициналық қызмет үшін, тіпті қымбат тұратынына да өз қалтасынан төлемейді [5,15]. Германияның денсаулық сақтау саласындағы негізгі салмақ мемлекеттік-жекеменшік әріптестік жобаларын іске асыруда жаңа құрылысқа жасалады – 2003 жылдан бастап 770 млн.евро сомасына жобалар іске асырылды, оның 132 млн.евросы Эссендегі протон терапиясының ірі орталығын салуға кетті. Мемлекеттік-жекеменшік әріптестік жобасы 2010 жылы аяқталды, орталық қаражатты 20%-ға болжамды үнеммен жеке басқаруға берілді. Протон терапиясы орталығынан жыл сайын емделуден 2 200 пациент өтті [8].

Мемлекеттік-жекеменшік әріптестік жобалары Канадада қоғамдық қатынастардың 25-тен астам саласында, оның ішінде көпшілік билігінің барлық деңгейлеріндегі медициналық мекемелерді реконструкциялау кезінде іске асырылады. Аурухананы құру жөніндегі МӘЖ-дің канадалық моделіне сәйкес жеке компания аурухана ғимаратын салады, содан кейін медициналық қызметтердің көрсетіліміне жауап беретін аурухананы басқаруға жалға береді. Мекеме жұмысының нәтижелері бойынша өңірлік үкімет оның келесі жылға бюджетін қалыптастырады. Сондай-ақ, мамандандырылған клиникаларды (МРТ-зертханаларын және т.б.) құру мысалы бар. Канадалық МӘЖ-дің медицинадағы ерекшелігі медициналық қызметтерді көпшілік сектордың нақ өзінің ұсынатынында. Мемлекеттік ауруханалармен қатар елде, мамандандырылған медициналық қызметтер ұсынатын жеке клиникалар да жұмыс істейді. Мұндай клиникалардың басымдығы, ұзын сонар кезегі бар мемлекеттік мекемелерге қарағанда көмекті тез алу мүмкіндігінде.

Бұл ретте, болжамды құны 50 млн.канада долларынан артық болатын барлық жобалар мемлекеттік сатып алу қағидаттарында ғана іске асырылуы тиіс деп тұжырымдалатын Канада заңнамасының ерекшелігіне назар аудару қажет. Ең төмен құны бар жобалар МӘЖ қағидаттарында жүзеге асырылуы мүмкін [10].

Швецияда жеке инвесторлармен мемлекеттік госпитальдерді басқаруға, жедел көмекті жүзеге асыруға, зертхана қызметтері мен өзге де медициналық қызметтерді ұсынуға келісімдер жасау машықталады. МӘЖ практикасы енгізілген сәттен бастап, рентген қызметтерінің құны 50%-ға түскенін, диагностика мен емдеуді күту ұзақтығы 30%-ға қысқарды, жедел жәрдем құны 10%-ға төмендеді, зертханалық қызметтердің құны 40%-ға түсті [11].

Қазіргі уақытта, Швецияда ең ірі МӘЖ жобасы және денсаулық сақтау саласындағы осындай бірінші Стокгольмде ультра заманауи «NewKarolinskaSolna» университет клиникасының құрылысы болып табылады. Жобаның бизнес-жағы «SwedishHospitalPartners» халықаралық консорциумі болып табылады, оған басым бастамаларда «Skanska» құрылыс концерні (Ұлыбританиядағы МӘЖ шеңберінде аурухана құрылысында үлкен тәжірибесі бар) және «Innisfree» британ инвестициялық қоры қатысады. Консорциум ауруханаларды 2040 жылға дейін қаржыландырумен, салумен, басқарумен және техникалық қызмет көрсетумен айналысатын болады.Тікелей медициналық қызмет көрсету үшін қала жауап береді. Келісімшарттың жалпы құны – 14,5 млрд.швед кронасын құрайды [12]. Қаржыландыру құнының қолайлығы мен нақты белгіленген құрылыс құны, тәуекелдерді қатаң бөлу жобаны жеке секторлар үшін де және Швед билігі үшін де тартымды етті.

Мемлекеттік-жекеменшік әріптестік Аустралия денсаулық сақтауының инфрақұрылымын дамытудың маңызды тетігі болып табылады. МӘЖ аурухана құрылысы кезінде белсенді пайдаланылады. Аустралияда 50 аурухананы жекешелендіргеннен кейін

жаңа госпитальдерді салуға арналған шығыстар орташа алғанда 20%-ға, ал қызмет көрсетілетін пациенттердің саны 30%-ға өсті.

Аустралия денсаулық сақтау жүйесіне МӘЖ енгізудің бастапқы қадамы ретінде үкімет жаңа ауруханаларды жобалау, салу, басқару үшін бірыңғай жеке операторды таңдады. Оператор медициналық көмектің қолжетімділігін жасанды шектемей міндеттемеге алумен 15-жылдық келісім шартты ұсына отырып, инвесторлармен жұмыс істейді. Бұл елде әрбір шет аймақтары өз заңнамасын әзірлейді. Аурухананың типтік схемасы жеке инвестордың қаражатына салынады, төсектердің үштен бірі мемлекеттік болып қалады, төсектердің төрттен бір бөлігі инвестордың (40-жылға дейін) уақытша жеке басқаруына болады. Мұндай ауруханалар әрбір шет аймақта ондап салынған.

Мұндай жобалар параметрлерінің үлгісі «Joondalup Health Campus» ауруханаларын реконструкциялау болады және оны кейіннен ВООТ моделі бойынша пайдалануға беру. Төсектердің жалпы саны 379, оның ішінде мемлекеттік – 280, жеке меншік – 99. Жобаны іске асыру кезеңі 20 жыл. Жобаның шартқа қол қойған сәтіндегі жалпы құны 39 млн. АҚШ долларын құрады. Мемлекет мемлекеттік төсек-орындарында көрсетілетін қызметтердің құнын жеке компанияға өтеуге міндеттеме алады. Қалған төсек орындар үшін компания пациенттерден коммерциялық ақы алады [13].

Қызықты тәжірибе Испанияда бар, онда мемлекеттік-жекеменшік әріптестік тарапы, салдарынан елдің шығысында Валенсия атауымен дербес қоғамдастықта «Алзира» (Alzira) атуын алған модель құрды. Қазіргі уақытта, осы модельдің негізінде Испанияда бірнеше госпитальдер табысты жұмыс істейді. Басынан жоба 10 жылдық мерзіммен концессиялық келісім шеңберінде жүзеге асырылды. Жоба 1999 жылы іске қосылды, жоба басында Hospital de la Ribera медициналық мекемесі стационарлық емдеуге ғана маманданатын болады деп болжанған болатын. Бірнеше жылдан кейін стационарлық қызметтер ғана көрсетумен пайдалы емес екені және одан әрі жұмыс істей алмайтыны белгілі болды.

2002 жылы жоба жабылды, мемлекет жеке әріптесіне инфрақұрылымды сатып алу үшін 69,3 млн.евро, жобаның қолданысы кезеңіндегі шығыстардың өтеуге 26 млн.евро төледі. 2003 жылы сол жеке әріптес инфрақұрылымды 72 млн.евро төлеп кері сатып алды [14]. Госпитальге амбулаториялық бөлімше қосылды, одан кейін қосымша келісімге қол қойылды. Жаңа модель инфляцияны ескере отырып, жыл сайынғы индекстеумен бір жергілікті тұрғынға жылына 379 евро мөлшерінде жан басына ақы төлей отырып, 15 жыл мерзімге концессиялық келісім ұсынды. Осылайша, 2008 жылы жан басына ақы төлеу жылына 572 евроны құрады. Жобаны іске асыру нәтижесінде халыққа шаққандағы шығыны өзге өңірлермен салыстырғанда 25%-ға төмен болды, бір операциялық блокқа операциялар саны көбейді, стационарда болу күндері қысқарды.

Сонымен қатар, мемлекет жеке сектор үшін табыс деңгейін шектеді, сондай-ақ «сапалы еңбек-қомақты қаржы» уәжін жүйеге енгізді. Жүйе мынадай түрде қалыптасты: табыстылық жеке сектор үшін заңмен шектелген және жыл сайын 7,5%-дан аспауы тиіс. Валенсияның Денсаулық сақтау министрлігі жеке әріптеске халық басына шаққандағы нақты соманы төлейді. Егер, округ тұрғыны емделу үшін басқа медициналық мекемені қаласа, жеке әріптес мемлекетке емнің 100%-ын төлейді. Егер, басқа аудандардың тұрғындары емделуді қаласа, онда жеке әріптес қызметтер құнынан 85%-ын алады [15].

Орташа өмір сүру ұзақтығы биік және медициналық және әлеуметтік қызмет көрсетудің жоғары сапасы байқалатын, еңбек өнімділігінің жоғары деңгейімен және

халық санына ЖІӨ тұтыну деңгейімен сипатталатын әлемнің дамыған елдерінде МӘЖ көбіне әлеуеттік салады, атап айтқанда денсаулық сақтауда пайдаланылатынын атап өткен жөн.

Денсаулық сақтау саласындағы инфрақұрылымдық жобаларды дамыту бойынша шетелдік тәжірибені талдау мемлекет пен бизнес әріптестігінің әмбебап моделі жоқ екенін көрсетеді. Әрбір ел қолданыстағы МӘЖ моделін ұлттық ерекшеліктер мен басымдықтарды ескере отырып, өз күшіне бейімдейді. Бұл бірінші кезекте елде жүргізіліп жатқан мемлекеттік саясатпен, сондай-ақ нормативтік құқықтық базалардың ерекшелігімен, әлеуметтік және мәдени құндылықтармен байланысты. Алайда, әрбір ел үшін сәйкес келетін оңтайлы шешім іздеу басқа елдердің алдыңғы қатарлы тәжірибесін пайдалану мүмкіндігін жоққа шығарады.

Авторлардың пікірі бойынша, жоғарыда санамаланған шетелдік мысалдарды денсаулық сақтау саласындағы отандық МӘЖ-жобаларын әзірлеу кезінде пайдалануға болады. Мысалы, ұсынылатын медициналық қызметтердің сапасы мен қолжетімділігін жақсарту мақсатында мемлекеттік-жекеменшік әріптестік тарапынан «Алзира» моделін пайдалана алады, онда жеке әріптес медициналық ұйымды салып немесе реконструкция жүргізіп, медициналық ұйымға бекітілген халыққа амбулаториялық-емханалық және стационарлық көмек көрсете алар еді. Сонымен қатар, медициналық қызметтердің сапасын арттыру және медициналық ЖОО-лардың студенттерін оқытудың халықаралық деңгейін қамтамасыз ету бойынша жаңа технологияларды енгізу мақсатында әріптестік тараптар мысал ретінде отандық университет клиникаларын салу кезінде «NewKarolinskaSolna» (Швеция) МӘЖ-жобасын пайдалана алады. Алайда, денсаулық сақтау саласындағы әрбір шетелдік МӘЖ-жобасы әріптестердің әр тарабы үшін барлық әлеуметтік тәуекелдерді ескере отырып, терең және егжей-тегжейлі талдауды талап ететінін атап өткен жөн.

Қазіргі уақытта, Қазақстанда денсаулық сақтау саласындағы МӘЖ негізінде іске асырылған жобалар әлі жоқ, дегенмен Бірыңғай ұлттық денсаулық сақтау жүйесін іске асыру шеңберінде мемлекеттік-жекеменшік әріптестіктің кейбір аспектілері денсаулық сақтау саласына табысты енгізілуде. Осылайша, Денсаулық сақтау министрлігінің деректері бойынша жеке сектор тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде мемлекеттік тапсырысты іске асыруға қатысады. Егер, 2009 жылы елімізде бір де бір мұндай ұйым болған жоқ, ал 2013 жылы жеке жеткізушілердің саны 17%-ды құрады. МӘЖ бойынша әлеуметтік мәні бар жобаларды іске асырудың тиімді тетіктері бағдарламалық гемодиализ мысалында анық көрінеді. Осылайша, гемодиализдің жеке жеткізушілері 34% құрайды және 40% қызмет көрсетеді. Халықтың гемодиализ қызметіне қажеттілігі аталған көрсеткіш 50% құраған 2010 жылмен салыстырғанда 2012 жылы 90%-ға жабылды. Жеке жеткізушілермен пацдалануға беру қызметтеріне, дәрілік заттарды, медициналық жабдықтарды жеткізуге, медициналық жабдықтарға сервистік қызмет көрсетуге, ақпараттық жүйеелерді сүйемелдеуге және АТ-жабдықтарын жеткізуге қосымша келісімшарттар жасалуда.

Осылайша, отандық денсаулық сақтау саласындағы мемлекеттік-жекеменшік әріптестік басым мақсаттарды нақты көруге негізделген жаңа стратегияларды енгізу қажеттілігімен одан әрі дамытуды қажет етеді. Оң халықаралық тәжірибені ескере отырып, бүгінде дамыған елдерде денсаулық сақтау саласындағы шамамен 2-3 жоба мемлекеттік-жекеменшік әріптестік шарттарында іске асырылатынын атап өту қажет, ол

аталған әріптестіктің басымдылығын куәландырады. Өзін көптеген он жылдар бойы шетелде жақсы көрсеткен жеке капитал мен денсаулық сақату саласындағы мемлекеттің осындай өзара қарым-қатынасын ұйымдастыру отандық денсаулық сақтау жүйесінің құрылымын жетілдіру кезінде басым ретінде қаралуы мүмкін.

Л.Ж.Рахымова

ҚР ДСМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК

Денсаулық сақтау менеджмені орталығы менеджерлер әлеуетін арттыру бөлімінің бас менеджері

ІСКЕРЛІК КЕҢЕС БАСҚАРУДЫҢ ТИІМДІ ҚҰРАЛЫ РЕТІНДЕ

Аталуы: Іскерлік отырыс басқарудың тиімді құралы

Авторлары: Рахимова Л.Ж., Денсаулық сақтау менеджмент орталығының менеджерлердің әлеуетін арттыру бөлімінің бас менеджері

Түйіндеме: Мақалада басқарудың тиімді құрал ретінде іскерлік отырысты сапалы және нәтижелі өткізу мәселелері баяндалады. Автор іскерлік отырыстың әр кезеңі шеңберінде менеджерлерге практикалық ұсыныстарын беріп, іскерлік отырысты өткізу кезеңдерін суреттейді. Өндірісте іскерлік отырысты өткізу кезінде медициналық ұйымдардың басшылары үшін осы мақала іс жүзінде қолданылатын маңыздылығының болуы.

Title: Business meeting as an effective management tool

Authors: Rakhimova L., Chief Manager of the Department for managers' capacity building of the Center for Health Management

Abstract: The article covers aspects of a productive meeting as an effective management tool. The author describes stages of conduction of a business meeting, provides practical recommendations to managers on each stage of it. This article has an applied significance for managers of health facilities for the purpose of conduction of business meetings.

Медициналық ұйымның табысты қызметі үшін менеджер сапалы және нәтижелі кеңес өткізуі тиіс. Өкінішке орай кеңестер басшыны да қызметкерлерді де ағымдық істерінен тежей отырып, айтарлықтай уақыт көлемін алады. Сауалнамалар кейбір басшылар әртүрлі кеңестерге, конференцияларға, «шағын жиындарға» және т.б. өзінің 80%-ға дейінгі уақытын кетіретінін көрсетіп отыр.

Кеңес – басқарушылық жұмыстың өте күрделі құралы. Және де ең бастысы – бұл демократиялық басқару құралы. Кеңесті келісілген шешіммен топ өткізуі тиіс, онда әр қайсысы осы шешім үшін жауаптылықты алуға және қабылданған шешімді іске асыру бойынша өз үлесін қосуға дайын болады. Басшы барлық бастаманы өзіне алатын мұндай кеңестер қатысушылардан есептілікті талап етеді, өзі **кеңеске қатысы болмауы мүмкін** күн тәртібі мәселелері бойынша шешімдер қабылдайды.

Кеңестің қажетті нәтижеге қол жеткізілмеу себептері басшының кеңеске барынша тиімді және сапалы қалай дайындалу, оны ұйымдастыру, дұрыс қорытынды жүргізу керек екенін білмеуінен тұрады. Көбіне кеңестер тиімсіз және оны өткізу қажеттілігісіз өткізіледі.

Әрине кеңес өткізу кезінде өзінің минуттері мен плюстері бар. Кеңес өткізудің **плюстеріне** мыналарды жатқызуға болады:

- Қызметкерлердің кеңесте қабылданған шешімдерге адалдығы. Бұл қызметкерлер жоғарыдан жай «түсірілген» қатыспайды және олардың кеңестен тыс әңгімелегендері болмаса, оған қатысты өз пікірлерін айтуға мүмкіндіктері жоқ;

- «Жекелеген бөліктер сомасына қарағанда тұтасы орасан зор» деген синергия заңы. Как в известной пословице – «Одна голова хорошо, а десять лучше». Жекелеген қызметкерлердің бірлескен қызметінің тиімділігі командада айтарлықтай жоғары. Міне сондықтан проблемалық іскерлік мәселелерді ұжыммен бірге талқылаған жөн.

- «Төменнен» болатын тез кері байланыс. Басшы кеңесте ұйымда болып жатқан жағдайлар туралы, адамдардың көңіл-күйлері, олардың қажеттіліктері, ұйым проблемасын түсіну деңгейі, басшы саясатына қатынастары және т.б. туралы білуі мүмкін.

- Ұжымның ауыз біршілігі. Кеңес қызметкерлердің уәжін, кәсіпорын басшылығына сенімін арттырудың, кадрларды оқытудың керемет тетіктері болып табылады.

- Басшылықтың қызметкерлерге арналған мақсаттардың, жоспарлардың шынайылығы. Бұл қызметкерлер қызметіне арналған маңызды уәждеушілердің бірі болып табылады. Ең төменгі шынайылық кезінде белгісіз және түсініксіз міндеттер болып көрінетін жаңалықтарға қарсылықтарды айтарлықтай арттырады.

Кеңестің **министеріне** уақыт шығынын жатқызуға болады, менеджер өзінің функционалдық міндеттерінен көңілін бөлу және өз қызметкерлерінің көңілін бөлу.

Ұйымның дамуына кедергі келтіретін бұзушы кеңестер де бар. Мұндай кеңестер кеңеске қатысушылардың біріні пайдалы болуы мүмкін, бірақ жалпы ұйымға пайдалы емес. Кімдікі дұрыс, кімдікі бұрыс деген сұрақтың шешіміне қатысушылар өздерінің бүкіл жұмыс уақыттарын және кеңестің бүкіл уақытын кетіруі мүмкін, алайда мұндай кеңес басшыны және ұйымды қойылған мақсаттарға қол жеткізуге мүлдем жол бермейді.

Бұзушы кеңестер уақытында қатысушылар мынадай мақсаттарды алға қоюы тиіс:

- Жеке қатынастардың айқындалуы – кеңеске шиеленістегі адамдар қатыса алады және шиеленіске қатысушылардың бірі шиеленістің басқа қатысушыларымен ара қатынасты айқындауды қалауы мүмкін, біреулер қандай да бір жағымсыз әрекеттердің салдарынан қастандық ойлауы мүмкін. Сіздің міндетіңіз кеңестерде осындай мақсаттарға қол жеткізілуінің алдын алу. Сізге ұйым үшін маңызды сол мақсаттарға қол жеткізу маңызды.

- Жеке амбицияларға қанағаттану – кеңеске қатысушылардың бірі оның жеке жұмысының бүкіл ұжым үшін қаншалықты маңызды екенін көрсеткісі келеді. Оған сіздің ұйымыңыз үшін қажет пе қажет емес пе екендігі маңызды.

- Жеке проблемаларды шешу (команда проблемаларының орнына). Біреулер қатты шаршады және кеңесте жай демалғысы келеді, біреудің басы қатты ауырады, және де ол ауруды басатын дәріні іздеу мен ғана айланысады және т.б.

- Кеңесті «белгілеу үшін» (мақсаттардың түсініксіздігі) өткізу. Егер, сіз кеңес бастамашысы ретінде проблеманың шешілуіне мүдделі болмасаңыз, онда кеңесті өткізбеген жөн.

Жоғарыда айтылғанға қарай іскерлік кеңесті тиімді өткізуге мынадай **қағидаттарды** атап өту қажет.

- Кеңестің мақсаты бар! Кеңес, қандай да бір кез-келген жұмыс, нәтиже әкелуі тиіс. Кеңеске дейін мақсат қойыңыз және кеңестен кейінгі нәтижені бағалаңыз. Команда мүшелерінің әрқайсысының ұсынысы кеңеске қатысушы командаларды мақсатқа қол жеткізуге жылжытуы тиіс. Осы қағидатқа жүгіну бұзушылық, сіздің командаңыз үшін маңызды емес мақсаттарға қол жеткізуден ада болуға мүмкіндік береді. Мақсаттар жоқ – кеңестер жоқ!

- Кеңес – бұл жұмыс! Кеңес – бұл жұмысқа дайындық емес. Кеңес – бұл команда мақсатына бағытталған және кәсіпорын төлейтін жұмыс. Әрбір кеңеске қатысушы белсенді болуы тиіс. Кеңес демалыс орны емес. Бұл үшін бәрі ақша алады. Ешкім тыс қалмауы тиіс.

- Кеңес – бұл басқарылатын процесс! Уақытты, назарды және қатысушылардың белсенділігін басқару, регламентті ұстану маңызды. Басқару – бұл мақсаттарға жылжу!

- Кеңес – бұл дау емес! Жокқа шығара отырып – ұсыныс жаса! Кеңес қарсылық емес конструктивті іс-қимылдарға арналған уақыт. Дау уақытты алады және энергияны «жейді». Егер, кеңеске қатысушы қандай да бір ұсынылған шешімдерге сын айтса, ол өз баламасын ұсынуы тиіс. Себепсіз сынауға болмайды.

- Кеңес – бұл спорт емес! Мұнда жеке амбицияларға жол жоқ, жеке тұлғалыққа ауысуға жол жоқ, дұрыс айтатындар және кінәлілерге бөліну үшін жол жоқ. Шешендікке емес, өндірістік нәтижелерге жарыспаңыздар.

Егер, кеңеске қатысушылар осы қағидаттарға жүгінетін болса, сіз қажет деп қалаған нәтижелерге әрдайым қол жеткізе алатын боласыз.

Егер, сізде оны дайындауға уақыт болмаса кеңесті шақырмаған жөн; проблеманы шешу үшін электрондық хат, телефон қоңырауы және т.б. сияқты өзге әдістерді қолдануға болады; проблема оған уақыт жоғалтатындай соншалықты маңызды емес; аталған мәселені жеке отырып шешуге болады.

Кеңестің әртүрлі типтерін ажыратады, әсіресе, мынадай:

Различают различные **типы совещаний**. В частности, такие как:

– Аталған мақалада сөз болған іскерлік кеңестер шешімдер қабылдау үшін іске асырылады. Күн тәртібі шеңберінде кеңеске қатысушылар ақпаратпен бөліседі, талқылаулар жүргізеді және тиісті шешімдер қабылдайды. Кеңестің аталған типінің жеткіліксіздігі талқылаудың үлкен жалғасы болуы мүмкін.

– Қызметкерлер жасаған жұмыстары туралы есеп беретін, ұйымның өндірістік қызметіндегі ағымдық мәселелерді талқылайтын күнделікті лездемеге жатқызылуы мүмкін өндірістік кеңес.

– Жекелеген нақты бір проблемалар бойынша жатқызуға болатын проблемалық кеңестер. Мұндайлар, қандай да бір инновациялық жобаларды талқылау.

– Нұсқаулық кеңестер қызметкерлерге алдағы болатын жұмыс, міндеттер мен жауапкершілікті бөлу туралы нұсқау беру мақсатында өткізіледі. Кеңестің мұндай түрі талқылаусыз өткізіледі. Қажеттілігіне қарай басшы сұрақтарға ғана жауап береді.

– Жұмыс тобының ұйым қызметінің әртүрлі бағыттары бойынша кеңестер. Жұмыс топтарына әдетте әртүрлі бөлімшелер мен ұйым қызметтерінің өкілдері бірігеді. Мұндай кеңестерде жұмыс тобы өткізетін іс-шаралар егжей-тегжей жоспарланады.

– Мақсаты ұйымның мақсатпен өзара байланысындағы жай –күйін бағалау, қойылған мақсаттарға жылжу үрдісі болып табылатын қорытынды кеңестер.

Кеңесті дайындау.

Дайындықты кеңес мақсатын анықтаудан бастау қажет. Кеңес мақсатын анықтап, сіз кімді шақыруға болады деген кеңеске қатысушыларды анықтай аласыз. Қарапайым арифметика бар – әр қайсысы бір минуттан айтады, өз пікірін айтады және сегіз минутта кеңестен бәрі кетеді. 8 адам – іскерлік кеңес үшін шекті топ. Іскерлік кеңеске қатысушылардың оңтайлы саны 5-7 адам. Бұл бір үстелге отырғызып, әрқайсысының пікірін тыңдап, талқылауға болатын қалыпты басқарылатын топ.

Кеңеске қабылданған шешімдерді орындауға мүдделі, талқылауға белсенді қатысатын, кеңеске ұсынылған ақпарат қажет **адамдарды ғана**, сондай-ақ кеңесте қабылданған шешімдердің тікелей орындаушылары болып табылатын адамдарды шақыру қажет.

Мәселесі талқыланған қызметкерлердің кеңестен кету және аталған мәселе тікелей талқыланған кезде келу мүмкіндігі болуы тиіс.

Кеңеске қатысушылардың рөлдері мен міндеттерін бөлу.

Сізге кеңестің бастамашысы адамы ретінде кеңеске қатысушылардың рөлдерін анықтап алу қажет. Бұл жағдайда кеңес барынша тиімді өтеді.

– Басшы. Оның міндеті кеңестің мақсатын анықтау, кеңес шешімін орындау бойынша өкілеттіктерді бөлу, қорытынды жасау. Басшының өзі кеңес өткізуі міндеті емес.

– Делдал кеңесті өткізудің материалдық-техникалық мәселелерімен айналысады, кеңес процесіндегі дискуссия өткізуге жауапты болады, күн тәртібінің сақталуын бақылайды.

– Хатшы кеңес өткізу процесін құжаттамалауға жауап береді.

– Баяндамашы кеңеске қатысушыларға қандай да бір ақпаратты ұсынады.

– Ассистенттер – кеңеске белсенді қатысатын, басшының күн тәртібінен жаңылыспауына көмектесетін және дискуссияға белсенді қатысатын адамдар.

– Сарапшы – өзінің құзыретіне қатысты мәселені талқылау шеңберінде және сол уақытта кеңеске қатыса алатын шақырылған адам. Сіз олардан нақты күтетін рөлді сарапшыларға нақты бөлу.

Кеңес мақсаттарын және қатысушыларды анықтағаннан кейін күн тәртібін әзірлеу қажет.

Күн тәртібі – бұл әдетте кеңес қатысушылары алдын ала алатын және мынадай тармақтарды қамтитын жазбаша құжат:

- тақырыбы;
- мақсаты;
- талқыланатын мәселелер;
- күні, уақыты;
- место проведения;
- баяндамашылар туралы ақпарат;
- әрбір мәселені талқылауға берілген уақыттың көлемі;
- мәселелерді талқылау бойынша материалдармен алдын ала танысу орыны.

Кеңес алдында кеңеске қатысушыларды талқылау нысанасымен таныстыру қажет. Ол үшін электрондық почтаға таратпаларды, ұйым сайтына материалдарды орналастыруды және т.б. пайдалануға болады. Материалдармен танысқаннан кейін кеңеске қатысушылар талқылауға қойылған мәселелерді шешудің оңтайлы нұсқаларын алдын ала ойлай алады.

Кеңес қағидаттары мен санкциялары.

Кеңес басында қатысушылар қағидаларды орындамаған жағдайда, қағидалар мен санкцияларды белгілеу қажет.

Жетекші өзіне: «Кеңес тиімді өтуі үшін не қажет?» деген сұрақ қоюы тиіс.

Қағида мысалдары:

- телефонсыз жұмыс істейміз;
- әрбір мәселе бойынша – қабылданған шешім;
- және т.б.

Қағидалар мен санкциялар айтылуы және кеңес қатысушылары қабылдауы тиіс.

Кеңес өткізу уақыты және ұзақтығы.

Кеңес өткізу уақыты ғана емесе апта күні де маңызды. Іскерлік кеңесті аптаның белгілі бір күнінде өткізген жөн, оңтайлы нұсқасы – күннің екінші жартысы. Артықшылықты шұғыл, жоспардан тыс іскерлік кеңестер құрайды.

Кеңес қаншалықты қысқа болса – соншалықты жақсы, әрине – кеңес мақсаттарына қол жеткізген кезде.

Кеңес. Фличпартте немесе тақтайға ірі әріптермен жазуға болады: Біз неге жиналдық? Біздің мақсатымыз қандай? Бұл кеңеске қатысушыларды уәждейтін және бос сөздерді және басқа жаққа кетуді бөлетін болады.

Үй-жай мен жағдай кеңес мақсатына тәуелді. Қажетті жиһазды, жабдықты – телефондарды, проекторларды, тақталарды және т.б. анықтаңыз.

Кеңес. Қатысушыларды отырғызған кезде адамдардың бір-бірінің көздерін, беттерін, ымдарын, ишараларын көруін қадағалау қажет. Бұл ақпаратты жақсы қабылдаулары үшін маңызды. Сонымен қатар, бір-бірімен шиеленісетін адамдардың қарама-қарсы отырып қалмауына назар аудару қажет. Үстелдің қатарында әртүрлі көз қарастары бар адамдарды отырғызуға тырысыңыз: бұл үстелдің бір жағына жақтастардың жиналғанынан қарағанда жақсы.

Кеңес өткізу.

Тағайындалған уақытта кеңесті бастаңыз және аяқтаңыз, кешіккен қатысушыларды күтудің қажеті жоқ. Егер, сіз кешіккен қатысушыларды күтетін болсаңыз – уақытында

келген адамдарға зияныңыз тиеді және келесіде олар да кешігуі мүмкін, ал бүгін кешіккендер келесіде одан да кеш келуі мүмкін. Кешіккен адамдар жоғалтқан ақпараттарын өз беттерінше толтырсын.

Қатысып отырғандардың құрамы туралы және қатысушылардың саны, шақырылғандары қайсысы және қандай себептермен жоқ екені туралы ақпаратты, басқа ұйымдардан шақырылған қатысушыларды атаған орынды.

Егер, кеңес ұзақ болса үзілістерден бас тартпаңыз. Үзілістер мынадай функцияларды атқарады. Біріншіден олар қатысушылардың демалуына мүмкіндік береді. Екіншіден үзіліс уақытында «кеңестен тыс жерде» кеңес тақырыбында жұмыс істеу жалғасады. Үзіліс кезінде үй-жай ішінің ауасын тазарту, кеңес қатысушыларына кофе, шәй және т.б. ұсыну қажет.

Басында қатысушыларды күн тәртібімен таныстыру қажет. Қажеттілігіне қарай түзетулер енгізу.

Кеңесті регламент шеңберінде өткізу қажет. Регламенттің сақталуына басшы жауапты болады, және де регламент кеңес қатысушыларына алдын ала айтылуы тиіс.

Регламентсіз кеңес – босқа уақыт өткізу.

Кеңесті құжаттамалау өте маңызды. Хатшы кеңес хаттамасын жүргізуі тиіс. Аудиожазба қолдануға болады, ол кеңес төрағасы хатшысының жұмысын айтарлықтай жеңілдетеді. Шешім хаттамасы шешім мазмұнын, шешімді орындауға жауапты адамды және мерзімді қамти отырып, әрбір мәселе бойынша жазбаша қалыптасуы тиіс. Кеңестің маңызды деректері мен шешімдері бар хаттаманың жеделдетілген нұсқасын кеңес соңында барлық қатысушыларға тарату қажет. Хатшы қаралатын мәселелердің белгілеудің толықтығы мен дәйектілігіне толық жауапты болады.

Күн тәртібінің бірінші сұрағын анағұрлым қарапайым қылуға тырысыңыз. Талқыланатын мәселелердің тез шешімі сияқты кеңес қатысушыларын ештеңе уәждемейді. Анағұрлым қиын сұрақтарды кеңес соңында талқылаған жөн, бірақ аталған сұрақтарды қарауға үлгеру үшін уақытты міндетті түрде есептеңіз.

Кеңес. Талқылаудың және әрбір сұрақ бойынша шешім қабылдаудың уақытын жоспарлауға болады. Мысалы:

Бірінші сұрақ – 10 минут талқылау.

Екінші сұрақ – 20 минут.

Үшінші сұрақ – 25 минут.

Бұл да сізге уақытты тиімді бақылауға көмектеседі.

Кеңестің барлық қатысушыларының талқылауға қатысуын қадағалаңыз. Әлсін-әлсін аралық қорытынды жасап отырыңыз.

Кеңестің қалай өтіп жатқанын қадағалаңыз. Егер, талқылау процесі регламенттен шықса, жағдай ушыға бастаса немесе адамдар шаршаса араласыңыз. Кеңес процесінде қойын дәптеріңізге өзіңіз үшін басты сәттерді жазыңыз немесе оларды тақтаға белгілеп қоюға болады.

Кеңестің ұсынылатын форматы:

– Баяндама (сөз сөйлеулер, таныстырылым). Кеңес қатысушыларының бірі өз жұмысының нәтижелері туралы айтады немесе сол немесе өзге сұрақ бойынша ақпаратпен бөліседі.

– Дискуссия. Қатысушылар аталған проблеманы шешу үшін маңызды деп есептейтін оларды қызықтыратын сол немесе өзге сәттерді талқылау.

– Талдау (ақылдастар алқасы). Сіздің ұйымыңыздың жұмысы барысында алынған ақпаратты талдау.

– Кері байланыс (қызмет нәтижесін бағалау).

Команда қатысушыларының өзара әрекет ететін екі типі бар: сіздің командаңызға қойылған мақсатқа жетуге көмектесетін тиімді іс-қимыл не проблема белсенді талқыланатын, бірақ міндетті шешудің ауылы алыс болатын деструктивті.

Кеңестің деструктивті, экспрессивті немесе үзілген типі қатысушылардың эмоцияларына тоғысады. Коммуникацияның мұндай типі кеңестің басқа қатысушыларының дұрыс немесе бұрыс бағасымен сипатталады, адамгершілік қасиетінен сынмен және балағаттаумен сипатталады. Сізге басшы ретінде сіздің қол астындағыларыңыз коммуникацияның экспрессивті типіне ауыспауын қадағалау қажет.

Кеңестен кейін.

Іскерлік кеңестің аяқталуы оның басталуы сияқты ерекше назарды талап етеді. Соңғы сөз сөйлеуді кеңеске қатысушылар басындағылар сияқты жақсы есте сақтайды. Соңғы сөздер адамға анағұрлым ұзақ әсер етеді. (Психологиялық заңдылық: «Адам әрдайым біріншіні, соңғыны және аяқталған іс-әрекетке қарағанда аяқталмаған іс-әрекетті жақсы есте сақтайды»).

Қатысушыларды бақылаңыз. Егер, сіз күн тәртібінің соңғы сұрағының шешімі тығырыққа тірелсе, кейбір қатысушылар кеңестен шығып кете бастайды, ол кеңес уақыты уақытынан шықты деген сөз, сіз уақыт шегін ұстай алмадыңыз және сізге кеңесті аяқтау қажет.

Кеңестің аяқталуын басқа сөздерге қарағанда ерекшелендіруі тиіс бірнеше қорытынды сөйлемдерді дайындау және жатқа білген жөн. Мысалы. «Қорытындылаймыз», «Біз кеңесімізді аяқтаймыз».

Кеңес қорытындысы әзірленген және оған қабылданған басқарушылық шешімдерді саны мен сапасы бойынша бағаланады.

Осылайша, басшы қызметінің негізгі көрсеткіштерінің бірі және іскерлік кеңес тиімділігінің көрсеткіші басшының дұрыс басқарушылық шешім қабылдау қабілеті болып табылады. Егер, кеңестің аяқталуына шешім қабылданбаса, ол бір ғана нәрсені білдіреді: кеңес пайдасыз болды, уақыт босқа өтті.

Іскерлік кеңес аяқталғаннан кейін кеңес мақсаттарына қол жеткізілді ме, қандай да бір қателіктерге жол берілді ме деген мәселелерге талдау жүргізу қажет. Егер сіз шынымен де келесі кеңес анағұрлым жоғары деңгейде өткенін қаласаңыз, бұл елемеуге болмайтын кеңестің міндетті элементі.

Көздері:

1. Мескон, Майкл Х., Альберт, Майкл, Хедоури, Франклин. Основы менеджмента, - 3 издание: пер. с англ. – М: ООО «И.Д. Вильямс», 2012. – 672 с.
2. Менеджмент в здравоохранении: учеб. пособие / Под ред. М.М. Мухамбекова. – М.: РУДН, 2012. – 372 с.
3. Потемкин В.К. Управление персоналом: Учебник для вузов.– СПб.: Изд- во СПбГУЭФ, 2009.– 340 с. 191023, Санкт-Петербург.
4. The Management Guide To Running Meetings. [Кейт Кинан](#). Издательство: [Эксмо](#)
5. Классический менеджмент, Организационные структуры управления, Розенков Д.А., Леонтьев Р.Г., 2012
6. The International Association Meetings Market 2004, ICCA, 2005

А.С.Тасмағанбетова

«Астана Медицина университеті» АҚ «Қоғамдық денсаулық сақтау» мамандығы бойынша ІІ жылдық оқу магистранты

А.Ж.Шарбаков

*Алтай Шарбақов, жалпы гигиена және экология кафедрасының меңгерушісі, гигиена мамандығы бойынша медицина ғылымдарының докторы, ассистент профессор, Санкт Петербург қаласының **МАНЭБ** академигі.*

ДӘРІГЕРЛЕРДІҢ САРАЛАНҒАН ЕҢБЕККЕ АҚЫ ТӨЛЕУ ТИІМДІЛІГІНІҢ ӘЛЕУМЕТТІК АСПЕКТІЛЕРІН ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ

Аталуы: Дәрігерлердің сараланған еңбекақы тиімділігінің социологиялық аспектітерін зерттеу қорытындылары
Авторлары: Тасмаганбетова А.С., А. Ж. Шарбаков А.Ж., АҚ «Астана медицина университеті» ҚР ДСӘДМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК
Түйіндеме: Қазақстан Республикасында медицина қызметкерлердің сараланған еңбекақы жүйесі еңгізіліп, еңбек қызмет үшін көтермелей жетекшілік және дәрігерлерге қосымша табыс табу құрал пайда болды. Біз еңбек уәждемесін және құндылығын зерттеу үшін медициналық ұйымдарында (тұрақты мекемелер және емханалар) дәрігерлер арасында социологиялық сұрастыру өткіздік.

Title: Results of sociological interview to study efficiency of doctor's differential payment system

Authors: Tasmaganbetova A., Sharbakov A., JSC "Astana Medical University"

Abstract: Introduction of differentiated payment system of health workers in the Republic of Kazakhstan marked the emergence of an instrument to promote for the results achieved for the heads of medical organizations and for doctors - the opportunity to earn additional income to the guaranteed wage. We carried out an opinion poll of doctors urban hospitals and clinics for the study of motivation and work values.

Кіріспе

Медициналық қызметтердің сапасын жақсарту мен Қазақстан Республикасының жоғары технологиялық денсаулық сақтау жүйесін дамыту мақсатында медицина қызметкерлерінің сараланған еңбек ақы төлеу жүйесі әзірленді. Қағидаттарының бірі көрсетілген медициналық қызметтердің көлеміне, сапасы мен нәтижесіне байланысты түпкілікті нәтижелер бойынша медициналық ұйымдарды қаржыландыру болып табылатын Бірыңғай ұлттық денсаулық сақтау жүйесін енгізу медицина қызметкерлерінің сараланған еңбек ақы төлеуді жетілдіруді қамтамасыз етеді [1]. Осыған байланысты, медицина қызметкерлерінің материалдық қолайлығының деңгейі стратегиялық дамуда.

Медициналық көмек көрсету процесіне тікелей қатысушы бола отырып, медицина қызметкерлері сала проблемасына жақсы бағдарланған, осыған орай олар өздерінің кәсіби пікірлерін айта отырып, олар болып жатқан өзгерістер кезінде сарапшы ретінде сөз сөйлей алады [2].

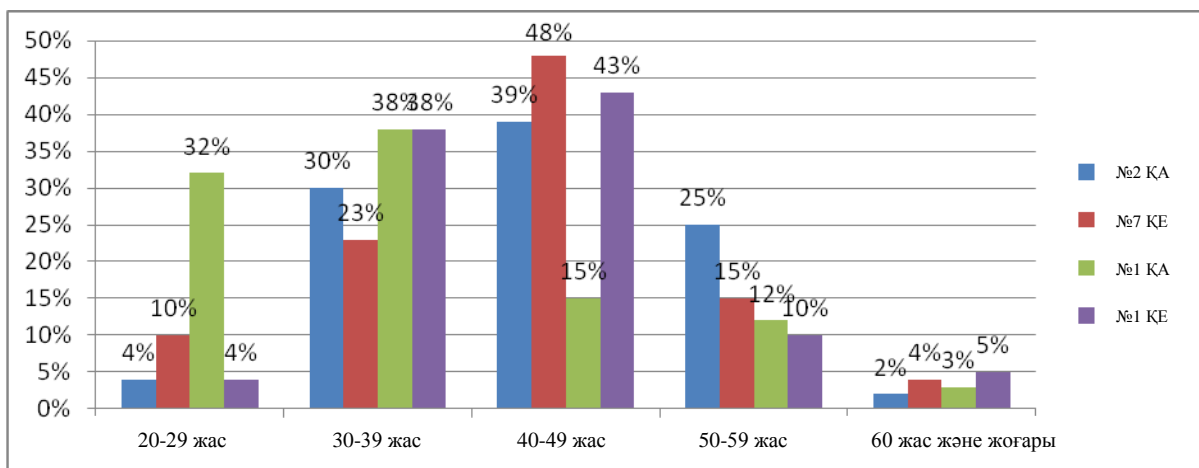
Зерттеу мақсаты

Бюджеттік саладағы медицина қызметкерлеріне сараланған еңбек ақы төлеудің жаңа моделіне ұсыныстар әзірлеу.

Материалдар мен әдістер

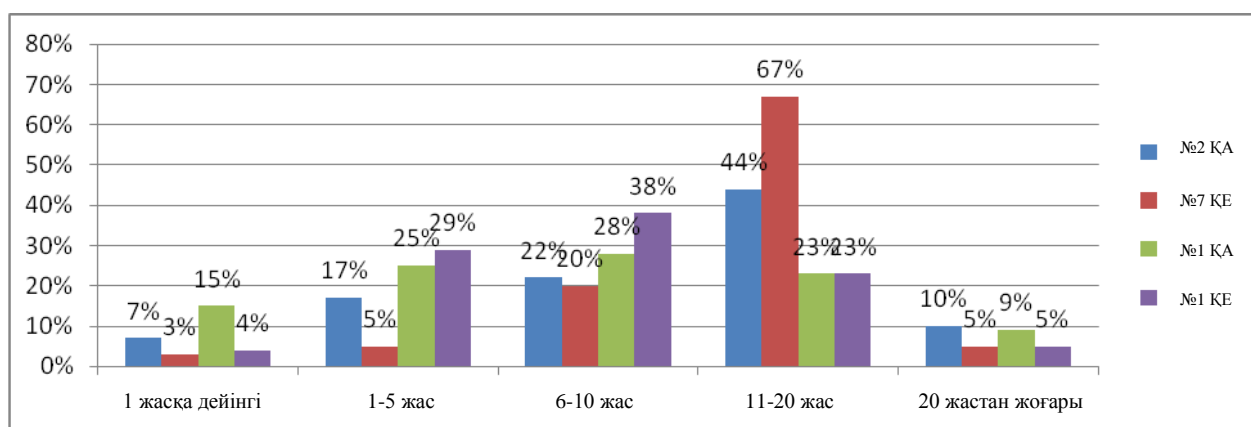
Міндеттерінің бірі дәрігердің уәжі мен еңбек құндылықтарын зерделеу болып табылатын медицина қызметкерлеріне сараланған еңбек ақы төлеу жүйесін зерттеу барысында «№1 қалалық аурухана», «№2 қалалық аурухана», №1 қалалық емхана» және «№7 қалалық емхана» шаруашылық жүргізу құқығындағы мемлекеттік коммуналдық кәсіпорындардың дәрігерлеріне сауалнама жүргізу әдісімен әлеуметтік сауалнама жүргізілді. Сауалнамаға барлығы 211 дәрігер қатысты.

Сауалнама кәсіби, өтілдік және біліктілік сипаттамаларын қоса алғанда сауалнамаға қатысқан респонденттер туралы мәлімет алуымызға мүмкіндік берген сұрақтардан басталды. Респонденттердің жас ерекшелік құрылымы ұсынылған 1-суреттен барлық МҰ 30-39 және 40-49 жас аралығындағы топтар респонденттерінің басым болғаны көрініп тұр.



1-сурет – Сауалнамаға қатысқан дәрігерлердің жас ерекшелік құрылымы (қорытындыға %)

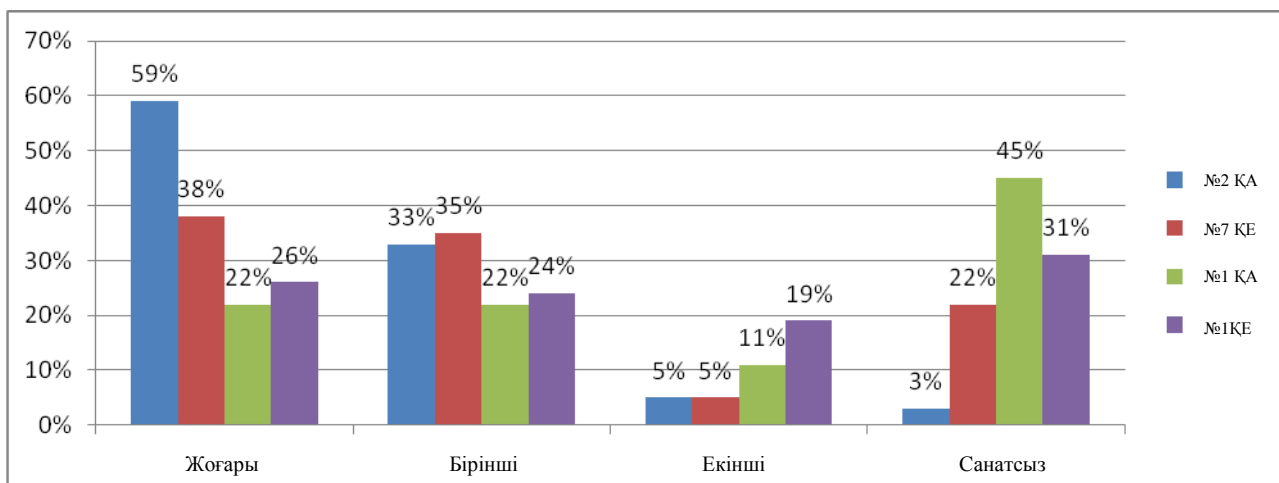
Бұдан әрі сауалнамаға қатысқандарды олардың медициналық өтілдеріне қарай бөлу туралы деректер ұсынылған. 2-суреттен көріп отырғанымыздай, дәрігерлердің өтілдік сипаттамасы құрылымының ерекшелігі айтарлықтай емес. Дәрігерлер арасында №7 ҚЕ 20 жылдан астам еңбек өтілі барлардың басым екені байқалады.



2-сурет –Жалпы медициналық өтіл

Респонденттердің біліктілік сипаттамалары 3-суретте көрсетілген. Суреттен көріп отырғанымыздай дәрігерлердің жалпы біліктілік сипаттамасының құрылымы №7 ҚЕ, №1 ҚА және №1 ҚЕ арасында шамалы байқалады. Жоғары санатты дәрігерлердің саны №2 ҚА басым, онда бірінші санатты дәрігерлердің саны да айтарлықтай.

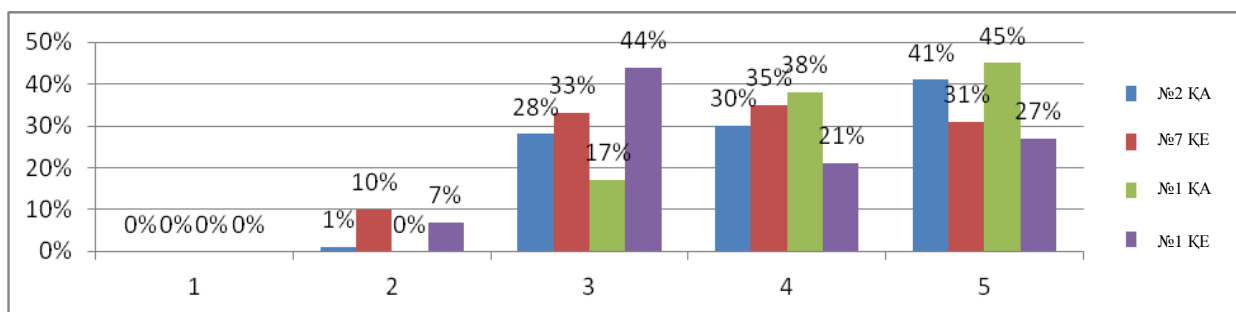
Медицина қызметкерлерінің біліктілік санатын алуға талпынысы сараланған еңбекке ақы төлеу жүйесін қолданған жағдайда да және СЕА болмаса да экономикалық уәж болып бекіген.



3-сурет– Біліктілік санаты

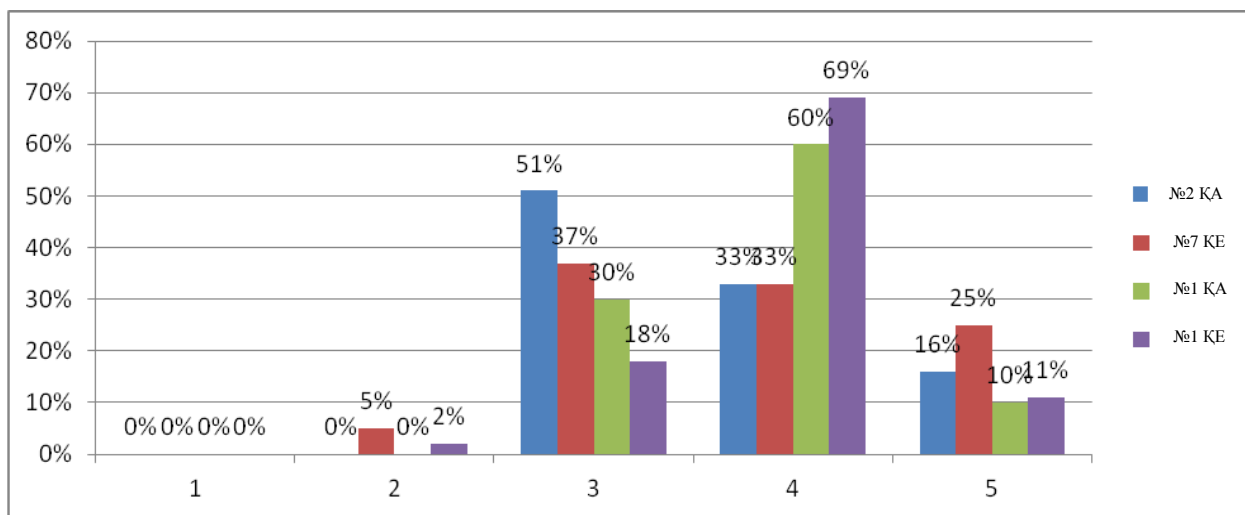
Бұдан әрі сауалнамада №1 ҚЕ және № 7 ҚЕ емханаларының, №1 ҚА және №2 ҚА стационарларының медицина қызметкерлерінің уәжін бағалауға мүмкіндік беретін сұрақтар қамтылған.

4-суреттегі деректерге сәйкес барлық медициналық ұйымдардың қызығушылық деңгейлерінің маңызды айырмашылықтары жоқ. Стационарларда (41% және 45%) емханаларға (31% және 27%) қарағанда орындалатын жұмысқа қызығушылық айтарлықтай жоғары.



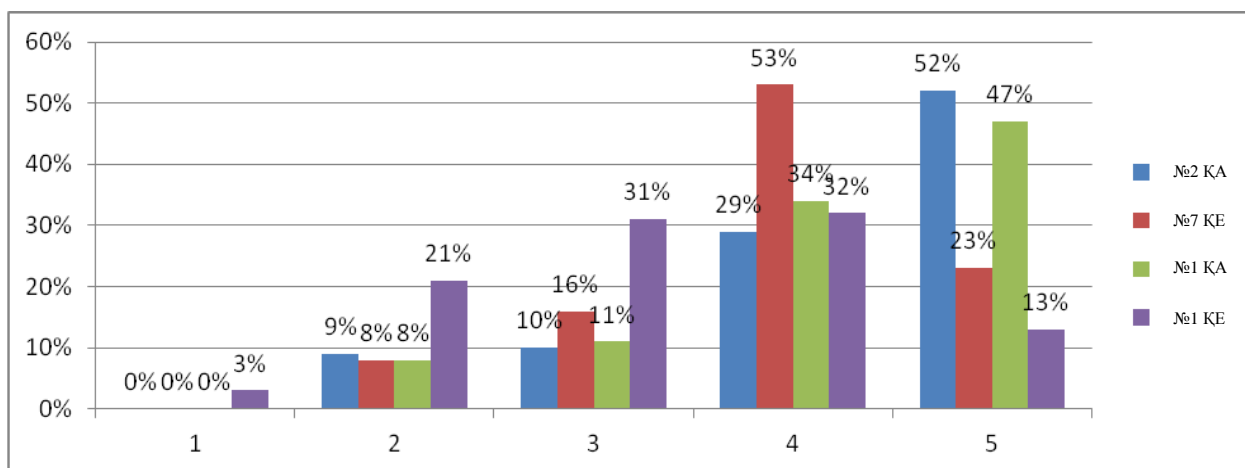
4-сурет. – Орындалатын жұмысқа және оның маңыздылығына қызығушылық.

5-суреттен көріп отырғанымыздай, дәрігерлер ұжымдағы қарым-қатынасты №1 ҚА (60%), №1 ҚЕ (69%) жақсы және №2 ҚА (51%) қанағаттанарлық деп бағалауды. №7 ҚЕ дәрігерлерінің пікірі екіге бөлінді.



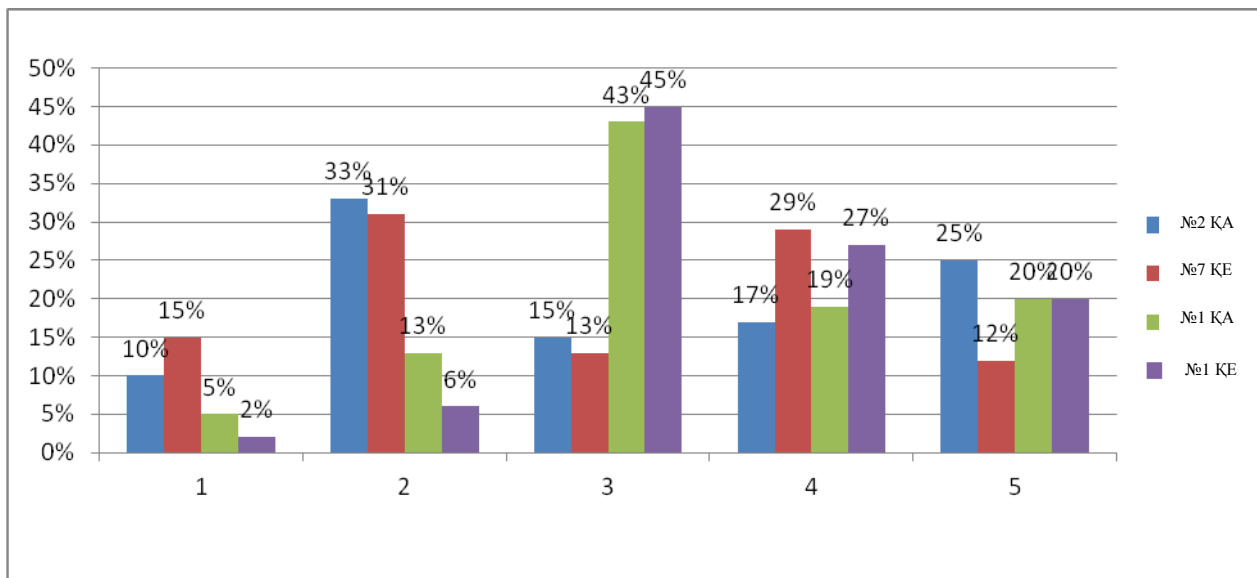
5-сурет – Ұжымдағы (бөлімшедегі) қарым-қатынас

Медицина қызметкерлері жұмыс орнында ұсынылған жағдайды қалай бағалайды деген сұраққа жауап бере отырып, №7 ҚЕ (53%), №2 ҚА (52%), №1 ҚА (47%) дәрігерлері жұмыс орнындағы жағдайға, қажетті жабдықтар мен техниканың барына, санитариялық жағдайларға қанағаттанады. Талдау нәтижелері 6-суретте ұсынылған.



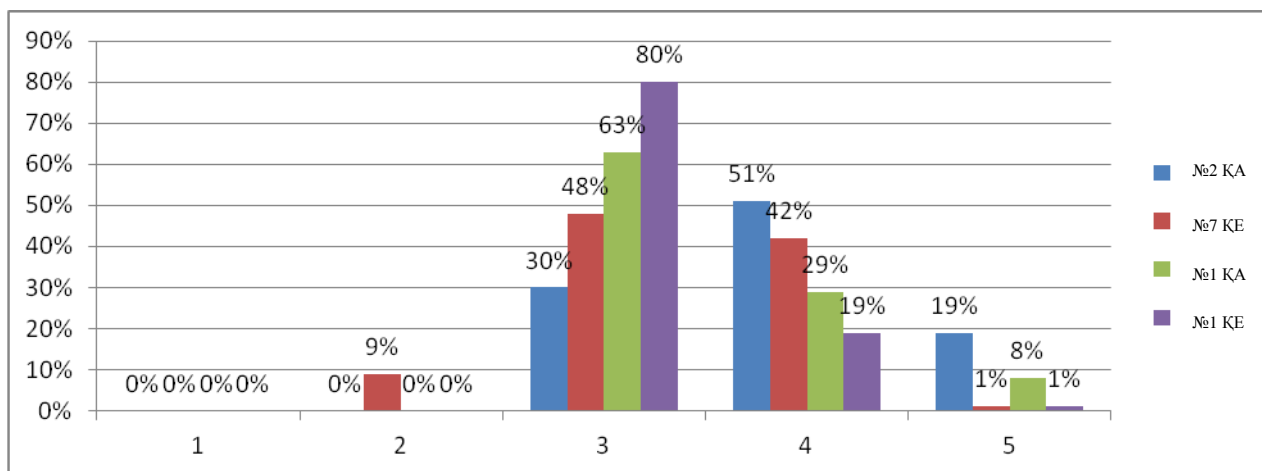
6-сурет – Жұмыс орнындағы жағдаймен қанағаттанушылық

7-суретте №7 ҚЕ (45%), №1 ҚА (43%) респонденттерінің көбі медициналық ұйымдардың мәртебелік деңгейін айтарлықтай жоғары емес деп анықтады, №2 ҚА (33%) және №7 ҚЕ (31%) дәрігерлері өз жұмыс орнын мәртебелі деп есептемейді.



7-сурет – Дәрігерлердің МҰ мәртебесі туралы пікірі

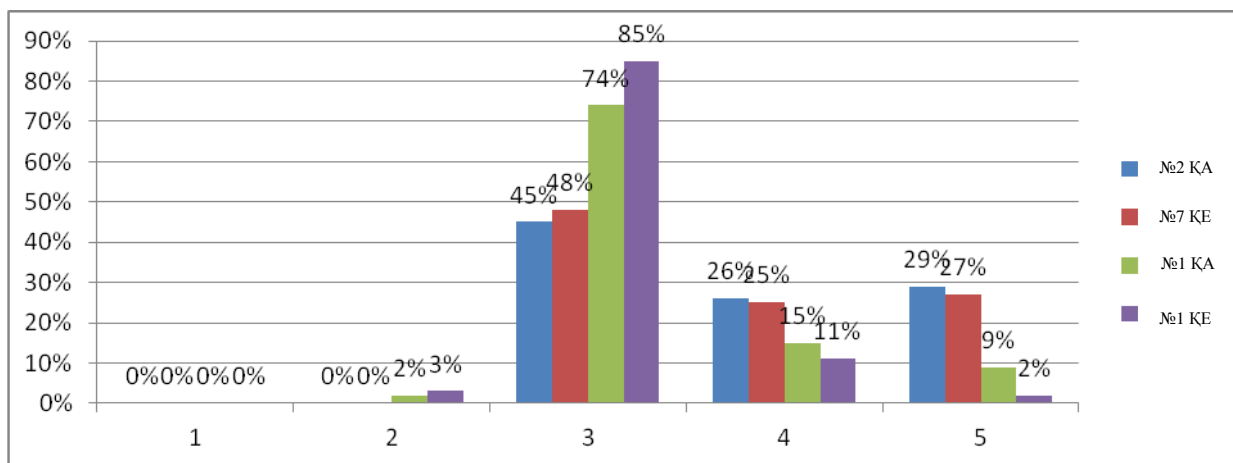
№1 ҚЕ (80%), №1 ҚА (63%), №2 ҚА (51%) дәрігерлерінің көбі медициналық ұйымды басқару тиімділігі мен ұтымдылығының орташа деңгейін көрсетті. Талдау нәтижелері 8-суретте ұсынылған.



8-сурет – Дәрігерлердің МҰ басқару тиімділігі туралы пікірі

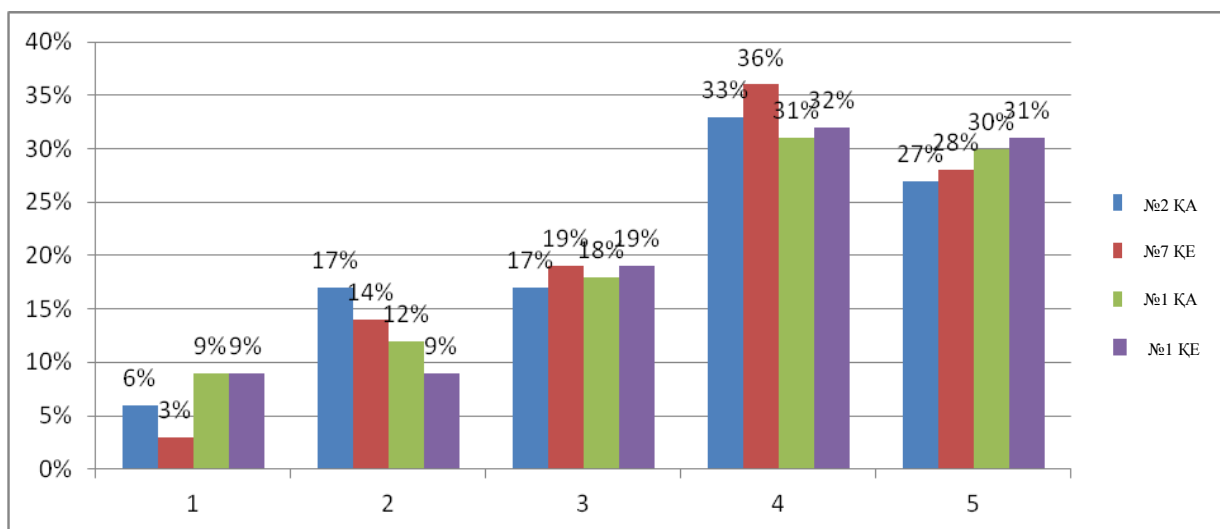
Біз үшін жалақыға, орындаған жұмыс үшін материалдық ынталандырулар деңгейімен қанағаттануға қатысты сұрақтарға алынған жауаптар маңызды болып табылды.

Орындалатын жұмыстарға қатысты жалақының әділдігін қанағаттанарлық деп бағалаған №1 ҚА (74%) және №1ҚА (85%) дәрігерлерінің үлес салмағы маңызды болды. 9-суреттен жалпы дәрігерлердің жалақы деңгейімен қанағаттанатынын көріп отырмыз.



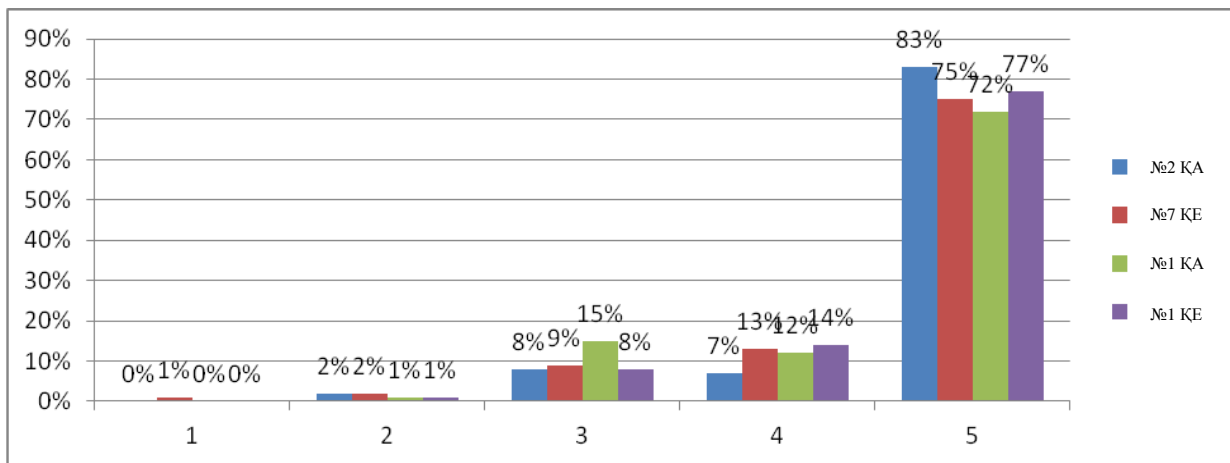
9-сурет – Дәрігерлердің орындалатын жұмысқа қатысты жалақының әділдігі туралы пікірі

Сауалнаманың келесі сұрақтары дәрігерлердің еңбек құндылықтарын зерделеуге бағытталған болатын. Дәрігерлерге тұрақты, кепілдік берілген жалақының маңыздылығын бағалау ұсынылған сауалнама сұрағына берілген жауап анағұрлым ақпаратты болды. 10-суреттегі деректерінен көріп отырғанымыздай онда дәрігерлердің екіге айрылған жауаптарының, пікірлерінің нәтижелері ұсынылған. Дегенмен тұрақты табысты жөн көретін медицина қызметкерлерінің үлес салмағы басым.



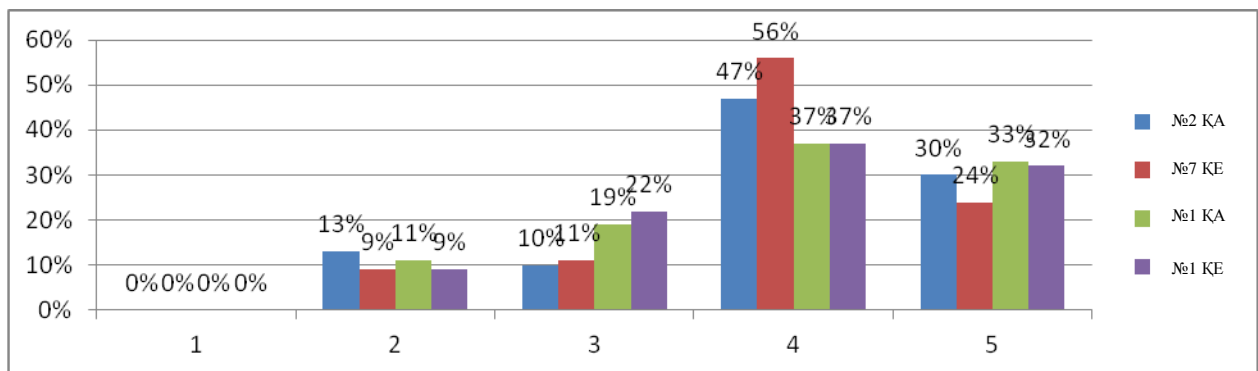
10-сурет – Дәрігерлердің тұрақты және кепілдік берілген жалақы туралы пікірі

11-суретте көріп отырғанымыздай №1 ҚЕ, №7 ҚЕ, №1ҚА, №2 ҚА респонденттерінің басым көпшілігі шығындалған күшке байланысты жалақыға оң қарым-қатынасын көрсетті. Алынған жауаптар дәрігерлердің өз күштеріне сенетінін, сондай-ақ медицина қызметкерлері үшін маңызды болып табылатын, тіпті олар осы үшін өз жалақысының абсолютті көлемін жұмсауға дайын болатын жалақының мөлшеріне байланысты жұмыстардың нәтижесінен алынған тиімділігін куәландырады.



11-сурет – Дәрігерлердің шығындалған күштерге байланысты жалақы туралы пікірі

Респонденттердің қанағаттануын нәтижелейтін сипаттамалары «Сіз қазіргі жұмысыңызға қанағаттанасыз ба?» деген сұрақта қалыптастырылған. Оған берілетін жауаптардың құрылымы 12-суретте ұсынылған.



12-сурет – МҰ жұмысымен қанағаттанушылық

Осылайша, біз жүргізген Астана қаласының №1 ҚЕ, №7 ҚЕ, №1 ҚА, №2 ҚА медицина ұйымдары дәрігерлерінің уәждері мен еңбек құндылықтарын зерделеуге әлеуметтік зерттеу нәтижелері медицина қызметкерлерінің арасында уәждеу деңгейінің айтарлықтай жоғары емес екенін көрсетті. Сауалнамаға қатысқан дәрігерлердің еңбек құндылықтары егжей-тегжейлі зерделенді, ол болашақта медицина қызметкерлерінің сараланған еңбек ақы төлеу жүйесін жетілдіру үшін ұсыныстар әзірлеуге мүмкіндік береді.

Көздер:

1. Қазақстан Республикасының Президенті Н.Ә.Назарбаевтың 2010 жылғы 29 қаңтардағы Қазақстан халқына жолдауы.
2. Комаров Р. Н., Комаров Н. В. Социологический опрос врачей и пациентов по критериям оценки качества медицинской помощи, влияющей на оплату труда//Проблемы управления здравоохранением.2005.-№3.- С.85-88.
3. Дәрігерлердің олардың қызметкерлерінің уәждері мен еңбек құндылықтарын зерделеуге және кадрлық менеджментті жақсартуға арналған сауалнама.

КӨРСЕТІЛЕТІН ҚЫЗМЕТТЕРДІ БАСҚАРУ / УПРАВЛЕНИЕ УСЛУГАМИ

Б.Ш. Жоланов

*Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің
«Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК*

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ХАЛҚЫНА ОНКОЛОГИЯЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУДІ ҰЙЫМДАСТЫРУ СТАНДАРТЫН ЕНГІЗУ ТИІМДІЛІГІ МӘСЕЛЕСІНЕ

Аталуы: Қазақстан Республикасының халқына онкологиялау көмек көрсету стандартын енгізу тиімділігі сұрағына

Авторлары: Жуланов Б.Ш., ҚР ДСӘДМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК

Түйіндеме: Мақалада бейінді қызмет стандарттарының негізгі түсінігі анықталып,

Қазақстан Республикасының халқына онкологиялық көмек көрсетудің стандарттарын ұйымдастыру үлгісінде оларды әзірлеу үдерістері, республикада онкологиялық көмек көрсетуді ұйымдастырудың маңызды жасаушысы болып табылады. Медициналық қызметтің сапасы онкологиялық көмек көрсететін медициналық ұйымдарының күнделікті жұмыстарында Стандарттарды толық пайдалануынан байланысты болады.

Мақалада қатерлі және ісікалды өскіндерді ерте анықтауға бағытталған, онкологиялық көмек көрсету үлгісінде стандарттарды ұйымдастыру, халықтың мақсатты топтарын скринингтік тексеру, онкологиялық науқастарды жүйелілік диспансерлік бақылаудан өткізу және ерте диагностиканы ұйымдастыру нәтижелері, медициналық ұйымдардың қызметінің негізгі кезеңдері көрсетілген.

Сондай-ақ, мақалада облыстық онкологиялық қызмет көрсету деңгейінде онкологиялық көмек көрсету стандарттарын тиімді ұйымдастыруын енгізу

Title: On the question of the effectiveness of implementation of the standard of organization providing cancer care to the population of the Republic of Kazakhstan

Authors: Zhulanov B., RSE on RBA «Republican Center for Health Development» MH&SD RK
Republic of Kazakhstan, Astana

Abstract: The paper defines the basic core concepts of services standards on the example of standards development for providing cancer care to the population of the Republic of Kazakhstan, which is an important component of the providing cancer care in our country. Due to the completeness of the use of standards in daily practice of medical organizations that provide cancer care depends the quality of medical care.

On the example of standards for providing cancer care, the article reflects the highlights of health care activities for organizations, the results of early diagnostics, the organization of systematic medical examination the cancer patients, screening examinations of the target populations, aimed at early detection of precancerous and malignant neoplasms.

The article shows the monitoring results of implementation efficacy for cancer care standard on the regional level which indicate the positive results from using standards in routine clinical practice.

Қазіргі уақытта, Қазақстан Республикасының денсаулық сақтауындағы стандарттау жүйесі негізгі базалық элемент болды және медициналық көмектің сапасын қамтамасыз етуде маңызды рөл атқарады.

Денсаулық сақтаудағы стандарттау мәселелері стандарттау жүйесін құру мен дамыту Қазақстан Республикасы халқының денсаулығын сақтау және жақсарту міндеттерін шешу кезінде профилактикалық және емдеу-диагностикалық іс-шаралардың сапасын арттырудың негізі болып табылады.

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасында алдыңғы қатарлы халықаралық тәжірибемен ықпалдастырылуы және әлеуметтік бағдарланған және экономикалық тиімді болуы тиіс ұлттық стандарттау жүйесін әзірлеу мен енгізу бойынша белгілі бір қадамдар көзделгенін атап өткен жөн.

Қазіргі уақытта, республика бойынша заңнамалық деңгейде негізгі бағыттар мен денсаулық сақтау стандарттарын әзірлеу, енгізу қағидаттары бекітілген.

Заманауи позицияда ұлттық стандарттау жүйесі ақпараттық негіз және оларды күнделікті жұмыста қолдану үшін бейінді қызметтер үшін қолдау ретінде қаралуы тиіс.

Бейін бойынша медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандарты – бұл ұлттық ерекшеліктерді ескере отырып, халықаралық стандарттарға негізделген белгілі бір бейін бойынша медициналық көмек ұсынудың талаптарын, нормасын, тәртібін белгілейтін нормативтік құқықтық құжат екенін атап өткен жөн.

Денсаулық сақтауды стандарттаудың барлық жүйесін ретке келтіру және бейінді қызметтердің жұмысын регламенттеу мақсатында «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының Кодексіне бейін бойынша медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартын анықтау бойынша өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы ұсыныстар жіберілді.

Бейінді қызметтер стандарттарын әзірлеу – бұл жүйеге жаңа ресурстарды енгізу ғана емес, медициналық ұйымдардың медициналық көмек көрсетуін ұйымдастыруды оларды анағұрлым тиімді пайдалану мақсатында өзгерту. Көптеген жағдайларда сапаны медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыруға өзгерістер енгізу жолымен және басқа ресурстарды ұлғайтпай ақ жақсартуға болады.

Қазіргі уақытта, Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі бейінді қызметтердің медициналық көмек көрсетуін стандарттау бойынша белгілі бір жұмысты жүзеге асырады, медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандарттарын енгізу тиімділігіне мониторинг жүргізеді.

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы қатерлі ісіктен болатын сырқаттанушылық пен өлім 2020 жылға дейін бүкіл әлемде 1,5-2 есеге өседі деп болжап отыр. Обырмен сырқаттанушылық өсімінің ұқсас үрдісі біздің еліміз үшін де сай келеді.

Осылайша, қатерлі ісіктері бар науқастар санының жыл сайынғы өсімі республика бойынша құрайды. Қатерлі ісіктен болған өлім көрсеткіші соңғы бес жылда төмендеді. Сонымен қатар, өлім көрсеткішін төмендету бірінші кезекте қатерлі ісіктерді ерте сатыларды диагностикалауды жақсартумен және емдеу нәтижелерінің тиімділігімен байланысты. Сол сияқты, бұл көрсеткіш біздің елімізде әлемнің дамыған елдерінің көрсеткіштеріне жеткен жоқ, өйткені обырдың кеш сатысындағы өлімнің алдын ала алмай отырмыз және жоғары деңгейде болып отыр.

Онкологиялық аурулардан болатын өлім Қазақстан Республикасында ел халқының өлім құрылымында екінші орында екені жалпыға белгілі. Жыл сайын обырдан шамамен 17 000 адам қайтыс болады, 42% оның еңбекке қабілетті жастағы адамдар, ол күрделі әлеуметтік-экономикалық проблема болып табылады.

Онкологиялық ауруларды уақтылы және ерте диагностикалау емдеу қорытындысын айтарлықтай жақсартуға және науқастардың өмір сүргіштігін арттыруға мүмкіндік береді. Осылайша, сүт безі обырын I сатыда айқындау елдің емдеуге кететін қаржылық шығысын 200

есеге қысқартуға және 5 жылдық өміршеңдікті екі есеге (90-95% дейін) арттыруға мүмкіндік береді.

Сонымен қатар, онкологиялық ауруларды диагностикалау мен емдеудің заманауи технологияларын пайдаланудың жеткіліксіз деңгейі науқастардың 5 жылдық өмір сүргіштік көрсеткішінің өсуіне, олар тұрақты болса да ықпал еткен жоқ. Осылайша, соңғы 3 жылда жыл соңында тұрған адамдардың ішінен диагноз белгіленгеннен кейін 5 жыл және одан көп өмір сүреді (пайыздарда 2011 жылы – 51,4%, 2012 жылы – 50,3%, 2013 жылы – 50,0%).

Қалыптасқан жағдайларды ескере отырып, Қазақстан Республикасының халқына онкологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартын енгізу мен қолдану тиімділігінің мәселесі республикада онкологиялық көмек көрсетуді ұйымдастырудың маңызды құрамдауышы болып табылады. Стандарттарды онкологиялық көмек көрсететін медициналық ұйымдардың күнделікті жұмыста пайдалану толықтығына медициналық көмектің сапасы байланысты болады.

Қазақстан Республикасының халқына онкологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандарты Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2013 жылғы 2 тамыздағы № 452 бұйрығымен бекітілді.

Көрсетілген Стандарт онкологиялық науқастарға амбулаториялық-емханалық, стационарлық және стационарды алмастыратын деңгейлерде медициналық көмек көрсету тәртібіне талаптарды белгілейді.

Стандарт Қазақстан Республикасының халқына онкологиялық көмек көрсететін ұйымның қызметі мен құрылымының негізгі бағыттарын, онкологиялық көмекті ұйымдастыру, онкологиялық науқастарға ерте диагностикалау ұйымдастыру және жүйелі диспансерлік бақылау, ісік алды және қатерлі ісіктерді ерте айқындауға бағытталған халықтың нысаналы топтарына скринингтік қарап-тексерулер жүргізу мәселелерін регламенттейді.

Стандартта онкологиялық науқастарға медициналық-әлеуметтік көмек көрсету сияқты, онкологиялық ұйымдарда қатерлі ісіктерді диагностикалау бойынша иммунды гистохимиялық зерттеу жүргізуді ұйымдастыру сияқты онкологиялық көмек ұйымдастырудың жаңа нысандары бекітілген. Сәулелік терапия бөлімшесінің жұмысын, құрылымын және оның жұмысының тәртібін ұйымдастыру мәселелері ретке келтірілді.

Сонымен қатар, Стандартта Медициналық ұйымдарда әйелдерді және ерлерді қара кабинеттері туралы ере бекітілген.

Облыстардың онкологиялық қызметтері деңгейінде онкологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартын енгізу тиімділігінің мониторингі дәрігерлер сияқты орта медициналық персоналдың оны практикалық қызметте пайдалануының оң сәтін көрсеткенін атап өткен жөн. Осылайша, осы Мониторингтің нәтижелері бойынша дәрігерлік және мейіргерлік персонал Стандарт туралы хабардар етілгені, жұмыс орнында Стандарттың даналары бар екені, интернет арқылы электрондық нұсқасына қолжетімділіктерінің бар екені, негізгі бөліктерді білетіні және өз құзыреті шеңберінде Стандарттың нақты тармақтарды орындайтыны белгіленді.

Онкологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартын енгізу нәтижесі Қазақстан Республикасының халқына онкологиялық көмек көрсететін ұйымдар қызметінің негізгі көрсеткішіне оң ықпал етті, нәтижесі онкологиялық, маммологиялық және практологиялық кабинеттердің, сондай-ақ амбулаториялық химиотерапия кабинеттерінің жұмыс істеуі болып табылатын оның қолжетімділігін жақсартты.

Ұлттық скринингтік бағдарлама қатерлі ісіктерді ерте кезеңде диагностикалауға мүмкіндік береді, оны скринингтік зерттеу көрсеткіштері растайды. Осылайша, көрнекі үшін республикада 2014 жылғы 1-жарты жылдықта скринингтік зерттеулер процесінде онкологиялық сырқаттанушылықтары бар алғаш айқындалған науқастардың саны 15 390 (14 989 – 2013 жылғы 1-жартыжылдық), оның ішінде құрайды маммографиялық скрининг бойынша 1 856 әйел (1 815 – 2013 жылғы 1-жартыжылдық), цитологиялық зерттеу бойынша 760 әйел (784 – 2013 жылғы 1-жартыжылдық) және колоректалды зерттеу бойынша 1 354 ерлер мен әйелдерді (1 292 – 2013 жылғы 1-жартыжылдық) құрады.

Онкологиялық науқастарды ерте сатыларда айқындау мәселелеріне көңіл бөлінуде. Осылайша, соңғы жылдары ерте сатыларда (I-II саты) сүт безі обырының айқындылығының өсуі айқындалуда. Мысалы, маммографиялық скрининг нәтижелері бойынша 2014 жылдың 1-жарты жылдығында ерте сатыдағы сүт безі обырының 1465 жағдайы анықталды, ол 2013 жылғы ұқсас кезеңмен салыстырғанда 6,4% артық (1377).

5 жыл және одан да көп өмір сүретін қатерлі ісігі бар науқастардың үлес салмағы республика бойынша 2014 жылдың 1-жарты жылдығында 50,1% құрады (2013 жылдың 1-жарты жылдығында – 49,9%).

Осылайша, Онкологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартының жаңа клиникалық-ұйымдастырушылық технологиялар және халық денсаулығының жағдайына ықпал ететін медициналық көмектің сапасын тиімді басқару тұрғысынан маңызды мемлекеттің мәні бар.

Қорытынды:

Қазақстан Республикасының халқына онкологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартын іске асыру әртүрлі мамандықтардың мамандары арасындағы өзара іс-қимылды жақсартуға, сондай-ақ оны жетілдіруге және еліміздің басқа бейінді қызметтері бойынша стандарттарын одан әрі енгізу үшін жағдай жасауға мүмкіндік береді.

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЭКОНОМИКАСЫ ЖӘНЕ ҚАРЖЫНЫ БАСҚАРУ / ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И УПРАВЛЕНИЯ ФИНАНСАМИ

Д.М.Мақашев, Б.Б.Құдабаева, А.К.Мұбаракөв

ҚР ДСМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК

2013-2014 ЖЫЛДАРДАҒЫ 1-ЖАРТЫ ЖЫЛДЫҚТА ЕЛІМІЗДІҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ҰЙЫМДАРЫНДА САРАЛАНҒАН ЕҢБЕККЕ АҚЫ ТӨЛЕУДІ ЕНГІЗУ

Аталуы: 2013-2014 ж. 1 жартыжылдық кезеңіндегі еліміздің медициналық мекемелерінде дифференциалдық еңбек ақы әдістерін енгізу.

Авторлары: Мақашев Д.М., Құдабаева Б. Б., Мұбаракөв А.К.

ҚР ДСМ «Денсаулық сақтау республикалық электрондық орталығы» ШЖҚ РМК

Түйіндемесі: Нарықтық экономика жағдайында жұмыс күші белгілі бір бағасы бар тауар болып есептеледі. Еңбек өтемі еңбек ақысы ретінде байқалады. Қазақстанда жұмысшыларды қаржылай ынталандыруда маңызды рөлді дифференциалдық еңбек ақысы атқарады. Қазіргі уақытта дүние жүзінде жеке еңбек ақы төлеу жүйесі қарқынды дамуда және қолдануда. Жеке еңбек ақы төлеу жүйесі еңбектің сарапшылығына және жұмысшының нақты біліктілігіне негізделген.

Түйінді сөздер: медициналық ұйымдар, саралап жіктелген еңбек ақы, жан басына шаққандағы нормативтің ынталандыру компоненті

Title: Suggestions for stimulant methods in the remuneration for labour in medical organisations of the country for period a 1 half-year 2013-2014.

Authors: Makashev D., Kudabayeva B., Mubarakov A.

RSE on RBA «Republican Centre for Development health» MN&SD RK.

Abstract: Under conditions of the market economy labour is an item of goods, which has a definite price. Labour's price is expressed by salaries and emoluments. The important role in material encouragement of a manpower in Kazakhstan is the system of differentiated payment for work. Nowadays the system of payment for work based on an individual salary is developing and using in the world and which is based on the rewards and factual workers' qualification.

Key words: Medical organizations, differentiated pay, stimulating component capitation.

Кіріспе. Қазақстан Республикасының Президенті – Ұлт көшбасшысы Н.Ә.Назарбаевтың «Қазақстанның әлеуметтік-экономикалық жаңғыруы: Жалпыға бірдей еңбек қоғамына жиырма қадам» атты жолдауында жоғары өнімді еңбектің негізін қалаушы уәж болып табылатын жалақыны тиімді ұйымдастыру проблемасын шешуге маңызды көңіл бөлінген [1].

Нәтижесінде, статистикалық деректер көрсетіп отырғандай, Қазақстанның экономикасында денсаулық сақтау ұйымдарында сараланған еңбекке ақы төлеудің (СЕА) енгізілуін күшейту тоғысады. 2014 жылғы 1-жарты жылдықтағы талдау деректері бойынша 2013 жылғы ұқсас кезеңмен салыстырғанда бір қызметкерге орташа қосымша ақы бір айға 6000 теңгеден 18 000 теңгеге дейін өсті, яғни 3 есе. Ынталандырушы әдістер арқылы ақы төлеу дәрігерлердің негізгі айлықақысына айына 11 мыңнан 20 мың теңгеге дейін, мейіргерлерге 6 мыңнан 15 мың теңгеге дейін қосымша ақы төлеуді жүзеге асыруға мүмкіндік берді.

Зерттеу мақсаты. Еліміздің медициналық ұйымдарына сараланған еңбекке ақы төлеуді енгізуді және СЕА ауылдық МҰ-ға енгізуді жетілдіру бойынша ұсыныстарды талдау.

Қазіргі уақытта, басқаруды орталықсыздандыру кезеңінде отандық денсаулық сақтау басқару функциясын жергілікті деңгейге және медициналық ұйымдардың басшыларына тікелей беруге тырмысуда. Құқықтарды бөлу тетіктерінің бірі медициналық ұйымның (МҰ) қызметінде медициналық қызметкерлердің СЕА енгізу арқылы кәсіби қызметінің түпкілікті нәтижелеріне ынталандыруға жататын басқарудың экономикалық әдістерін пайдалану болып табылады.

Денсаулық сақтаудың ерекшелігі көбіне медициналық ұйымның қызметі экономикалық пайдасыз болып табылатынына тоғысады, алайда медициналық және әлеуметтік әсер (ұзақ мерзімді болашақта экономикалық пайдаға айналатын) аталған саланы одан әрі қаржыландыруды талап етеді. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының позициясына сәйкес халықтың денсаулығын сақтауға жалпы ішкі өнімнен кем дегенде 6-6,5% қаражат бөлу қажет, ал Қазақстанда бұл сан ЖІӨ 2,5% деңгейінде қалады.

Осылайша, еліміздің МҰ жұмысының сапасы мен тиімділігін арттыру үшін персонал қызметін уәждейтін тетіктерді дамыту бойынша жұмыстарды жалғастыру қажет.

«Салалық көтермелеу жүйесінің кейбір мәселелері туралы және көрсетілетін медициналық көмектің көлеміне, сапасына қарай медицина қызметкерлеріне еңбекақы төлеу және салалық көтермелеу жүйесі қағидаларын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2009 жылғы 10 қарашадағы № 689 бұйрығына сәйкес медициналық ұйымның басшысы үнем қаражаты есебінен қызметкерлерге қосымша ақы төлеуді белгілеуге құқылы. Сонымен қатар, ҚР заңнамасына сәйкес МҰ басшысы өз бетінше еңбекке ақы төлеу жүйесін, сыйлық ақы беру, материалдық ынталандыру қорын, жыл бойы жұмыс қорытындысы бойынша сыйақы төлеуді белгілеуге құқылы [2].

Егер, басқа елдердің тәжірибесін қарайтын болсақ, онда басқаларынан анағұрлым айтарлықтай ерекшелік Жапонияның еңбекке ақы төлеуінде бар, ол өмірлік жалға алу, жұмыс күшінің икемділігі мен қызметкерлердің біліктіліктерін арттыру үшін тігінен де көлденең де сияқты ротация қағидастарына негізделген. Алайда, Жапонияда ең төменгі біліктілікке және ең жоғарғы біліктілікке еңбекке ақы төлеуде ең төменгі саралау бар. Қазақстан үшін мұндай тәжірибе келмейді, өйткені денсаулық сақтау саласындағы жоғары біліктілікті талап ететін ғана емес жоғары жауапкершілікті талап ететін лауазымдардағы қызметкерлермен проблема болады. Жеке еңбек ақы төлеуге бағытталған Францияның тәжірибесі қызықты, яғни яғни ақы төлеу қызметкердің жеке әзірлемесімен анықталады, онда еңбек ақының белгіленген бөлігі біліктілік деңгейімен, ал ауыспалы, ынталандырушы бөлімнің, департамент қызметкерінің жұмыс нәтижелерімен анықталады, ол командалық жұмыстың өсуіне ықпал етеді [3].

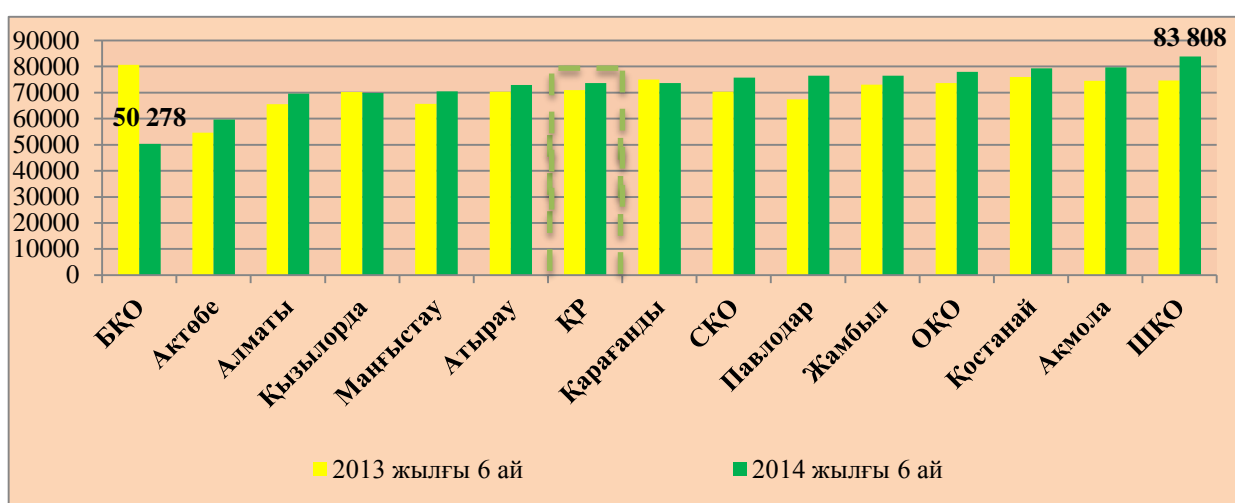
Әлеуметтік медициналық сақтандыруды (ӘМС) енгізгенге дейін медицина қызметкерлерін қосымша материалдық ынталандырудың анағұрлым күшті көзі, осы мақсаттар үшін қаражатты еңбекке ақы төлеу қорын үнемдеу есебінен пайдалануға болатын бюджет болып табылады. Қызметкер жұмыс істеп және орындап, тіпті барлық көрсеткіштерді бір айда артығымен орындап ұйымда үнемнің болмауы себебінен сараланған еңбекке ақы төлеу ала алмауы мүмкін және ол өз кезегінде қызметкердің жұмысқа деген уәжін төмендетеді.

Осылайша, медицина қызметкерін анағұрлым тиімді уәждеу үшін оның еңбегін экономикалық ынталандыру тетігі пайдаланыла ма жоқ па оған қарамастан еңбекке ақы төлеудің белгілі бір деңгейіне кепілдік берілуі және оның жұмысының нәтижесінде ұлғаюы тиіс.

Ең төменгі еңбекке ақы төлеу деңгейі «Азаматтық қызметшілерге, мемлекеттік бюджет қаражаты есебінен ұсталатын ұйымдардың қызметкерлеріне, қазыналық кәсіпорындардың қызметкерлеріне еңбекақы төлеу жүйесі туралы» Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2007 жылғы 29 желтоқсандағы № 1400 қаулысымен реттеледі, осыған сәйкес осы кезеңде белгіленген жұмыс уақытының нормасын толықтай атқарған және өзінің еңбек міндеттерін орындаған (еңбек нормасын) қызметкердің айлық еңбекақысы еңбекақы төлеудің ең төменгі белгіленген мөлшерінен төмен болмауы тиіс [4].

Алайда, бұл минимум салалық келісімдердің, ережелердің, нормативтік актілердің және т.б. шеңберінде жоғарылайды.

2014 жылғы 1-жарты жылдықтың талдау нәтижелері медициналық ұйымдардың 26% ғана өз ұйымдарында сараланған еңбекке ақы төлеуді енгізді. Сараланған еңбекке ақы төлеудің орта айлық сомасы 18,46 мың теңгені құрады. Республика бойынша 1 қызметкерге СЕА ескерілген жалақының орташа айлық сомасы 77,42 мың теңгені құрады.



1-сурет - ҚР бойынша бір қызметкердің бір айда алатын орташа жалақысы (теңге)

Өңірлер бөлінісінде анағұрлым жоғары жалақы ШҚО-да – 83,8 мың теңге байқалды, ол орташа республикалық көрсеткіштен 1,2 есеге артық. БҚО-да оның мөлшері 50,3 мың теңгені құрады, ол еліміз бойынша орташа деңгейден 32%-ға төмен.

Суретте келтірілген деректер денсаулық сақтауды ұйымдастыру менеджментінде айтарлықтай олқылықтардың барын куәландырады. Өйткені бұл жағдайды шамамен біліктіліктері бірдей қызметкерлердің жалақысы және орындалатын жұмыстың қиындықтарын салыстырғанда 2есе айырмашылық болатын дамыған елдерде елестету қиын. Алайда, дәлі осы оларда байқалады. Бұл медициналық ұйымдардың бәрі бірдей еңбекке ақы төлеудің ескі жүйесінен арылмауымен шарттасып отыр. Әрине СЕА жүйесін енгізу медициналық ұйым басшысының алдында кейбір міндеттемелерді қояды, атап айтсақ бас дәрігер әріптестерінің көзқарасы бойынша жұмыстың тиімсіз бағасына және т.б. ақы төлеуді арттырғысы келмейді [5].

Жекелеген лауазым мен өңірлер бойынша кәсіптер қызметкерлерінің еңбегіне ақы төлеуге келтірілген айырмашылықтарды әртүрлі салалардағы қызметкерлердің еңбектерінің нәтижеліліктеріндегі айырмашылықтармен белгілі бір дәрежеде негіздеуге болатын еді. Алайда, практика көрсетіп отырғандай денсаулық сақтау ұйымдарында еңбек шығындарының нормасы жоқтың қасы. Нәтижесінде барлық қызметкерлер техникалық негізделген еңбек нормасының болмауынан уақыт бойынша еңбекке ақы төлеу жүйесінде жұмыс істейді.

Қорытындылар. Осылайша, еңбекке ақы төлеу жүйесі екі ауыспалы, біріншісі жұмыс нәтижесінен тыс төленетін кепілдік берілген бөлік болып табылатын, екіншісі есепті кезеңде медицина қызметкерінің жұмыс нәтижесі бойынша СЕА түрінде ынталандырылатын бөліктен тұруы тиіс. Қосымша ақы төлеудің аталған қағидатының ынталандырушы сипаты бар.

Сонымен қатар, СЕА жүйесін енгізу кезіндегі міндетті шарттардың бірі еңбек шартына қол қою сатысы болып табылады, онда белгіленген айлықақы және СЕА арқылы ынталандыру қағидаты көрсетіледі. Бұл шиеленіскен жағдайларды, сот талқылауларын болдырмауға, ал олар туындаған жағдайларда негізделген дәлелдердің болуына мүмкіндік береді.

Жұмыс күшінің бағасы сияқты жалақы нарықтық экономикада үш негізгі функцияны атқарады, біріншіден бұл қызметкердің материалдық қолайлылық пен қызметтерді тұтыну көлемін қамтамасыз ету, екіншіден жұмыс берушіні тартылған жұмыс күшін қолданудан белгілі бір нәтижемен қамтамасыз ету, үшіншіден өнімнің және түпкілікті тұтынушыға қызметтің тұрақты сұранысы ретінде болу.

Қазіргі уақытта, жалақының осы функцияларының бір де біреуі денсаулық сақтау саласында жеткілікті шегінде орындалмайды, сондықтан реформалау міндеті оларды іске асыру үшін қажетті жағдай жасаудан тұруы тиіс.

Осылайша, жалақы әрбір тараптың, ұжымның, адамның әлеуметтік-экономикалық деңгейін сипаттайтын негізгі факторлардың бірін ұсынады. Өз кезегінде жалақының мөлшері қызметкерлерге еңбегі және оның түпкілікті нәтижелері үшін сыйақы беру сияқты пайда болатын жұмыс күшінің бағасын білдіреді.

Көздері:

1. Қазақстан Республикасының Президенті Н.Ә.Назарбаевтың «Қазақстанды әлеуметтік жаңғырту: жалпыға ортақ еңбек қоғамына қарай жиырма қадам» атты жолдауы;
 2. «Салалық көтермелеу жүйесінің кейбір мәселелері туралы және көрсетілетін медициналық көмектің көлеміне, сапасына қарай медицина қызметкерлеріне еңбекақы төлеу және салалық көтермелеу жүйесі қағидаларын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2009 жылғы 10 қарашадағы № 689 бұйрығы;
 3. Волгин Н.А., Волгина О.Н. Оплата труда: японский опыт: Учебное пособие. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2004;
 4. «Азаматтық қызметшілерге, мемлекеттік бюджет қаражаты есебінен ұсталатын ұйымдардың қызметкерлеріне, қазыналық кәсіпорындардың қызметкерлеріне еңбекақы төлеу жүйесі туралы» Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2007 жылғы 29 желтоқсандағы № 1400 қаулысы;
 5. ҚР ДСӘМ «Республикалық электрондық денсаулық сақтау орталығы» ШЖҚ РМК 2014 жылғы 1-жарты жылдықтағы есебі.
-

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ АҚПАРАТЫН ЖӘНЕ СТАТИСТИКАСЫН БАСҚАРУ / УПРАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИЕЙ И СТАТИСТИКОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Д.М.Мақашев, Б.Б.Құдабаева, З.Г.Қайырбекова

ҚР ДСӘМ «Республикалық электрондық денсаулық сақтау орталығы» ШЖҚ РМК

ОНКОЛОГИЯЛЫҚ НАУҚАСТАРДЫ ЕРТЕ САТЫЛАРДА АЙҚЫНДАУ – САУЫҒУҒА ЖӘНЕ ДЕНІ САУ ӨМІР СҮРУГЕ МҮМКІНДІК

Аталуы: Науқастардың онкологиялық ауруларын ерте анықтау – сауығуға және ұзақ өмір сүруге мүмкіндік.

Авторлары: Мақашев Д.М., Құдабаева Б. Б., Мубаракوف А.К.

ҚР ДСӘМ «Денсаулық республикалық электрондық орталығы» ШЖҚ РМК

Түйіндеме: Осы мақалада онкологиялық аурулардың ерте диагностикалау проблемалары қарастырылған. ҚР өңірлерін көрсете отырып, науқастардың дер кезінде анықталу мәселелері, дер кезінде анықталған кеуде безі, жатыр обыры, колоректальді обыр ауруларының жалпы науқастардың санының үлес салмағы көрсетілген, сонымен қатар 2013-2014 жылғы 1 жартыжылдықтың қатерлі ісіктер скринингтерінің динамикасы байқалады.

Title: Detection of cancer patients at early stages is the chance for recovery and long life

Authors: Makashev D., Kudabayeva B., Mubarakov A.

RSE on RBA «Republican Centre for Development health» MH&SD RK.

Summary: This article describes the problems of early cancer detection. The questions of the highest detection of patients at an early stage, indicating the region of Kazakhstan, shows the proportion of breast cancer, cervical cancer, colorectal cancer, identified in the early stages, of total number of detected cases, also noted the dynamics of screenings of malignant tumors in the 1st half of the year 2013-2014.

Кіріспе. Қазақстанда кездесетін онкологиялық аурулардың басым бөлігі (сүт безі, тері, жатыр мойны, өңеш, асқазан, бауыр, сақиналы және тік ішек, қуықасты безі ісіктері) скринингтік бағдарламалар жүргізу жолымен ерте сатыларда диагностикалануы мүмкін. Сәйкесінше осы оқшауланатын ісіктерден болатын өлім онкологиялық аурулардан болатын жалпы өлімді төмендетуге арналған резерв бола алады.

Қазіргі уақытта, скринингтік бағдарламалар республикада үлкен шекте обырларды - сүт безі, жатыр мойны және колоректалды обырларды көзбен оқшаулап ерте айқындауға ғана бағытталған.

Мақсаты: скринингтік бағдарламаларды енгізуді және скринингтік бағдарламаларды пайдалану жүргізу мен арттыруды жетілдіру бойынша ұсынымдарды талдау.

Онкологиялық ауруларды уақтылы және ерте диагностикалау **науқастар емінің** аяқталуын айтарлықтай жақсартуға және өмір сүргіштігін арттыруға мүмкіндік береді. Осылайша, сүт безі обырын I сатыда айқындау елдің емдеуге кететін қаржылық шығысын 200 есеге қысқартуға және 5 жылдық өміршендікті екі есеге (90-95% дейін) арттыруға мүмкіндік береді [1].

Қазақстан Республикасында 2014 жылғы 1-жарты жылдықта скринингтік зерттеулер процесінде онкологиялық сырқаттанушылықтары бар алғаш айқындалған науқастардың саны 15 390 (14 989 – 2013 жылғы 1-жартыжылдық), оның ішінде құрайды маммографиялық

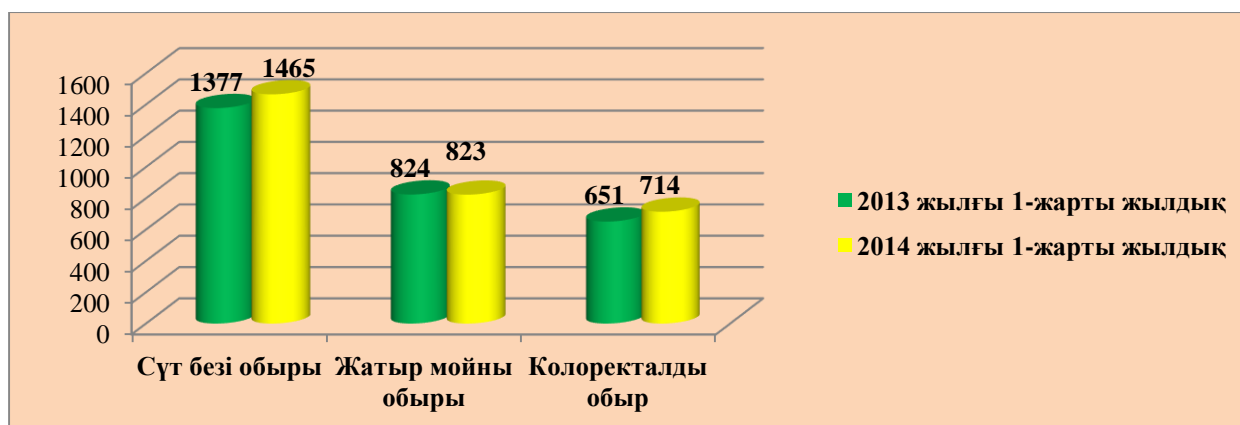
скрининг бойынша 1 856 әйел (1 815 – 2013 жылғы 1-жартыжылдық), цитологиялық зерттеу бойынша 760 әйел (784 – 2013 жылғы 1-жартыжылдық) және колоректалды зерттеу бойынша 1 354 ерлер мен әйелдерді (1 292 – 2013 жылғы 1-жартыжылдық) құрады.

Маммографиялық скрининг нәтижелері бойынша есепті кезеңде жоғары айқындылық Алматы қаласында, Қарағанды, Оңтүстік Қазақстан, Шығыс Қазақстан және Қостанай облыстарында байқалады.

Цитологиялық скрининг нәтижелері бойынша 2014 жылғы 1-жарты жылдықта жатыр мойны обырына жоғары айқындылық зерттеліп-қаралғандардың санынан Алматы қаласында, Оңтүстік Қазақстан, Қарағанды, Қостанай және Алматы облыстарында байқалады.

Колоректалды скрининг нәтижелері бойынша 2014 жылғы 1-жарты жылдықта айқындылық Алматы қаласында, Қостанай, Қарағанды, Шығыс Қазақстан және Павлодар облыстарында артқан.

Осылайша, 2014 жылғы 1-жарты жылдықта айқындалған аурулардың анағұрлым жоғары саны сүт безі обырына келеді, одан кейін колоректалды обыр және жатыр мойны обыры болып отыр (1-сурет).



1-сурет –Скрининг жолымен айқындалған жағдайлардың динамикасы

ДДҰ деректеріне сәйкес сүт безі обырынан болатын өлімді төмендету және емдеудегі табыстар көбіне ауруды ерте диагностикалаумен анықталады: I саты кезінде 5 жылдық өмірді 90-95% науқас сүреді; IV кезінде – кемінде 10% сүреді. Соңғы жылдары сүт безі обырының ерте сатыда (I-II саты) айқындылығының өсімі байқалады.

Маммографиялық скрининг нәтижелері бойынша 2014 жылдың 1-жарты жылдығында ерте сатыдағы сүт безі обырының 1465 жағдайы анықталды, ол 2013 жылғы ұқсас кезеңмен салыстырғанда 6,4% артық (1377). Айқындылық Алматы қаласының онкологиялық орталығында – 239; Қарағанды облыстық онкология диспансерінде – 158; Оңтүстік Қазақстан онкологиялық диспансерінде – 131 өскені байқалады.

Цитологиялық скрининг нәтижелері бойынша 2014 жылғы 1-жарты жылдықта ерте сатыларда жатыр мойны обырымен айқындалған науқастардың саны (824) 2013 жылғы ұқсас кезеңмен салыстырғанда 0,1% азайды (823). Есепті кезеңде зерттеліп-қаралғандардың ішінен жатыр мойны обырының жоғары айқындылығы Оңтүстік Қазақстан онкологиялық диспансерінде – 71, Алматы қаласының онкологиялық диспансерінде – 72 және Қарағанды облыстық онкология диспансерінде – 48 байқалады.

Колоректалды скрининг нәтижелері бойынша 2014 жылғы 1-жарты жылдықта тоқ ішек пен тік ішек обырының 714 жағдайы айқындалды, ол 2013 жылғы ұқсас кезеңдегі жағдайдан (651) артық. Айқындылық Шығыс Қазақстан онкологиялық диспансерінде – 80, Алматы қаласының онкологиялық диспансерінде – 85, Қарағанды облыстық онкология диспансерінде – 101 артты. (1-сурет).

2014 жылғы 1-жарты жылдықта онкологиялық сырқаттанушылықтары бар алғаш айқындалған науқастардың санынан скринингтік зерттеулер барысында айқындалған ерте сатылардағы (I-II саты) науқастардың үлесі сүт безі обыры кезінде 9,5%, жатыр мойны обыры кезінде 4,0%, колоректалды обыр кезінде 4,6% құрады.

Сүт безі обырының ерте сатылардағы жоғары үлес салмағы Атырау және Жамбыл облыстарында - 90% жоғары байқалады.

Скрининг кезінде сүт безі обырының ерте сатылардағы 80%-дан кемі Ақмола, Ақтөбе (М.Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті), Алматы, Шығыс Қазақстан (Семей қаласының ОД), Қарағанды, Қостанай, Қызылорда, Маңғыстау және Солтүстік Қазақстан облыстарында айқындалды.

I-II сатыдағы жатыр мойны обырының жоғары үлес салмағы Жамбыл облыстық онкологиялық диспансерде (97-100%) айқындалған.

Алматы және Қостанай облыстарында жатыр мойны обырының ерте сатыдағы үлес салмағы өте төмен.

I-II сатыдағы колоректалды обырдың үлес салмағы М.Оспанов атындағы БҚМУ-да және Астана қаласының ОД байқалады.

5 жыл және одан да көп жылдар бойынша қатерлі ісікпен өмір сүретін науқастардың үлес салмағы 50,1% құрайды.

Қорытынды: Жоғарыда айтылғанға сүйене отырып, скринингті танымал еткен жөн, ол үшін ерте сатыдағы обыр – бұл өлімге әкелетін ауру емес, ол да созылмалы ауру, сен онымен өмір сүресің, жұмыс істейсің, химиотерапия аласың және әрі қарай өмір сүресің деп адамдарды хабардар ету қажет. Адамдардың қатынастарын өзгерту қажет. Сонда ғана бізде ауруды ерте сатыда айқындаушылық артады, нәтижесінде пациенттердің көбі сақталады және сауығады.

Көздері:

1. Қазақстан Республикасында 2012-2016 жылдарға арналған онкологиялық көмекті дамыту бағдарламасы.
 2. ҚР ДСӘМ «Республикалық электрондық денсаулық сақтау орталығы» ШЖҚ РМК 2014 жылғы 1-жарты жылдықтағы есебі.
-

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ ИННОВАЦИЯЛАР / ИННОВАЦИИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

А.О.Әбдірахманова

ҚР ДСМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК

Медициналық білімді дамыту бөлімінің жетекші сарапшысы

МЕДИЦИНАЛЫҚ БІЛІМ БЕРУДЕГІ ӨТШТ-ТЕХНОЛОГИЯСЫ

Аталуы: Медициналық білімберудегі ТЕШТ-технологиялар

Авторлары: **Абдрахманова А.О.**, ҚР ДСӘДМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК

Түйіндеме: Жоғары білікті, өз бетінше практикалық жұмыс жасауға қабілетті, мобилді және талапқа сәйкес кадрларды даярлау, болашақ мамандығына, осы бағытта білім алуға деген қызығушылығы бар, клиникалық ойлауға қабілетті интеллектуалдық-шығармашылық әлеуетті дамытуды қажет етеді. Студенттердің интеллектуалдық және шығармашылық белсенділігін арттырудың әсерлі әдістерінің бірі білім берудің инновациялық технологияларын қолдану болып табылады. Оқытудағы соңғы технологиялық ізденістердің нәтижесінде медициналық білім беруде ТЕШТ-педагогика (тапқырлық есептерді шешу теориясы) технологиясын қолдануға мүмкіншілік беріп отыр.

Title: TSIT-technologies in medical education

Authors: **Abdrakhmanova A.**, RSE on RBA «Republican Center for Health Development» MH&SD RK Republic of Kazakhstan.

Abstract: Personnel training of high qualification, ready for independent practice, mobile and in-demand requires the development of intellectual and creative potential, clinical thinking, the formation of a stable interest to education and future career. Effective method for the development of intellectual and creative activity of students is the use of innovative educational technologies. The search for new technologies of teaching has led to the ability to use technology in medical education TSIT pedagogy (theory of the solution of inventive tasks).

Қазақстандағы медициналық білім Кеңес Одағы жылдары біліктілік деңгейлері Қазақстаннан және бұрынғы Кеңес Одағынан тыс жоғары бағаланған медицина кадрларының тиімді тәсілдерін пысықтады. Медицина кадрларын даярлауда басты акцент студенттерді клиникалық даярлауға бағытталған: оқиғалық міндеттерді талдау, науқас төсегінің маңындағы практикалық сабақтар, анағұрлым көрсетуге тұратын науқастарды таныстыра және клиникалық талдай отырып дәріс оқу.

Қазіргі уақытта, Қазақстанда жоғары оқу орындық білім беруде жаһандық өзгерістер жүруде, ол медицина кадрларын даярлауға да әсер етті. Қазақстанның жалпы еуропалық білім беру кеңістігіне кіруі және 2010 жылғы 11 наурызда Болон декларациясына қол қоюы Қазақстандық жоғары мектептен, оның ішінде медициналық мектептен «еңбек бейімделу кезеңін минимумға жеткізуге және бітірушіні жаһандану жағдайларында кәсіби және жеке бәсекелестікке қабілеттіліктің қажетті деңгейімен қамтамасыз етуге» мүмкіндік беретін мамандарды даярлауды талап етеді (А.М.Наметов және қосалқы авторлар) [1].

Өз бетінше практикалық қызметке дайын медицина кадрларын даярлау сапасын арттырудың басты факторларының бірі инновациялық білім беру әдістерін пайдалану болып табылады.

Мемлекет басшысы Н.Ә.Назарбаев Қазақстан халқына Жолдауында он бағыт бойынша кешенді міндеттерді іске асыру қажеттігін атап өтті, олардың арасында адами капиталдың сапалы өсуі тиімді білім беру жүйесін құруды, оқыту процесіне заманауи әдістер мен технологияны енгізуді көздейді (Қазақстан Республикасының Президенті Н.Ә.Назарбаевтың «Әлеуметтік-экономикалық жаңғырту - Қазақстан дамуының басты бағыты» атты Қазақстан халқына Жолдауы 2012 жылғы 27 қаңтар) [2].

Осыған байланысты, қазақстандық ЖОО-лардың басым міндеттері жоғары білікті, өз бетінше дәрігерлік қызметке, шұғыл жағдайларда шешуші шаралар қабылдауға дайын, ұтқыр және қажетті мамандарды даярлау болып табылады. өз бетінше практикалық жұмысқа дайын жас маманды даярлау клиникалық ойлау қабілетін дамытуды, білімге тұрақты қызығушылығын қалыптастыруды талап етеді, ол өз кезегінде медициналық ЖОО-лардың педагогтарынан студент - медицина қызметкерінің ойлау қабілетін, шығармашылық әлеуетін белсендіруге бағытталған инновациялық білім беру әдістерін белсенді пайдалануды талап етеді.

Ойлау қабілетін, интеллектуалдық-шығармашылық әлеуетін дамыту оқытудың барлық көп жылдық процесінде: дәріс оқу кезінде, семинар және практикалық сабақтар өткізу кезінде жүргізіледі. Білім-бақылау-бағалау дәстүрлі нысанын мәні дербестікті дамытуға, басқа аралас білімдерден алатын білімдерін талдай білуге, жаңа ақпаратты дұрыс қабылдауға, ең қиын тапсырманы шешуге шығармашылық тұрғыдан қадам жасауға, үнемі өзін-өзі жетілдіріп тұруға бағытталған инновациялық білім беру әдістері ығыстыруда [3].

Қойылған міндетті іске асыру тиімді педагогикалық технологияларды – бұл материалды пассивті қабылдауын, ал студенттердің оқу процесіне, тақырыпты талдауға белсенді қатысуын болжайтын сабақ өткізудің белсенді және интерактивті әдістерін шеберлікпен пайдалануға байланысты болады.

Белсенді оқыту XX ғасырдың басында америка философы және педагогы Джон Дьюи қалыптастырған болатын [4], ол білім берудің дәстүрлі жүйесінде «істеу жолымен» оқыту қарсы қойылуы тиіс, яғни барлық білім өз бетінше жұмыс істеу мен жеке тәжірибе нәтижесінде пайда болуы тиіс деп нақтылады. Мұндай оқыту шығармашылық ойлау қабілетін және танымдық қызметке қызығушылығын төмендететін дайын ақпараттың үлкен көлемі мен іш пыстыратын сауалдары бар дәстүрлі дәрістік-семинарлық нысанмен салыстырғанда сөзсіз анағұрлым тиімді.

Медициналық ЖОО-лардың студенттері, болашақ дәрігерлер бұрынғыдай жаттап алуды ғана емес, критикалық ойлауды қалыптастыруды, интеллектуалдық-шығармашылық әлеуетті дамытуды ерекше қажет етеді. Сонымен қатар, заманауи ойы жүйрік маманды қалыптастыруға қабілетті заманауи білім технологиясын қолдану мен оның жаңасын іздеуде жан-жақты консерватизм бар.

Интеллектуалдық-шығармашылық әлеуетті дамытудың, клиникалық ойлауды қалыптастырудың, таптаурын емес жағдайларды жұмыс істей білудің жаңа технологияларын іздеу медициналық білім беру технологиясында ӨТШТ-педагогикасын (өнертапқыштық тапсырмаларды шешу теориясы) пайдалану мүмкіндігіне әкелді.

Өнертапқыштық тапсырмаларды шешу теориясын шығармашылық ойлауды дамыту үшін шамамен 50 жыл бұрын өнертапқыш-инженер Г.С. Альтшуллер әзірледі. ӨТШТ жетістігінде ӨТШТ-педагогикасы – жеткіншек техниктер станцияларында балалармен жұмыс істеуде пайдаланылды, онда оның өндірістік бөлігі – шығармашыл тұлғаны дамыту теориясы (ШТДТ) қалыптастырылды [5].

ӨТШТ-педагогикасын қабылдауларды іріктеу үлкен, оның көбін медициналық білім үшін бейімдеу қажет.

«Иә-Жоқ» деген анағұрлым қарапайым технология практикалық сабақтың не соңында студенттер дәрісте не өз бетінше дайындалу барысында алған білімдерін бақылау үшін 10-15 минут бойы пайдаланылуы мүмкін. Студенттерге алдын ала оқытушы дайындаған жауаптары «иә», «жоқ» немесе «иә деп те жоқ деп те» болуы тиіс қарапайым сұрақтар таратылады. Сұрақтардың саны сұрақ және жауапты оқып шығу уақытын есепке алған – орташа 30 секундқа құралады, яғни жақсы дайындық болған кезде студент 10 минуттың ішінде шамамен 15-20 сұраққа жауап беруі тиіс.

Сұрақтардың мысалдары: 1. Коронарлы қанағым мен жүрек буынының метаболитикалық қажеттіліктерінің арасындағы созылмалы бұзылыс микорад инфарктісінің дамуымен шарттасады ма? (жауап: иә және жоқ). 2. Жіті аппендицит кезінде аппендэктомия үшін хирургиялық қарсы көрсетілім бар ма? (жауап: иә). 3. Семіздік ЖИА қауіп факторы болып табылады ма? (жауап: иә).

«Иә-Жоқ» технологиясы мағынасы оқытушы бергінен сұраққа жауап беру, тапсырманы шешу болып табылатын ойын түрінде қолданылуы мүмкін. Тапсырманы шешуі үшін студенттер оқытушыға жауаптары «Иә», «Жоқ», «Иә деп те жоқ деп те», «Бұл мүмкін емес», «Бұл туралы ақпарат жоқ» деп айтылуы тиіс сұрақтар қояды. Мысалы, стационарға шок жағдайындағы пациент келіп түседі, қарап-тексергеннен кейін пациентті алдын ала дайындаусыз шұғыл операция басталады. Болуы мүмкін сұрақтардың тізбесі: Шоктың себебі жіті ауырсыну ма? (дұрыс жауап: жоқ). Пациенттің тері беті бозғылт па? (жауап: иә). Науқаста тахикардия және артериалды гипотония бар байқалады ма? (жауап: иә) және т.б.

«Иә-Жоқ» технологиясы студенттердің ойлау қызметін ынталандырады, сұрақ қоя білу дағдыларын, өз ойларын тұжырымдай білуін қалыптастырады.

Әлі күнге дейін Өнертапқыштық Тапсырмаларды Шешу Теориясы (ӨТШТ) және Шығармашыл Тұлғаны Дамыту Теориясы (ШТДТ) мектепке дейінгі және мектеп кезеңіндегі педагогикалық практикада қолданылады [7]. Медициналық білімде ӨТШТ- ШТДТ технологиясы тіпті қолданылған емес, өйткені ӨТШТ бойынша бағдарламаның мазмұны, сондай-ақ оқыту нысандары мен әдістері толық әзірленбеген. Сонымен қатар ШТДТ жігерлі ойы бар дәрігерді қалыптастыру үшін жақсы ықпал етеді. Г.С. Альтшуллер ӨТШТ- ШТДТ технологиясының шығармашылық тапсырмаларын негізге ала отырып, клиникалық кафедраларда талдамалық талдау әдістерін пайдалануды ұсынамыз.

Талдамалық талдау мақсаты студенттерде іздеуге, талдауға, ойлауға, салыстыра, талдай білуге шығармашылық белсенділіктерін, қабілеттерін қалыптастыруға тоғысады. Оқытушының міндетін студенттерді өз бетінше ізденушілікпен, жаңашылдық ашумен сүйемелденетін шығармашылық жұмысқа тарту.

Талдамалық талдау жүргізу технологиясы. Әрбір студент екі карточка алады. Біріншісінде диагноз, сырқаттанушылық, синдром көрсетілген – бұл карточка әрбір студентте жеке болады. Екіншісі болуы мүмкін шағымдарын, анамнез, қарап-тексеру деректерін, ерекше симптомдарын, гистология және т.б. барлық студенттер үшін бірдей деректерін қоса алғанда ауру белгілерінің жиынтығы бар карточка (1-қосымша).

Студенттердің міндеті – бірінші карточкада жазылған ауруға тән келетін белгілерді таңдау, зерттеу нәтижелерімен байланысын табу. Екінші карточканы толтыруына қарай, студент үшінші-төртінші және одан әрі тапсырмалары қиындатылған карточкаларды ала алады. Мысалы, үшінші карточкада симптомдарды егжей-тегжей талқылауын (2-қосымша), төртіншіде

– сараланған диагноз (3-қосымша) емдеу әдістерін таңдау және т.б. қамтылған. Қойылған міндеттерді табысты шешу үшін пәннің теориялық білімін игеруі, қолда бар ақпаратты талдай білуі, тұжырымдай білуі, салыстыра білуі маңызды.

1-3-карталардың қосымшаларында дерматология курсының мысалында тапсырмалар біртіндеп қиындатылған. Мұндай карталар барлық мамандықтар бойынша әзірленуі мүмкін. Сабақтың мұндай нысаны шығармашылық ойлауды дамытады, студенттердің интеллектуалдық-шығармашылық әлеуетін дамытуға ықпал етіп қана қоймай жұмыста дербестікті, шешім қабылдауды ынталандырады, пәнге, мамандыққа қызығушылығын дамытуға ықпал етеді.

Талдамалық талдау студенттердің аталған тапсырманы шешу жолдарын белсенді іздеуі үшін жағдай жасайды. Мұндай семинарларды өткізу студенттердің немқұрайлығын жоққа шығарып, болашақ мамандарды даярлау тиімділігі мен нәтижелілігін арттырады.

Талдамалық талдау аралас мамандықтар мен базалық пәндердің сұрақтарын қосумен қиындатылуы мүмкін, ол одан әрі клиникалық ойлауды, шығармашылық қиялды ынталандыруға, құбылыстар арасындағы байланыстарды таба білуге және симптомдар мен синдромдарға, сондай-ақ сол немесе өзге емдік-диагностикалық іс-қимылдар нәтижесінде болатын өзгерістерді түсіндіруге ықпал ететін болады.

Білім беру процесіне синдромалды талдамалық талдауды енгізу медициналық білімнің басты мақсаттарына қол жеткізуді қамтамасыз етеді: заманауи талаптарға сәйкес келетін жаңа ойлау типтері бар студенттерді даярлаудың сапасын арттыру.

Инновациялар өзінен өзі туындамайды, олар жекелеген оқытушылардың және тұтастай ұжымдардың жетекші педагогикалық тәжірибесін ғылыми іздену нәтижелері болып табылады [9,10]. Осыған байланысты, көп жылдық педагогикалық тәжірибе ойлау қабілеті бар, шығармашыл, тұлғалықты іздейтін, алған білімін дұрыс пайдалануға дайын медициналық кадрлардың жаңа генерациясын қалыптастырудың оқытушының құзыреттілігі мен бастамашылығына байланысты екенін көрсетеді.

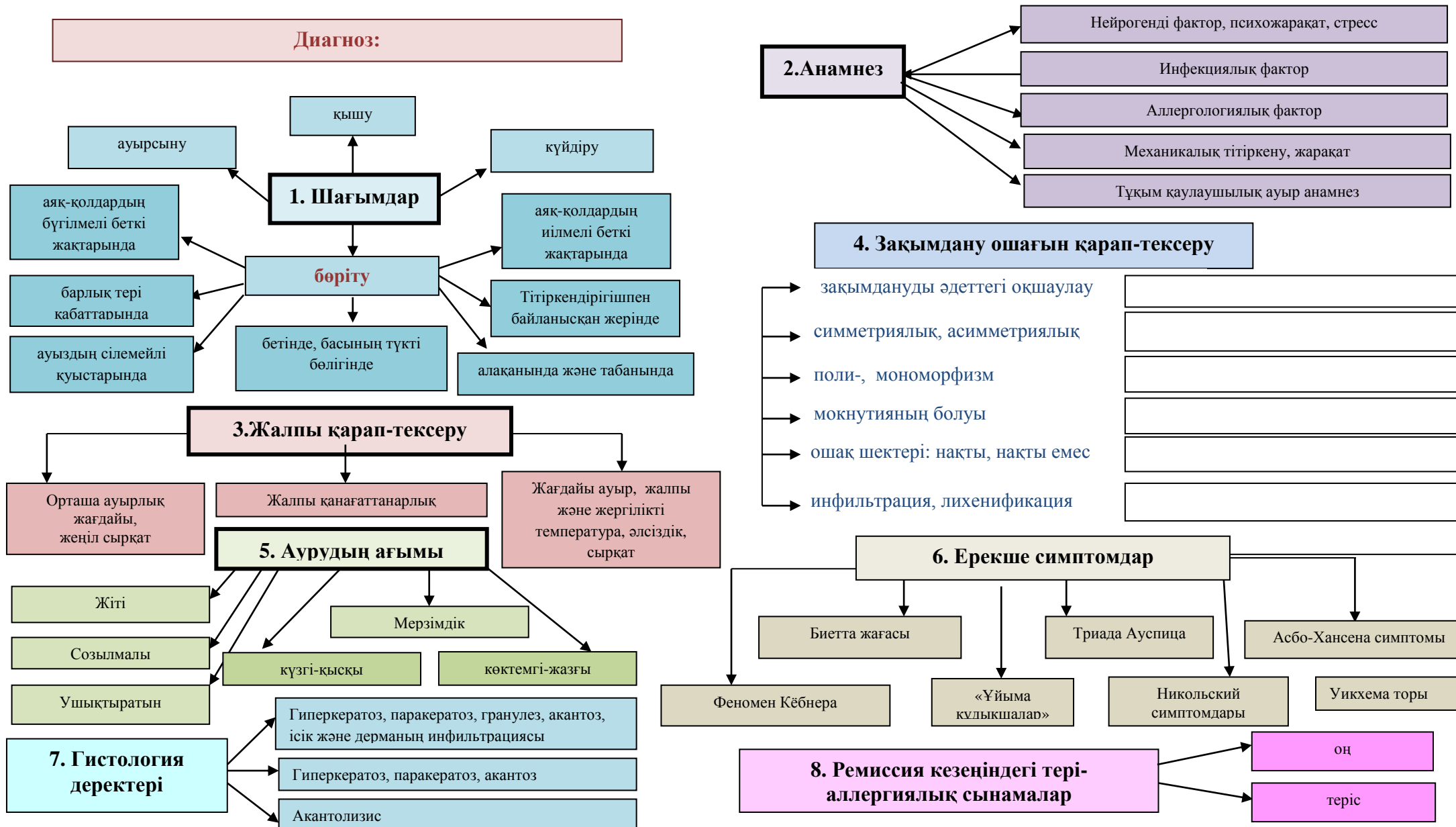
Көздері:

1. Наметов А.М., Коваль А.П. Совершенствование системы взаимосвязи с потребителями как гарантия качества образовательных услуг вуза. Некоторые условия интеграции высшего образования Казахстана в Болонский процесс: структура, содержание, наука, кадры / Материалы научно-методического сборника, Алматы-2011. - 62 с.
2. ҚР Президенті Н.Ә.Назарбаевтың «Әлеуметтік-экономикалық жаңғырту - Қазақстан дамуының басты бағыты» атты Қазақстан халқына Жолдауы 2012 жылғы 27 қаңтар.
3. Мандриков В.Б., Краюшкин А.И., Ефимова Е.Ю. и др. Использование инновационных технологий преподавания в медицинском вузе: Материалы региональной межвузовской учебно-метод. конф. с междунар. участием. Краснодар, 18 марта 2010 г. // Международный журнал экспериментального образования. – 2010. – № 4 (Приложение № 1). – С. 140–142.
4. Дьюи Дж. Психология и педагогика мышления / Пер. с англ. Н.М. Никольской; Под ред. Н.Д. Виноградова. – Москва: Мир, 1915. - С. 202.
5. Альтшуллер Г.С. ТРИЗ: история возникновения и общая структура. / Сб. научных трудов «Новые ценности образования: ТРИЗ-педагогика». Под редакцией Н. Крыловой. Петрозаводск, 2003, выпуск 1. – С. 3-12.
6. Меерович М.И., Шрагина Л.И. Формирование культуры мышления как способ разрешения противоречия в системе образования. / Сб. научных трудов «Новые ценности образования: ТРИЗ-педагогика». Под редакцией Н. Крыловой. Петрозаводск, 2003, выпуск 1. – С. 46-52.
7. Нестеренко А.А., Алешина О.В. Элементы ТРИЗ в курсе преподавания литературы: анализ характеров героев через их отношение к проблемной ситуации. / Сб. научных трудов «Новые ценности образования: ТРИЗ-педагогика». Под редакцией Н. Крыловой. Петрозаводск, 2003, выпуск 1. – С. 69-77.

8. Потехина С.А., Стопина О.А. Введение элементов теории решения изобретательских задач (триз) в преподавании химии и биологии с целью развития творческих способностей учащихся. – Сборник тезисов и материалов XV межрегиональная учебно-методическая и научно-практическая конференция «Воспитательные и образовательные технологии в современном вузе». – Архангельск, 2010.- С. 24-27.

9. Высшая медицинская школа России и Болонский процесс: материалы междунар. совещания Москва, выпуск VI: учебно-методическое пособие / Московская медицинская академия; М.А. Пальцев, Г.М. Парфильева, И.Н. Денисов. – М.: Русский врач, 2005. – 225 с.

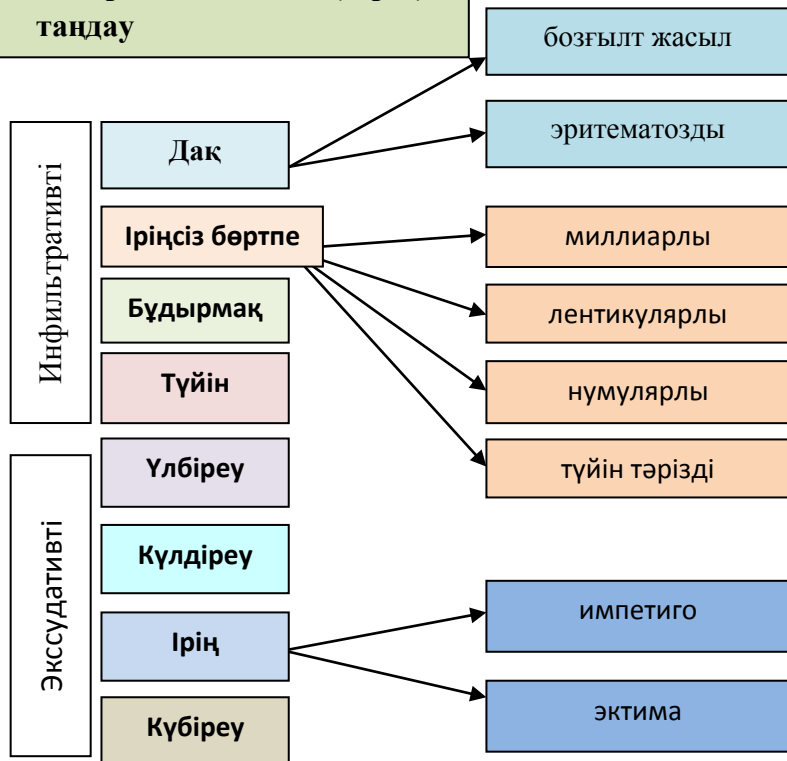
10. Дыхно Ю.А., Зуков Р.А., Горбунов Н.С. Инновации на кафедрах хирургического профиля КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого. Сб. трудов Инновационные педагогические технологии в медицинском образовании. Вузская педагогика: материалы конференции / гл. ред. С.Ю. Никулина. – Красноярск: Версо, 2010. – 451 с.



2-карточка.

БӨРТПЕ ЭЛЕМЕНТТЕРІН СИПАТТАУ

1. Бөртпе элементін (терін) таңдау



2. Элементті (терді) сипаттау

А) сұрғылт-қызыл, нақты шектері бар дөңгелек тәрізді, ортасына қалың күміс түстес қабыршақпен жабылған, түйінді біріктіруге және қалыптастыруға бейім.

Б) меруерт шашырандысы бар қызғылт-күлгін (ливидті) түсті, полигоналды тәрізді, ортаға кіндік тәрізді баса отырып, тығыз-эластикалық консистенциялы топтастырылған.

В) қалыпты терінің түсі немесе сәл-сәл қызғылт, жылтыр, түрі бойынша беткі және терең жарылыс қалыптасуы бар қабыршақтармен жабылған инфильтрация және лихенфикация ошақтарының топтасуына, қалыптасуына бием тері суретін қайталайды.

Г) қызғылт-сары түсті, жайпақ, дөңгелек тәріздес, элемен шеті бойынша болар болмас ұсақ қабыршақтануы бар перифериялық өсуге бейім емес.

3-қосымша.

САРАЛАНҒАН ДИАГНОЗ ЖҮРГІЗІЛЕДІ

(әрбір карточкаға диагноз қою және бірінші карточкада көрсетілген аурулармен сараланған диагностика жүргізілетін ауруларды таңдау)

А) _____ мен,
бұл ретте: ауыз қуысының шырышты бетінде сұрғылт-ақ түсті тегіс түйін түрінде қабыршақтану, зақымданудың суретті сипаты жоқ

Д) _____ мен,
бұл ретте: ортасында кіндік тәріздес басылатын ливид түсті полигональді нысанның элементтері, ауыз қуысының шырышты қабығында Уикхем торының болуы, өзгермейтін шырышты қабықтың аясында тығыз консистенциясы; бірігіп шілтер торын қалыптастырады.

В) _____ мен,
бұл ретте: домалақ немесе жартылай шар тәріздес, «ветчина» түсті, тығыз, жиі оң

Г) _____ мен,
бұл ретте: ошақ ортасындағы гиперемия, инфильтрация, атрофия, гиперкератоз нәзік нүктелер, қысқа жайпақтар, доғалар түрінде қабыну ошағының шегінде ғана

Б) _____ мен,
бұл ретте: дөңгеленген, ашық-қызғыл түсті, күміс түстес қабыршақтармен жабылған, Ауспицаның оң триадасы

Е) _____ мен,
бұл ретте: дөңгелек немесе дөңес түріндегі анағұрлым ірі бөртпе элементтері, шпательмен жеңіл алынатын сұрлы-ақ түсті өңезбен жабылған, оң ерекше әсерлер

ҚР ДСӘМ ДСДСРО Денсаулық сақтау менеджменті орталығының менеджері, медицина магистрі

Аталуы: Медициналық қызмет сапасын арттыру мақсатында бенчмаркинг құралдары қолдану

Авторлары: Есполова Г.Д., ҚР ДСӘМ Денсаулық сақтау менеджментінің орталығының менеджері

Түйіндеме: Мақалада медициналық қызмет сапасын арттыру мақсатында бенчмаркинг құралын қолдану процесін баяндайды, қазіргі таңда эталондық ұйымдастыру тәжірибесінде негізделген, ұйымдардың қызметтерін жетілдіру және тиімді бағдарланған стратегиялық әдістердің үдерісін үздіксіз жақсартудың бірі болып саналады. Бенчмаркинг процесінде кезеңдері мен құрылымдарын өткізуін, үдерістің жетістікті айқындайтын мақсаттарын және міндеттерін, факторларын қарастырады.

Title: Application benchmarking instruments, in order to improve the quality of care

Authors: Yespolova G., Manager of the Center for Health Management, RCHD

Summary: The article describes the process of using the benchmarking tool for the purpose of increasing the quality of medical services. To date, this tool is one of the most effective, strategically oriented continuous processes used to improve the activity of an organization based on the reference organization. It also describes aims, objectives, factors and determinants of successful process, the structure and stages of benchmarking process.

МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТТЕРДІҢ САПАСЫН АРТТЫРУ МАҚСАТЫНДА БЕНЧМАРКИНГ АСПАПТАРЫН ҚОЛДАНУ

Денсаулық сақтау жүйесін реформалау кезеңіндегі мемлекеттік медициналық ұйымдар үшін басты басымдық ұйымның тиімді стратегиясы мен жұмыс жоспарын әзірлеуге мүмкіндік беретін, заманауи талаптарға сәйкес келетін, көрсетілетін медициналық қызметтердің сапасын арттыратын инновациялық технологияларды, әдістемелерді, басқару аспаптарын, халықаралық сапа стандарттарын әзірлеу мен енгізу болып табылады.

Көрсетілетін медициналық қызметтердің сапасын арттыру бүгінгі күні өзекті міндет болып табылады. Бұл ретте, ерекше рөл денсаулық сақтау қызметін бағалауды жетілдіруге беріледі. Осыған байланысты денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасында аталған іс-шараларға ерекше көңіл бөлінген [1].

Бірыңғай ұлттық денсаулық сақтау жүйесін кезең-кезеңмен енгізу медициналық қызметтердің нарығын құру және пациенттерге дәрігерлер мен медициналық ұйымдарды еркін таңдау мүмкіндігін ұсыну, түпкілікті нәтижелерге қол жеткізуге бағытталған медициналық қызметтерді көрсетудің, медициналық ұйымдардың қызметінің бәсекелестік ортасын қалыптастыру есебінен медициналық ұйымдар арасында бәсекелестік ара қатынастарды дамытуды көздейді.

Алдын ала қабылданған шараларға қарамастан, Қазақстанның денсаулық сақтау жүйесінің негізгі проблемаларының бірі болып бәсекеге қабілеттіліктің төмендігі және менеджмент саласында инновациялық жетістіктердің болмауы қала берді [2].

Соңғы жылдары, қызметтер сапасын арттыру практикасында үлкен танымалдыққа бенчмаркинг әдісі ие болады. Ол ұйым жұмысын жетілдірудің тиімді әдістерінің бірі болды және басқарудың ең танымал аспаптарының санына кірді.

Медициналық ұйымдар басшыларының көбі үшін «бенчмаркинг» - бұл бейтаныс сөз, ал эталонды салыстыру басқару әдіс ретінде емесе, бәсекелестерді қарапайым талдауы немесе маркетингтік зерттеу түрі ретінде қабылданады. Алайда, бенчмаркинг әлеуеті маңызды және аталған аспапты экономикалық талдауда табысты пайдаланудың нақты мүмкіндігі бар [3].

Медициналық ұйымдарды басқарудың аталған әдісін әлсіз пайдаланудың негізгі себептерінің бірі оны жүргізу үшін медициналық базаның болмауы болып табылады.

Бенчмаркинг мақсаттары мен міндеттері

Медициналық ұйым бенчмаркинг аспабын пайдалануды шешкеннен кейін оған нақты мақсаттар мен міндеттер қою қажет.

Бенчмаркинг мақсаттары Best in Class – үздік ұйымдарының стандарттарына бағдарлана отырып, дербес ұйымға қажет процестер мен технологияларды іздеу, бейімдеу, пайдалану мен енгізу есебінен ұйымның жалпы бәсекеге қабілеттіліктерін арттыру болып табылады. Сонымен қатар, ұйымның барлық құрамдауыш құжаттары анағұрлым жоғары деңгейге қол жеткізеді және жаңа жақсартылған көрсеткіштер сақталады. Ол тұтынушылардан қызметтер сапасының қанағаттану деңгейін арттырады және медициналық ұйымның бәсекеге қабілеттілігін ұлғайтады [4-8].

Қойылған мақсаттарға қол жеткізу үшін белгілі бір міндеттерді шешу талап етіледі:

- 1) бәсекелестікке қабілеттілікті анықтау, осал және әлсіз жақтарын іздестіру, алынған нәтижелерді басқа медициналық ұйымдардың көрсеткіштерімен салыстыру;
- 2) медициналық қызметтердің сапасын жетілдіру бойынша жаңа идеяларды, шешімдер мен стратегияларды іздеу;
- 3) медициналық ұйымдардың арасында көшбасшылар мен бісекелестердің үздік тәжірибесін зерделеу және пайдалану;
- 4) медициналық ұйымдарда басқару жүйесін жетілдіруге инновациялық тәсілдерді әзірлеу;
- 5) қолда бардағыдан басым болатын қызмет сапасының ұзақ мерзімді жоспарлы көрсеткішін белгілеу [4-8].

Бенчмаркингтің табысты процесін анықтайтын факторлар

Кез келген жобаны жүргізу кезінде үш негізгі басым фактор ескеріледі: бюджет, уақыт және сапа, олар жобаны табысты басқару үшін теңестірілуі тиіс [8, 9].

Бенчмаркингтің табысты процесін анықтайтын факторлар: объективті (қатты) және субъективті (жұмсақ) (1-кесте).

1-кесте – Денсаулық сақтаудағы бенчмаркингтің табысты процесін анықтайтын факторлар

Объективтілері	Субъективтілері
<ul style="list-style-type: none"> – бенчмаркинг жобасының нақты параметрлерін анықтау; – уақытты және мерзімді жоспарлау; – медициналық көмек сапасының стандарттарын сақтау; – бюджеттік шектеулерді назарға алу. 	<ul style="list-style-type: none"> – серіктестер арасындағы қолайлы жағдай; – нәтижеге қол жеткізуге бағдарлану (жағымды талпыныс); – сапа маңыздылығын түсіну; – қызығушылық; – шығармашылық тәсіл; – мінез-құлдық немесе этикалық нормаларды сақтау кодексі.

Бенчмаркинг процесін жүргізу құрылымы мен кезеңдері

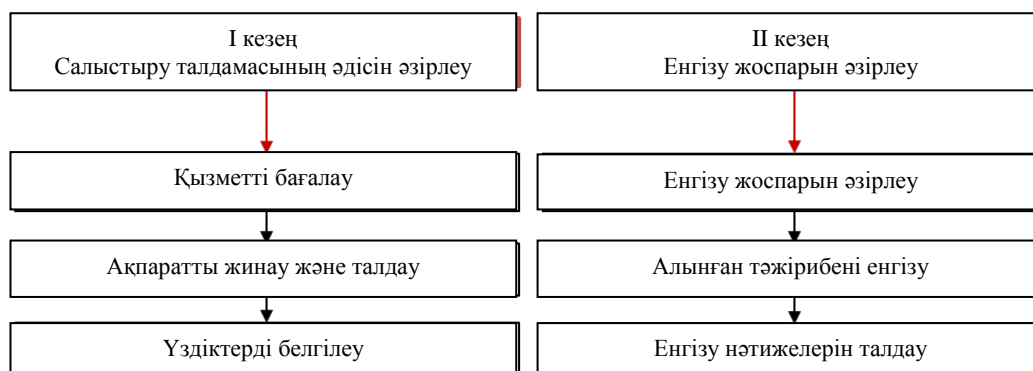
Бенчмаркинг мынадай құрылымдық сипаттамалармен ұсынуға болады (2-кесте).

2-кесте – Болжамды құрылымдық сипаттамалар

Объект	Басты көрсеткіштер	Салыстыруға арналған серіктестер	Көздері
Пациент	Пациенттердің қанағаттанушылығы	Өз ұйымының басқа да құрылымдық бөлімшелері/бөлімшелері	Салыстыру мен талдау үшін таңдалған құрылымдық бөлімшелермен/бөлімшелермен ақпарат алмасу
Көрсетілетін	Медициналық	Серіктестер/	Пациенттерге, жеткізушілерге

қызмет	қызметтердің сапасы	Бәсекелестер	сауалнама жүргізу. Бизнес –жоспарлар, медицинаық ұйымдардың даму жоспарлары, «Медициналық қызметтердің сапасын басқару жүйесі» бағдарламалық кешеннен алынған деректер Ұйымды қарап-тексеру, анықтамалық ақпарат (медициналық ұйымдардың веб-сайттары)
Процесс, функциялар	Орындау уақыты	Басқа да бейінді медициналық ұйымдар	
Технология	Шығындар	Басқа саланың ұйымдары	

Бенчмаркинг зерттеулерінің мақсаттары мен міндеттерін, оның табысын анықтайтын факторларды назарға ала отырып, бенчмаркингтің барлық типтерінің мынадай іс-қимыл алгоритмі ұсынылады (1-сурет):



1-сурет – Бенчмаркинг процесін өткізу кезеңдері

Қызметті бағалау

Өз ұйымының қызметін бағалауға көптеген тәсілдер бар.

Бенчмаркингті тиімді өткізу үшін ең алдымен басқару жүйесін бағалау қажет [5].

Зерттеудің бірінші кезеңін өткізудің негізгі мақсаты өз (бәсекелестік) және эталонды ұйым, не бөлімше/құрылымдық бөлімше қызметінің күшті және әлсіз жақтары туралы ақпаратты алу болып табылады.

Қызметті бағалау аспаптарының арасында:

- SWOT-талдау.
- Көрсеткіштердің балансталған жүйесі.
- Тито Конти ұйымдастырушылық өзін-өзі бағалау моделі.
- Дженес Далгаард сапасының картасы.

Ұйым жағдайын бағалаудың тиімді аспаптарының бірі әлемде таралған және танылған сапа саласындағы атақтардың моделі болып табылады:

- Малколма Болдриджа (АҚШ) сапасы үшін ұлттық награда.
- Модель Еуропалық сапа атағының моделі.

Осы атақтардың критерийлері басқару жүйесін құруда әлемдік үрдістерді ескере отырып, әзірленген, ал модель ұйымның бәсекелестікке қабілеттілікті қамтамасыз етудегі табыстың басты факторларын сипаттайды.

Денсаулық сақтау жүйесіндегі бенчмаркингтік зерттеу жобасы негізінен медициналық қызметтер көрсету сапасына, емдеу және ұйымдастырушылық процестерді ұйымдастыруға бағдарланған.

Бұл әрбір емдеу бөлімшесінің немесе ұйымның оның функцияларымен байланысты ерекшеліктерінің барын білдіреді. Сонымен қатар, бөлімше мен персонал қызметін сапасын бағалау және ұйымның тиімді жұмыс істеуі үшін қажетті басты факторларға талдау жүргізу жүйесін зерделеу қажет.

Алдыңғы қатарлы практиканы айқындау және үздікті таңдау барлық бенчмаркингтік жобаның табысын айқындайды. Бұл ең қиыны, бірақ бенчмаркинг процесін жүргізу кезінде маңызды процесс болып табылады [5-9].

Ақпаратты жинау және талдау

Өз медициналық ұйымының ішінде ақпарат алу, эталонды ұйымнан ақпарат алуға қарағанда жеңіл. Бенчмаркинг шеңберінде бәсекелес қол жеткізген табыс көрсеткішін зерделеу айтарлықтай оңай тапсырма емес. Бенчмаркингтік зерттеу жүргізу үшін ақпарат жинаудың келесі әдісі пайдаланылады (2-сурет).



2-сурет – Ақпарат жинау әдісі

Бенчмаркингті табысты жүргізудің жоғары тиімділігін қамтамасыз ететін сапалы ақпаратты жинауға және шараларды іске асыруға негізгі, қосымша көздерден басқа алдын ала дайындалған сауалдар мен бақылау парақтары, сауалнамалар ықпал етеді. Алынған ақпараттық деректерді оларды тану мен келісу мақсатында құжаттамалауға және тексеруге жауапты адамдардың белгілі бір тобын анықтау қажет [5-7].

Бенчмаркингтік зерттеу жүргізу кезінде анағұрлым тиімділік эталонды ұйымның бизнес-жоспарын зерделеуде бар, ол тәжірибеге және менеджменттің негізгі деңгейлері бойынша ұйымды дамыту бағытына түсінік береді. Эталонды ұйымның бизнес-жоспарын зерделеу кезінде мынадай бөлімдерге ерекше көңіл бөлу қажет:

1) Стратегиялық жоспар және мақсатқа қол жеткізу. Аталған блокта Ұлттық, салалық және өзге де стратегиялық құжаттар мен жоспарларды іске асыру барысын бағалайтын индикаторлар ұсынылған. Аталған блокта ұсынылған индикаторлар қаншалықты медициналық ұйым стратегиялық құжаттар мен жоспарларда қойылған міндеттерді жоспарлайтынын және іске асыратынын бағалауға мүмкіндік береді.

2) Өндірістік процесті барлық қажетті ресурстармен қамтамасыз ету. Аталған блок медициналық ұйым өндірістік процесті қажетті: еңбек, материалдық, қаржылық және ақпараттық ресурстармен қамтамасыз ететін индикаторлардың тізбесін қамтиды.

3) Адами ресурстарды басқару және персоналды уәждеу. Аталған блокта медициналық персоналдың уәжін бағалауға мүмкіндік беретін индикаторлар ұсынылған.

4) Медициналық көмектің сапасын және ресурстарды пайдалану тиімділігін бақылау. Аталған блок медициналық көмек көрсетудің сапасын, сондай-ақ ресурстарды пайдалану тиімділігін уақтылы бағалауға мүмкіндік беретін индикаторлардың тізбесін қамтиды.

5) Ерекше көрсеткіштер. Аталған блок медициналық ұйымдар қызметінің оның бейініне қарамастан жекелеген бағыттарын бағалайтын көрсеткіштердің тізбесін қамтиды.

Mystery Shopping (Күпия сатып алушы) технологиясы – бұл тұтынушыларға қызмет көрсету сапасын, персонал жұмысын, оның адалдығын күпия бағалау, сапа стандарттарының орындалуын және көрсетілетін қызметтердің сапасын тексеру үшін арнайы даярланған сатып алушыларды (біздің жағдайымызда пациенттерді) пайдалану. Mystery Shopping көптеген ықтималды атаулар бойынша қолданыста [8, 9]:

- күпия пациент;
- жұмбақ пациент;
- жасырын пациент;
- анонимді аудит;
- виртуалды пациент;
- персоналдарды бағалау;
- телефон қоңырау арқылы бағалау.

Ақпаратты жинаудың маңызды әдісі конференциялар, мастер-кластар шеңберінде деректер алу, дәрігерлер қауымдастығы арқылы кәсіби бірлестіктерінің жұмысына қатысу болып табылады. Сонымен қатар, қажетті ақпаратты жинаудың негізгі тәсілдерінің бірі Интернет желісінің іздеу сұраулары мен медициналық ұйымдардың веб-сайттары қызмет етеді [9].

«Үздіктерді» белгілеу және енгізу жоспарын әзірлеу

«Үздіктерді», яғни эталонды ұйымды белгілеуді және оның тәжірибесін енгізу туралы шешім қабылдауды құрамына кәсіби экономистер, менеджерлер, статисттер және ұйымдастырудағы жоспарлауға жауапты және жақсартуды жүргізу бойынша уәкілетті зерттеу бейіні бойынша мамандар кіретін бенчмаркинг жөніндегі мамандар тобы жүзеге асырады [10-14].

Аталған топ жұмысының негізгі міндеттері мынадай бағыттар бойынша мәселелерді шешу болып табылады:

- 1) эталондық/үздік ұйымның әлсіз және күшті жақтарын айқындау, максаттарды белгілеу және іс-қимыл жоспарын әзірлеу;
- 2) нәтижелерге қол жеткізу немесе ең болмаса эталондық/үздік ұйымның нәтижелеріне жақындау;
- 3) көрсеткіштер арасындағы айырмашылықтарды азайтатын бағыттардың басымдықтарын таңдау;
- 4) енгізу топтарын қалыптастыру, орындау мерзімдерін және ресурстардың құнын анықтау.

Сондай-ақ бенчмаркингтің дерекорын үнемі жаңғырту және анағұрлым жетілдірілген көшбасшыларды, үлгі алу үшін анағұрлым лайықты мысалдарды іздеуді жалғастыру өте маңызды. Бенчмаркинг аспабын пайдалану кезіндегі табыс саралау емес, сол немесе өзге көрсеткішті жақсарту бойынша іс-қимыл тәртібін зерделеу кезіне тоғысады [10-14].

Бенчмаркинг аспабын қолдану технологиялары стратегиялық жоспарлау жүйесіне, ұйым менеджментінің жүйесін жетілдіруге және жаңа технологиялар мен қызметтерді әзірлеу мен енгізу процесіне тәсілдерді өзгертеді [10-14].

Алынған тәжірибені енгізу

Ұйым қызметіне алынған тәжірибені енгізуді жүзеге асыру үшін орта мен мәдениеттің абсолютті ұқсас бизнесі бар ұйым болмайтынын атап өту қажет. Эталондық ұйымның практикалық әдістері мен процестерін олар қолданылатын ресурстарды олар пайдаланылған кезде егжей-тегжей зерделеусіз қолдану мүмкін емес.

Көзсіз көшіру мүмкін емес, өйткені бұл жағдайда күтілетін нәтижелер толық қанды қол жеткізілмейді. Дербес ерекшеліктерді ескеру және қажеттілігіне қарай қолданылатын әдістер мен процестерді бейімдеу қажет [9-14].

Енгізу нәтижелерін талдау

Бенчмаркинг аспаптары бұл бір реттік процесс емес. Бенчмаркинг бұл – салыстыру нәтижелерін түзету және тиімділікті арттыру кезінде болатын «кері байланыс» көмегімен

үздіксіз жақсарту және жетілдіру процесі. Бенчмаркингті орындау барысын мониторингтеу және түпкілікті нәтижелерді бағалау қайталап бағалауға және өз ұйымын жақсартуды талдауға мүмкіндік береді [12, 15].

Эталондық салыстыру нәтижелерін түзету және жаңа процестердің тиімділігін арттыру PDCA циклының әдісін қолдану бойынша жүргізіледі:

Plan – жақсарту жоспары

Do – жақсартуларды орындау (ұйымдастыру, уәждеу, түзету).

Check (Control) – Жетілдіру (бақылау) нәтижелерін тексеру.

Action – Стандарттауға немесе қайта жоспарлауға (келесі жетілдіруге дайындық кезеңі) бағытталған іс-қимыл.

Жүйелі ішкі бағалауды іске асыру және жетілдіруді талдау медициналық ұйымдардың және оның құрылымдық бөлімшелерінің/бөлімшелерінің түпкілікті нәтижелеріне мониторинг пен бағалауды жүзеге асыру үшін қажет [12, 15].

Қорытынды

Бенчмаркинг – бұл қызметтер сапасын жақсарту және инновациялық бағыттарды енгізу бағдарламаларын әзірлеуді болжайтын бәсекеге қабілеттілік тұжырымдамасын эволюциялық дамуының жаңа бағыты.

Бенчмаркинг процесін енгізу нәтижесі көбіне бенчмаркинг технологиясын іске асыру процесіне дайындық деңгейімен алдын ала анықталады. Анағұрлым нәтижелерді алу үшін процесс нақты жоспарлануы, жіберілуі, бақылануы және пысықталуы тиіс.

Осылайша, бенчмаркингті эталондық ұйымның тәжірибесіне негізделген медициналық ұйымның қызметін жақсарту мен жетілдірудің стратегиялық бағдарланған үздіксіз процесінің маңызды бағыттарының бірі болып қаралуы мүмкін.

Медициналық қызметтер нарығындағы заманауи жағдайлар ұйымның бәсекеге қабілеттілігін және оның тұрақты дамуын қамтамасыз ету үшін бір ғана эталондық ұйымның тәжірибесін негізге алу жеткіліксіз екенінен әкеледі. Ұйымның даму стратегиясының негізділігін арттыру үшін медициналық қызметтер нарығындағы барлық басты көшбасшылардың қызметі мен мінез-құлық тәжірибесін зерделеу қажет.

Бенчмаркинг технологиясын денсаулық сақтау жүйесінде қолдану:

- инновациялық жобаларды іске асыру кезінде жекелеген субъектілердің ішкі өзара іс-қимылын жақсартуға;
- медициналық қызметтер көрсетудің нәтижелілігін арттыруға;
- ресурстарды бөлуді ұтымды етуге;
- шығынды тиімсіз емдеу әдістерін, қызметтерді орындау циклының ұзақтығын және ұйымның ішкі шығындарын төмендетуге;
- персоналдың түпкілікті нәтижелерге қол жеткізу уәжін арттыруға;
- ұйым жұмысында сапаны тұрақты жақсартудың жұмыс істейтін тетігін құруға мүмкіндік береді.

Бұл ретте, медициналық ұйымдарға бенчмаркинг технологияларын енгізу стандарттарын әзірлеу қажет.

Бүгінгі күні медициналық ұйымдар үшін маңызды міндет менеджмент облысында жаңа технологияларды енгізу, логистиканы ұйымдастыру, бизнес пен ақпараттық технологияларды басқару, сондай-ақ қызмет көрсетуді жақсарту, көрсетілетін медициналық қызметтердің және персонал қызметінің сапасын дамыту мен жетілдіру болып табылады.

Көздер:

1. «Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011 - 2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Президентінің 2010 жылғы 29 қарашадағы № 1113 Жарлығы
2. Гольдштейн Г.Я. Основы менеджмента: Конспект лекций. Таганрог: Изд-во ТРТУ, 1995. – С.25-27.

3. Зайцев О.А., Радугин А.А., Радугин К.А., Рогачева Н.И. Основы менеджмента: Учебное пособие для вузов / Науч. редактор А.А. Радугин. – М.: Центр, 1998. – 15 с.
4. Camp R.C. Benchmarking. The Search for Industry Best Practices That Lead to Superior Performance. – ASQC Industry Press, Milwaukee, Wisconsin, 1989.
5. Watson G.H. Strategic Benchmarking: How to Rate your Company's Performance Against the World's Best. – New York: John Wiley, 1993.
6. Zairi M. Benchmarking for Best Practice. – Oxford: Butterworth-Heinemann, 1992.
7. Coer News // the free Newsletter, Issue No.2, July. – Massey University, New Zealand, 2002.
8. Total Quality Management: A Cross Functional Perspective. – John Wiley & Sons, Inc. – 1996.
9. Shiba S., Graham A., Walden D. A New American TQM: Four Practical Revolutions in Management / Textbook Hardcover, January. – 1993.
10. Аренков И.А., Багиев Е.Г. Бенчмаркинг и маркетинговые решения. – СПб.: Изд-во СПбУЭФ, 1997. – 215 с.
11. Данилов И.П. Бенчмаркинг как основа создания конкурентоспособного предприятия. – М.: Стандарты и качество, 2005. – 69 с.
12. Карпец О.В. Бенчмаркинг: учебное пособие. – Владивосток: Изд-во ДВГУ, 2007. – 217 с.
13. Бенчмаркинг – менеджмент или шпионаж. // Конкурентная разведка. // [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.a-rsb.ru/index.php?go=News&in=view&id=586>
14. Ватсон Г.Х. Бенчмаркинг в примерах. // Бенчмаркинг клуб. [Электронный ресурс] Режим доступа: http://www.jobsmarket.ru/?get_page=239&
15. Воронина Л.А., Ушнов В.В. Бенчмаркинг как инструмент разработки региональной инновационной стратегии // Региональная экономика: теория и практика. -2009. -№13. – С.28-32.

ДСДРО НАЗАРДА ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛЕРІ – ЖАҢА ЖОБАСЫН ӘЗІРЛЕУДЕ

Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы «Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлерінің галереясы» бірегей жобаны әзірлейді. Жоба отандық денсаулық сақтау тарихына кірген министрлер туралы қол жетімді және қызықты ақпаратты көздейді. Мұрағаттық материалдардың, эксклюзивтік сұхбаттардың және бұрын айтылмаған басшылардың өмір баяны фактілерінің бірнеше мақалалары жоба шеңберінде дайындалатын болады. Министрлердің қызметтері, олардың денсаулық сақтау жүйесіне қосқан үлестері туралы мәліметтер жаңа кітапқа енетін болады. Оны шығару жобаны іске асырудың қорытындысы бойынша жоспарлау. Денсаулық сақтаудың даму тарихы министрлер тұлғасының призмасы арқылы жаңа көзқарасқа ие болады. Олардың мансаптары мен білімдерінің шегі жоқ. Ведомствоның бірінші басшысының лауазымын инженерлер, энергетиктер, экономистер, педагогтар атқарды, бірақ денсаулық сақтау жүйесін дамытудың басым бөлігіне атақты дәрігерлер үлес қосты. Денсаулық сақтауды дамыту тарихы – бұл әрбір министрдің мінезі, білімі мен тәжірибесі, жеке үлесі. «Денсаулық сақтау министрлерінің галереясы» жобасында ДСДРО - менеджері, сондай-ақ тартылған сарапшылар мен саясаткерлер Қазақ ССР бірінші денсаулық сақтау министрі Семен Чесноковтың қызметі туралы сияқты Қазақстанның бірінші әйел денсаулық сақтау министрі Салидат Қайырбекованың жұмысы туралы хабардар етілетін ақпаратты, фактілерді және талдамаларды ұсынады. Сондай-ақ «Галереяда» өз әріптестерінен артық үлес қосқан және министр лауазымын 11 жыл атқарған Төрегелді Шармановтың үлесі туралы материалдар жинақталатын болады. Бұдан басқа, мансабында қол жеткізген жетістіктері мен қиындықтарына қарамастан керемет хирург болып қала беретін министр Жақсылық Досқалиевтің қызметі қаралатын болады. Бүгінде ол ағзаларды транспланттау бойынша қиын операциялар жасауды жалғастыруда. «Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлерінің галереясы» жобасының экс-министрлерінің толық тізімі мынадай:

1. Семен Алексеевич Чесноков
2. Төрегелді Шарманұлы Шарманов
3. Мұхтар Әлиұлы Әлиев
4. Талапқали Әбішұлы Измұхамбетов
5. Василий Николаевич Девятко
6. Төлебай Қосиябекұлы Рахыпбеков
7. Қырымбек Елеуұлы Көшербаев
8. Жақсылық Ақмырзаұлы Досқалиев
9. Ерболат Асқарбекұлы Досаев
10. Анатолий Григорьевич Дерновой
11. Салидат Зекенқызы Қайырбекова

МЕДИЦИНАЛЫҚ ҰЙЫМДАРДЫ АККРЕДИТТЕУ: МЕДИЦИНАЛЫҚ ҰЙЫМДАРДЫҢ ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІ ҮШІН АККРЕДИТТЕУ СТАНДАРТТАРЫН ЕНГІЗУ МӘСЕЛЕЛЕРІ БОЙЫНША ТРЕНИНГ

Аккредиттеу орталығы Дүниежүзілік Банктің «Денсаулық сақтау саласындағы технологияларды беру және институционалдық реформа жүргізу» жобасының қолдауымен 2009 жылдан бастап медициналық ұйымдарды аккредиттеу жүргізілуде, медициналық ұйымдардың ұлттық аккредиттеу стандарттарына сәйкес сыртқы бағалау жүргізу негізінде жүзеге асырылады.

2015 жылдан бастап Аккредиттеу орталығы медициналық ұйымдарға ақысыз негізде аккредиттеу алды дайындық бойынша консалтингтік қызметтер көрсетеді:

- медициналық ұйымдардың қызметкерлері үшін аккредиттеу стандарттарын енгізу мәселелері бойынша тренингтер (10, 20, 30 күнге арналған негізгі және базалық пакет);

- медициналық ұйымдардың қызметкерлері үшін медициналық ұйымдардың базасында аккредиттеу стандарттарын енгізу мәселелері бойынша семинарлар өткізу;

- медициналық ұйымдардың қызметкерлері үшін медициналық ұйымдарға сарапшыларды тарта отырып аккредиттеу стандарттарын енгізу мәселелері бойынша мастер-кластар өткізу;

- медициналық ұйымдардың қызметкерлерін байланыс құралдары арқылы қашықтықтан оқыту;

- қызметкерлер үшін медициналық ұйымдарға аккредиттеу стандарттарын енгізу бойынша тренингтік бағдарламаларды аяқтау;

- сыртқы кешенді бағалауды өткізу.

Аталған қызметтер рәсімдер өткізудің бірнеше кезеңдерін қамтиды:

- «кіріс деңгейі» - аккредиттеу стандарттарына сәйкес нақты жағдайды бағалау;

- медициналық ұйымдардың қызметкерлері үшін сәйкессіздіктерді жою бойынша іс-шаралар жоспарын әзірлеу;

- медициналық ұйымның персоналын медициналық ұйымның базасында жаңартылған аккредиттеу стандарттарына оқыту;

- медициналық ұйымдарға сарапшыларды тарта отырып аккредиттеу стандарттарын енгізу бойынша мастер-класс өткізу;

- қызметкерлерді байланыс құралдары арқылы аккредиттеу стандарттарын енгізу мәселелері бойынша қосымша қашықтықтан оқыту;

- медициналық ұйымдарға аккредиттеу стандарттарын енгізу бойынша тренингтік бағдарламаларды аяқтау;

- медициналық ұйымдар мен т.б. үшін БОР-ларды бірлесіп әзірлеу (толық ақпаратты ДСДРО сайтында Аккредиттеу орталығының құрамында көруіңізге болады немесе жоғарыда айтылған байланыс деректері бойынша Аккредиттеу орталығының қызметкерлерінен консультация алуыңызға болады).

Байланысу: (8-717-2) 47-61-98, E-mail: c.akkred@mail.ru