

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау
МЕНЕДЖЕРІ
МЕНЕДЖЕР
здравоохранения Республики Казахстан



Журналдың аты:

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау менеджері

Бас редактор:

У.И. Ахметов

Редакциялық кеңес:

Э.А. Байжүнісов, К.К. Ермакбаев, М.Е. Шоранов,
Қ.А. Ергалиев, Н.М. Исатаева, А.А. Ақанов,
С.А. Егеубаева, В.З. Кучеренко, Л. Ковач

Редакциялық коллегия:

А.Ж. Әзербайбаева, А.Д. Ахимова, М.А. Исаханов,
А.К. Исина, В.В. Койков, А.Б. Цепке

Редакцияның хатшысы:

Ж.Н. Оспанова

Техникалық редакторлар:

А.В. Беликова, Г.Д. Есполова, Л.Г. Успанова

Меншік иесі:

Денсаулық сақтауды дамыту Республикалық орталығы.
Журнал Қазақстан Республикасының байланыс және
ақпарат министрлігінде тіркелген. Есепке алу туралы
куәлігі №12044-Ж 12.10.2011 жылы берілді.

Жазылу индексі:

74608

Мерзімділігі:

жарты жылда 2 рет

Таралымы:

500 дана

Құрылтайшылары:

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау
министрлігі, Денсаулық сақтау дамыту
Республикалық орталығы.

Редакцияның мекен-жайы:

Астана қ., Иманов к-сі, 13, 619 кеңсе
e-mail: imzrk@bk.ru

Баспахана мекен-жайы:

«PolyNovus» ЖШС
Заңды мекен-жайы: Алматы қ.
Шағабутдинова көшесі 52/60, 12-пәтер
тел.: 8 701 720 61 92

Жарияланатын мәліметтердегі
ақпараттардың нақтылығы, авторлардың
жауапкершілігінде

Наименование журнала:

Менеджер здравоохранения
Республики Казахстан

Главный редактор:

Ахметов В.И.

Редакционный совет:

Байжунусов Э.А., Ермакбаев К.А., Шоранов М.Е.,
Ергалиев К.А., Исатаева Н.М., Ақанов А.А.,
Егеубаева С.А., Кучеренко В.З., Ковач Л.

Редакционная коллегия:

Азербайбаева А.Ж., Ахимова А.Д., Исаханов М.А.,
Исина А.К., Койков В.В., Цепке А.Б.

Секретарь редакции:

Оспанова Ж.Н.

Технические редакторы:

Беликова А.В., Есполова Г.Д., Успанова Л.Г.

Собственник:

Республиканский центр развития здравоохранения.
Журнал зарегистрирован в Министерстве связи и
информации Республики Казахстан. Свидетельство
о постановке на учет от 12.10.2011 года №12044-Ж.

Подписной индекс:

74608

Периодичность:

2 раза в полугодие

Тираж:

500 экземпляров

Учредители:

Министерство здравоохранения Республики
Казахстан, Республиканский центр развития
здравоохранения.

Адрес редакции:

г. Астана, ул. Иманова, 13, офис 619
e-mail: imzrk@bk.ru

Адрес типографии:

ОО «PolyNovus»
Юридический адрес: г. Алматы,
ул. Шағабутдинова, 52/60, кв.12
тел.: 8 701 720 61 92

Ответственность за достоверность информации,
публикуемой в журнале,
несут авторы.

МАЗМҰНЫ / СОДЕРЖАНИЕ

ЖЕКЕ ТҰЛҒА / ЛИЧНОСТЬ

Интервью с Джалкибаевым Ж.В., MBA, единственным официально сертифицированным в РК лицензиатом Тони Бьюзена (Tony Buzan, UK, London). Экспертом по технологиям повышения эффективности в бизнесе, которые и сейчас работают в системообразующих компаниях республики.

Автор тренингов – «Интеллект карты», «Навыки эффективного мышления».....6
Тони Бьюзениң (Tony Buzan, UK, London) ҚР-дағы ресми сертификатталған жалғыз лицензиаты, MBA, Ж.В.Жалқыбаевпен сұхбат. Қазір республикамыздың жүйені құраушы компанияларында жұмыс істейтін бизнестегі тиімділікті арттыру технологиялары жөніндегі сарапшы. «Карта интеллектісі», «Тиімді ойлау дағдылары» тренингтерінің авторы.

ҚЫЗМЕТТЕРДІ БАСҚАРУ / УПРАВЛЕНИЕ УСЛУГАМИ

Құлхан Т.Т., Исатаева Н.М., Табаров А.Б., Иманова Ж.А.

Перспективы сотрудничества Республиканского центра развития здравоохранения с национальным институтом клинического совершенства, Лондон (Великобритания) для учреждения казахстанского аналога.....10
Т.Т. Құлхан, Н.М. Исатаева, А.Б. Табаров, Ж.А. Иманова, Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығының ұлттық клиникалық жетілдіру институтымен әріптестігінің перспективалары, Лондон (Ұлыбритания) қазақстандық аналогты құру үшін

Қаупбаева Б.Т., Шаймерденова А.А.

Аналитический обзор мониторинга внедрения обновленных стандартов аккредитации в пилотных организациях.....14
Б.Т. Қаупбаева, А.А. Шаймерденова, Денсаулық сақтау саласындағы қаржылық қор: ұйымдастыру тәжірибесі мен ретроспективтік бағалау

Мусина Р., Абдрахманова М., Орманбетова К.

Перспективный подход в подготовке специалистов практического здравоохранения.....20
Р. Мусина, М. Абдрахманова, Қ. Орманбетова, Тәжірибелік денсаулық сақтауды мамандарын дайындауға өзекті көзқарас

Буранкулова С.Н., Аубакирова А.Р.

Опыт внедрения делегирования полномочий в ПМСП (новые технологии в организации работы ПМСП).....23
С.Н. Буранкулова, А.Р. Аубакирова, БМСКК қосымша өкілеттік беруді енгізу тәжірибесі (БМСКК жұмысында жаңа технологияларды ұйымдастыру)

ӨЗІН ЖӘНЕ АДАМДАРДЫ БАСҚАРУ / УПРАВЛЕНИЕ ЛЮДЬМИ И СОБОЙ

Отарбаев Н.К.

SWOT-анализ процессов трудоустройства, развития кадров и оценки работников в медицинской организации.....27
Н.К. Отарбаев, Медициналық ұйымдағы SWOT- талдау үдерісі бойынша қызметкерлердің жұмысқа орналасуы, кадрлардың дамуы және бағалануы

Еркен А., Демесинов А., Зейтын М.

Результаты социологического исследования по страхованию профессиональной ответственности медицинских работников в Республике Казахстан.....36
А.Еркен, А. Демесинов, М. Зейтын, Қазақстан Республикасында медициналық қызметкерлердің кәсіптік жауапкершілігін сақтандыру бойынша әлеуметтік зерттеудің нәтижелері

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ СТРАТЕГИЯСЫ ЖӘНЕ САЯСАТЫ / СТРАТЕГИЯ И ПОЛИТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ергалиев К. А., Рахимова Л. Ж., Успанова Л. Г., Салыкова А. М.

Анализ анкетирования по изучению потребности в обучении профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений, проводящих обучение в области менеджмента здравоохранения.....44
Медициналық ұйымдарды денсаулық сақтау жүйесінің менеджерлерімен басқарудың тиімділігін көтеруге қажетті.

Исина А.К., Оспанова Ж.С., Садвокасова З.К.

Перспективы развития сети здравоохранения Республики Казахстан с приоритетным совершенствованием первичной медико-санитарной помощи.....48
Стационарлық көмек медициналық көмектің ең шығынды түрі болып саналады, сондықтан керует қорын тиімді пайдалануы маңызы зор.

Елеуов Г.А., Каландия И.М.

Новые горизонты частных клиник в ЕНСЗ.....54
Г. А. Елеуов, И.М. Каландия, БҰДСЖ-і жеке клиникаларының жаңа мүмкіншіліктері

Г.А. Елеуов, И. М. Каландия

БҰДСЖ-і жеке клиникаларының жаңа мүмкіншіліктері.....56
Елеуов Г.А., Каландия И.М., Новые горизонты частных клиник в ЕНСЗ

Павловец Л.П., Чекушина Т.Д.

Прозрачно и доступно.....	59
<i>Л.П. Павловец, Т.Д. Чекушина, Анық және түсінікті.</i>	

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘЛІМЕТІН БАСҚАРУ / УПРАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИЕЙ И СТАТИСТИКОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Шайдарова С.Ж.

Развитие первичной медико-санитарной помощи на примере КГП «Поликлиника № 4 г. Караганда».....	63
<i>С.Ж. Шайдарова, «Қарағанды қаласы №4 емханасы» КМК үлгісіндегі медициналық – санитариялық алғашқы көмектің дамуы</i>	

Нургалиева Ж.Т., Спатаев Е.М., Алданазаров Е.Д.

К вопросу о стандартизации электронного здравоохранения в Республике Казахстан.....	68
<i>Ж.Т. Нургалиева, Е.М. Спатаев, Е.Д. Алданазаров, Қазақстан Республикасында электрондық денсаулық сақтауды стандарттау мәселелері туралы</i>	

Смагулова А.Б., Мамбетова И.З., Умарова З.И., Мадьярова С.М., Герина Л.Д.

Результаты анкетирования по оказанию медицинской помощи детскому населению ГККП «ГДП № 8» за 6 месяцев 2013 г.	72
<i>Смагулова Ә. Б., Мәмбетова И. З., Умарова З. И., Мадьярова С. М., Герина Л. Д., 2013 жылғы 6 бойы балалаға көрсетілген медициналық көмектің сауалнама нәтижелері</i>	

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЭКОНОМИКАСЫ ЖӘНЕ ҚАРАЖАТТЫ МЕНГЕРУ / ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И УПРАВЛЕНИЕ ФИНАНСАМИ

Касымбеков Р., Жабыкова С.Х., Қартаева С.К.

Слияния и поглощения в сфере здравоохранения.....	74
<i>Р. Қасымбеков, С.Х. Жабықова, С.К. Қартаева, Денсаулық сақтау саласындағы қосылулар мен жұтылулар</i>	

Туякова А.Б.

Актуальные вопросы развития государственно-частного партнерства в системе здравоохранения Республики Казахстан.....	77
<i>А.Б. Туякова, Қазақстан Республикасындағы денсаулық сақтау жүйесінде мемлекеттік-жеке меншік әріптестікті дамытудың өзекті сұрақтары</i>	

Имангазинов С. Б.

Фондодержание в здравоохранении: опыт организации и ретроспективная оценка.....	81
<i>С. Б. Имангазинов, Денсаулық сақтау саласындағы қаржылық қор: ұйымдастыру тәжірибесі мен ретроспективтік бағалау</i>	

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСİNДЕГІ ИНОВАЦИЯЛЫҚ ТЕХНОЛОГИЯЛАР / ИНОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Мендешева Г.Г., Жангереева Г.Т., Кумисбекова Г.С., Маутканов М.Р., Омархан Б.С.

Симуляционные технологии в системе здравоохранения.....	86
<i>Г. Г. Мендешева, Г. Т. Жангереева, Г. С. Кумисбекова, М. Р. Маутканов, Б. С. Омархан, Денсаулық сақтау жүйесіндегі симуляция технологиясы</i>	

Сукончик Г. П.

Внедрение инновационных технологий в работу службы скорой помощи Павлодарской области.....	90
<i>Г. П. Сукончик, Павлодар облысының жедел жәрдем көмек көрсету қызметіне инновациялық технологиялардың енгізілуі</i>	

Ергалиева А.А.

Система менеджмента качества как инструмент улучшения качества оказания услуг в сфере здравоохранения.....	93
<i>А.А. Ергалиева Сапа менеджменті жүйесі – денсаулық сақтау саласындағы қызмет ету сапасының жақсарту құралы</i>	

ОҚИҒАЛАР / СОБЫТИЯ

Пресс-релиз «Круглый стол «О ходе реализации проекта» по институциональной реформе здравоохранения в Казахстане и задачи на 2014-2015 гг. проходил в рамках обзорной миссии Всемирного Банка в г. Астана».....	98
<i>Пресс-релиз «Қазақстандағы денсаулық сақтау саласының институционалдық реформасы жөніндегі жобаны іске асырудың барысы туралы және 2014-2015 жылдарға міндеттер» дөңгелек үстелі, Астана қаласындағы Дүниежүзілік банктің шолушы миссиясы шеңберінде өтті»</i>	

Біздің қызметіміз Сіздерге арналады! «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК

Дәрі-дәрмек ақпараттық талдау орталығы.....	100
<i>Наши услуги предназначены для Вас! Лекарственный информационно-аналитический центр РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»</i>	

Қазақстанда Дәрі-дәрмек ақпараттық-талдау орталығының қызметін үздік насихаттауға арналған журналистер

арасында сайыс жарияланды.....	101
<i>В Казахстане объявлен конкурс среди журналистов на лучшее освещение деятельности Лекарственного информационно-аналитического центра</i>	



Ахметов Валихан Исаевич

*Генеральный директор
РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»
Министерства здравоохранения Республики Казахстан*

УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ!

Реализация Послания главы государства народу Казахстана: «Казахстанский путь – 2050. Единая цель, единые интересы, единое будущее» и Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг. позволяет сегодня выстраивать новые принципы организации, финансирования и управления медицинской помощью. С 2014 года начата реализация второго этапа программы.

Основные рычаги рыночных отношений: новые методы финансирования, автономность медицинских организаций, внедрение корпоративного управления (Наблюдательных Советов), привлечение частного сектора и развитие государственно-частного партнерства позволили сформировать конкурентную среду, реализовать свободный выбор медицинской организации и оплату за конечный результат. Таким образом, в системе отечественного здравоохранения создается конкурентоспособная модель здравоохранения, главным лицом которого является пациент.

В этих условиях значительно повышается роль региональных управленцев и первых руководителей медицинских организаций. Для успешной и эффективной реализации задач в современных условиях системы здравоохранения необходимо создание специально подготовленного к управлению состава менеджеров здравоохранения, обе-

спечение непрерывности и преемственности управления, ротации кадров по вертикали и горизонтали, подготовка и выдвижение кадров менеджеров здравоохранения. В соответствии с вышеуказанным РЦРЗ совместно с Министерством здравоохранения осуществлена разработка Положения о Республиканском кадровом резерве управленцев для системы здравоохранения. Ведется работа по формированию «Золотого кадрового резерва» – лиц в возрасте до 45 лет, являющихся наиболее успешными действующими управленцами, у которых имеется исключительный руководящий опыт и компетентность в сфере здравоохранения.

В 2014 году планируется заключение Меморандума о достижении целевых показателей и конечных результатов деятельности в области менеджмента здравоохранения между Управлениями здравоохранения областей, городов Астана и Алматы и подведомственными медицинскими организациями. Заключение Меморандума необходимо для достижения совместных действий по обеспечению развития системы менеджмента здравоохранения, оценки деятельности руководителей медицинских организаций.

В соответствии с этим остро встал вопрос о необходимости обучения профессорско-преподавательского состава ВУЗов, как основных проводников осуществляющихся реформ в практическое

здравоохранение. Центром менеджмента здравоохранения РЦРЗ совместно с Департаментами МЗ РК разработана программа обучения профессорско-преподавательского состава ВУЗов с целью получения ими стандартизованных материалов для дальнейшей правильной подачи актуального современного материала менеджерам здравоохранения. В 2013 году было обучено в общей сложности 5000 менеджеров, этот процесс необходимо продолжить дальше.

Месяц март богат праздниками: Меж-

дународный день 8 марта, Наурыз. Мне хотелось бы от всей души поздравить наших женщин с замечательным праздником 8 марта. Пожелать крепкого здоровья, успехов, счастья и благополучия в семьях. Коллеги, пусть наступивший в день весеннего равноденствия Новый год принесет всем доброты и понимания, исполнения задуманных планов, финансового благополучия! Ваша профессия важна и нужна всем людям! Вы сохраняете самое дорогое – здоровье! Берегите себя и своих близких!

С уважением, Главный редактор

ЖЕКЕ ТҰЛҒА / ЛИЧНОСТЬ



Жексен Джалкибаев – МВА, единственный официально сертифицированный в РК лицензиат Тони Бьюзена (Tony Buzan, UK, London). Бизнес-тренер, практик бизнес-школ, эксперт по технологиям повышения эффективности в бизнесе, специалист в области техники принятия решений, которые и сейчас работают в системообразующих компаниях республики. Автор тренингов – «Интеллект карты», «Навыки эффективного мышления». Имеет руководящий опыт в ряде крупных компаний, такие как АО «Самрук-Қазына», АО «Национальный инновационный фонд», АО «Национальный медицинский холдинг», АО НК «Қазақстан Ғарыш Сапары» и т.д.

- Жексен Васильевич, как Вы относитесь к состоянию менеджмента в системе здравоохранения нашей страны?

Существует мнение, что менеджмент в здравоохранении отстает от уровня менеджмента в других отраслях. Я не согласен с таким утверждением. Управленческая практика и опыт консультирования клиник, а также наблюдения в рамках бизнес-школ свидетельствуют, что уровень менеджмента в здравоохранении не хуже и не лучше чем в других отраслях и соответствует динамике развития в целом по стране.

- Как Вы считаете, есть ли какие либо особенности менеджмента здравоохранения в отличие от других отраслей? Если есть, то в чем это выражается?

Вопрос с «двойным» дном (смеется). Конечно, можно ответить и «да» и «нет». В каком плане? Во-первых: во всей вселенной нет даже двух одинаковых песчинок, поэтому, нет одинаковых управленческих лекал для разных организаций. Каждый случай уникален.

Во-вторых, необходимо понять: если менеджмент – искусство, то как любое искусство – это удел избранных людей, если же менеджмент – наука, то она подчиняется определенным законам. Конечно, менеджмент – это наука, потому что знания, в этой области – отчуждаемы и опыт, который применяется в одной организации, применим в другой. А искусством руково-

дителя является практика их локализации.

Говоря о том, является ли специфичным менеджмент в здравоохранении, приведу следующее сравнение. В бизнес-школе слушатель традиционно изучает порядка 15-20-ти дисциплин по менеджменту: маркетинг, продажи, операционный менеджмент, юриспруденция, финансы, бухгалтерия и т.д. Из этого следует, что в среднем в организации примерно такое же количество профильных специалистов. Это можно сравнить с оркестром, где кто-то играет на скрипке, кто-то – на саксофоне, кто-то – на контрабасе и т.д. Представьте теперь такую картину. Играет оркестр, дирижёр управляет его игрой, и вдруг, один из музыкантов встает и говорит: «Извините, дирижёр, можно задать Вам вопрос? Вот я играю на скрипке, а Вы дирижируете оркестром, в частности, и мной. А Вы умеете играть на скрипке?».

Странный вопрос, не так ли? Менеджер, тот же дирижер, который управляет слаженной групповой работой структурных подразделений компании.

Разумеется, существует своя отраслевая специфика здравоохранения, но суть в том, что язык менеджмента, как и профессиональный язык дирижера, является универсальным и общеприемлемым в любой организации, соответственно, общие законы и инструменты менеджмента применительно в этой отрасли.

- Как Вы относитесь к современным реформам в системе здравоохранения? Каким образом проводимые реформы в здравоохранении затронули именно Вас?

В свое время мне довелось работать в команде топ-менеджеров при создании Национального медицинского холдинга в городе Астане, в должности Заместителя Председателя Правления по вопросам корпоративного управления. И, разумеется, команда непосредственно ощущала происходящие процессы реформирования системы здравоохранения и принимала в них активное участие. Одной из миссий проекта было формирование модели «Клиники будущего» и в рамках данного проекта в компании с государственным участием впервые в отрасли реализован целостный подход по внедрению систем менеджмента в здравоохранении. Организационно в холдинге от стратегического до низового уровня была выстроена полноценная вертикаль системы менеджмента, регламентированная полным пакетом нормативных документов.

Рассматривая ретроспективно этот проект, хочу сказать, что вопрос необходимости системного развития менеджмента в здравоохранение не стоит, это скорее вопрос риторический.

Будь то поликлиника или больница – это организация, а не общественное объединение, где минимальна коммерческая составляющая. Очевидно, что это объект социально значимый, но он также находится в сфере финансовых отношений. Здесь обязательно присутствует предоставление возмездных медицинских услуг. Затраты на предоставление услуг могут возмещаться через систему государственных заказов или через оказание платных услуг. У медицинской организации присутствуют полностью все характеристики хозяйствующего субъекта. И взгляд на медицинское учреждение через управленческую проекцию актуален, так как сейчас наметился тренд на коммерциализацию, повышение эффективности и дальнейшее развитие отрасли.

- Каким образом, на Ваш взгляд, можно повысить эффективность системы здравоохранения? Вопрос задан с учетом

Вашего большого практического опыта в качестве эксперта по технологиям повышения эффективности в бизнесе.

У каждой организации свой профиль. Профиль определяют те процессы и подразделения, которые создают добавленную стоимость. Если говорить о здравоохранении, то к ним относятся врачи, медицинские сестры, младший медицинский персонал. Кем являются менеджеры? Это работники: финансист, маркетолог, кадровик и т.д., которые обеспечивают комфортные условия для максимально эффективной работы лечебных отделений. Их задача, чтобы лечебный персонал не отвлекался на не профильные виды деятельности, к примеру, минимизировать потери времени на бесконечные совещания, планерки, процедуры закупок, отчетов и т.д. Их работа, это отличное управление очередями, создание информационных систем, бережойная логистика процессов, стратегическое планирование, маркетинг, продажи и т.д.

Простыми словами, врач должен делать работу врача, а менеджеры – работу менеджера. Чем профессиональнее будут менеджеры, тем результативней работа организации. Нередко приходится сталкиваться с мнением, что здравоохранение особая отрасль и инструменты менеджмента здесь трудно применимы, но я полагаю, что здесь скорее, психологический барьер.

Резюмируя отмечу, нужно добиться выравнивать в медицинских организациях статус менеджеров и врачей, повышение статуса и профессионализма менеджеров, а также скорейшие внедрение в здравоохранение передовых методов менеджмента, применяющихся в других отраслях экономики.

- Жексен Васильевич, считаете ли Вы возможным управление медицинской организацией менеджером с немедицинской специальностью?

Хороший вопрос. Для ответа на него, затрону понятие – корпоративное управление. Корпоративное управление предполагает, что существует 3 уровня управления: первый, это акционер, второй – управляющий орган

(например, совет директоров или наблюдательный совет) и третий – исполнительный орган. С этой точки зрения, владельцами акций, т.е. большинства акционерных обществ в мире (в т.ч. в здравоохранении) являются не профильными специалистами. Так функционирует рынок IPO - рынок ценных бумаг. Это значит, что финансовые инвесторы приобретают доли компаний в собственность и управляют ими. Отвечая на Ваш вопрос о возможности управления медицинской организацией не врачами, отвечаю – ДА, если мы имеем в виду акционеров, как один из уровней управления организации. Если говорить о совете директоров, то по законодательству республики, так же как и в общей мировой практике существует позиция – независимый директор. В большинстве случаев независимыми директорами привлекаются именно специалисты по менеджменту. Поэтому говоря об этом уровне, то и здесь возможно управление не врачами. Если рассматривать исполнительный орган в виде единоличного управления, то полемика в отрасли вокруг этого вопроса идет давно и ситуация не однозначна, каждый случай следует рассматривать индивидуально. Но если говорить о существующей международной практике – «Да, это возможно!».

Общепринято в мире, что в ходе государственных политических выборов, руководящую должность в министерствах могут занимать непрофильные руководители. Например, министром здравоохранения не обязательно будет врач или министром обороны обязательно военный. Полагаю, что предпочтительней, чтобы клиникой управлял не врач-технолог, а врач-менеджер.

- Как Вы считаете, учитывая современный темп реформ в здравоохранении, насколько часто и каким образом необходимо проводить обучение управленческих кадров здравоохранения?

Во-первых: обучать надо обязательно, это не обсуждается. Во-вторых – регулярно. В-третьих – на системной основе. Для этого необходимо укреплять кадровые службы и переходить от традиционного ка-

дрового делопроизводства к HR практике. Особо подчеркну необходимость системного обучения менеджменту на уровне ведущих топ-менеджеров передовых отраслей экономики страны первых руководителей медицинских организаций. Следует дать глубокие знания, соответствующие уровню бизнес школ построения систем качества, повышения производительность труда, организации продвижения продукта, построения процессов логистики, управления рисками, финансовой грамотности и т.п.

- Как Вы относитесь к инновационным технологиям обучения, а именно, к дистанционному обучению, применению видеоконференций, вебинаров, чатов, форумов, облачных вычислений?

Отношусь положительно. Единственно, что многие вышеуказанные технологии являются высокотехнологичными и нередко инвестиционно дорогими. Каждый из этих инструментов был разработан для определенных целей и задач и, прежде чем их внедрять, нужно очень тщательно спланировать целевые группы аудитории, на что они рассчитаны и т.д. Иначе, без профессионального и системного подхода к их внедрению, многие инструменты могут оказаться не эффективными, даже бесполезными, вызвать глубокое разочарование как топ-менеджмента так и персонала, привести к абсолютно обратному эффекту.

- Расскажите о Ваших тренингах, насколько Ваши тренинги могут помочь нашим менеджерам в их повседневной практической деятельности?

В ведущей национальной бизнес школе «Международная академия бизнеса» сформировано несколько программ для топ менеджеров в системе здравоохранения. Если говорить о себе то, как практика приглашают проводить курсы по операционному менеджменту в здравоохранении, в частности, инструментам создания конкурентоспособной организации, управлению услугами, качеством, себестоимостью, производительностью. А также провожу тренинги по тех-

никам эффективного мышления.

Ключевую роль в организации составляют руководители, формирующие управленческую молекулу организации, состоящую из первого руководителя и его команды единомышленников.

Техники эффективного мышления – это программа, разработанная специально для менеджеров, позволяющая им работать с большими массивами информации, повысить личную профессиональную эффективность, повысить эффективность управления коллективами или сложными структурами в организации. В основе учебных программ и тренингов заложены передовые, инновационные методы в области менеджмента, в т.ч. интеллект карты, специальные техники креативного мышления.

- В чем особенность Ваших тренингов?

Наверно в том, что они практичны, разработаны применительно к медицинским организациям и успешно апробированы в казахстанской практике.

- Что такое «Интеллект карта»?

Спасибо за вопрос. Интеллект – это метод мышления для работы с большими массивами информации. Руководитель может овладеть навыками использования этим инструментом в течение двух дней. Интеллект – карта прикладной инструмент. В мире, по оценкам специалистов, этой технологией владеют 250 миллионов человек. Вопрос «Надо или не надо пользоваться интеллект – картами?» не стоит, указанная выше цифра количе-

ства пользователей перевесит мнение любого скептика. В 21-ом веке, в интеллектуальном мире просто неприлично менеджерам не знать эту технологию. Программа тренинга разработана для применения именно в управленческой деятельности, для повышения производительности умственного труда.

- Насколько эффективно применение интеллект – карт менеджерами здравоохранения на сегодняшний день?

К сожалению, в области менеджмента у нас есть определённые пробелы в сравнении с международной практикой. Многие инструменты принятия управленческих решений были разработаны в индустриальную эпоху, когда львиную долю добавленной стоимости в экономике составлял физический труд. Сейчас время изменилось и порядка 90% мировой экономики составляет сфера интеллектуальная и услуг. Интеллект карты разработаны специально для работы с информацией, это всего лишь один из инструментов повышения интеллектуальной эффективности.

Многие сейчас говорят, что сейчас время информационное – нет, сейчас уже наступила интеллектуальная эпоха. Почему? Потому что информация сама по себе никакой ценности не имеет, ее сейчас океан. Важность имеет именно интеллект, способность находить нужную информацию, локализовать применительно к существующей проблеме или задаче. Интеллект карты это мощнейший инструмент, разработанный именно для современного времени, времени развитого интеллекта.

ҚЫЗМЕТТЕРДІ БАСҚАРУ / УПРАВЛЕНИЕ УСЛУГАМИ

Кулхан Т. Т.

Начальник отдела оценки медицинских технологий Центра стандартизации

Исагаева Н. М.

Заместитель Генерального директора

Табаров А. Б.

Заместитель руководителя Центра стандартизации

Иманова Ж. А.

Начальник отдела разработки стандартов здравоохранения Центра стандартизации РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»

ПЕРСПЕКТИВЫ СОТРУДНИЧЕСТВА РЕСПУБЛИКАНСКОГО ЦЕНТРА РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С НАЦИОНАЛЬНЫМ ИНСТИТУТОМ КЛИНИЧЕСКОГО СОВЕРШЕНСТВА, ЛОНДОН (ВЕЛИКОБРИТАНИЯ) ДЛЯ УЧРЕЖДЕНИЯ КАЗАХСТАНСКОГО АНАЛОГА

Аталуы: Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығының ұлттық клиникалық жетілдіру институтымен әріптестігінің перспективалары, Лондон (Ұлыбритания) қазақстандық аналогты құру үшін

Авторлары: **Т.Т. Құлхан**, *Стандарттау орталығы Медициналық технологияларды бағалау бөлімінің бастығы;* **Н.М. Исагаева**, *Бас директордың орынбасары;* **А.Б. Табаров**, *Бас директордың орынбасары;* **Ж.А. Иманова**, *Стандарттау орталығы Денсаулық сақтау стандарттарын әзірлеу бөлімінің бастығы, Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы ШЖҚ РМК*

Түйіндеме: Қазақстандық тараптың NICE қызығушылығы денсаулық сақтауды стандарттау процесін ұйымдастырудың техникалық, әдіснамалық және процессуалдық бірегей стандарттарының, клиникалық-экономикалық зерттеулер жүргізу мен медициналық технологияны бағалау тәжірибесінің болуымен шарттасады.

Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығының Клиникалық жетілдіру ұлттық институтымен ынтымақтастығынан күтілетін нәтижелердің негізінде клиникалық практиканы тиімді процесті жолға қою арқылы стандарттау жүйесін одан әрі дамытуға тоғысады, ол оңтайлы уақыт шегінде (2 жыл) сапалы ұлттық клиникалық нұсқауларды және алдыңғы қатарлы халықаралық тәжірибе негізінде клиникалық хатамаларды жасау тетігін пысықтауға мүмкіндік береді.

ДСДРО негізінде клиникалық практиканы, клиникалық-экономикалық талдауды стандарттау және NICE құрылымық және функционалдық құрамдаушы негізінде клиникалық хаттамаларды дайындау мәселелері жөніндегі институтционалдық орган құрылатын болады деп күтілуде.

Title: Prospects of the mutually beneficial collaboration of the Republican Center for Health Development with the National Institute for Clinical Excellence, London (United Kingdom)

Authors: **Kulkhan T.T.**, *head of department for health technology assessment of the healthcare standardization;* **Isatayeva N.M.**, *deputy General Director;* **Tabarov A.B.**, *deputy head of the healthcare standardization center;* **Imanova Zh.A.**, *head of department for healthcare standards development of the healthcare standardization center, Republican healthcare development Centre*

Abstract: Kazakhstan's Attention to NICE caused by the presence of unique technical, methodological and procedural organization of the health standardization and the unique experience of the clinical and economic research and health technology assessment.

As the baseline of the expected collaboration's results between Republican Healthcare Development Centre and National Institute for Clinical Excellence we put further development of the clinical practice's standardization by establishing an effective process of development the high-quality national clinical guidelines within the optimal time frame (2 years) and the clinical protocols based on international best experience.

It is expected that on the base of RHDC would be build institution for standardization of clinical practice, clinical and economic analysis and clinical protocols constructed on a structural and functional components of the structure of NICE.

В целях повышения потенциала сектора здравоохранения РК в разработке и внедрении руководств клинической практики (РКП) международных стандартов, и оценке медицинских технологий (далее – ОМТ) для лучшего принятия клинических и политических решений в Казахстане идет реализация проекта «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан» (далее – Проект), который финансируется совместно Правительством Республики Казахстан и Международным Банком Реконструкции и Развития.[1]

В ряду прочих компонентов Проекта динамично развивается подкомпонент В2 «Повышение качества клинической практики и внедрение оценки медицинских технологий». Данный подкомпонент выполняется Департаментом организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Казахстан при тесном взаимодействии с Центром совершенствования служб здравоохранения и стандартизации медицинской помощи РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения».

Процесс принятия политического решения в здравоохранении на основе рекомендаций авторитетного научно-производственного органа в области стандартизации здравоохранения обеспечивает более фокусированное внимание Министерства здравоохранения на четком, своевременном и прозрачном подходе к решению вопроса по определенным медицинским технологиям и клиническим протоколам, их бюджетированию и реализации в практику. В данной связи стратегическое значение приобретает сотрудничество с зарубежными партнерами для обзора опыта стандартизации здравоохранения в других странах и институционального становления наиболее приемлемой формы для Республики Казахстан.

В рамках реализации Плана повышения потенциала подкомпонента В2, для участия в обучающей поездке в Национальный институт клинического совершенства (далее – NICE), город Лондон (Великобритания) по вопросам стандартизации здравоохранения на основе опыта развитых стран в 2013 году

были направлены специалисты Республиканского государственного предприятия на праве хозяйственного ведения «Республиканский центр развития здравоохранения» (далее – РЦРЗ). [2]

Интерес казахстанской стороны к NICE обусловлен наличием уникальных стандартов технической, методологической и процессуальной организации процесса стандартизации здравоохранения, опыта проведения клинико-экономических исследований и оценки медицинских технологий.

NICE разработал и эффективно использует хорошо зарекомендовавшие себя технические подходы к:

1. Приоритизации тем перспективных исследований;
2. Критическому анализу и синтезу, полученной научной информации;
3. Экономическому анализу (процесс тарифообразования, анализ соотношения стоимости к эффективности затрат).

Кроме того, NICE использует системный анализ клинической составляющей полученной научной информации путем оценки:

1. Клинической эффективности на основе достоверной доказательной базы;
2. Репрезентативности и измеримости структуры выходного результата;
3. Результатов внедрения и распространения медицинских технологий.

В ходе обучения был обсужден вопрос построения взаимоотношений между участниками процесса, а именно:

1. Профессиональными врачебными организациями, ассоциациями пациентов, фондодержателями, страховыми компаниями, и представителями фармакологической индустрии;
2. Институциональными и операционными платформами.

Помимо указанных выше вопросов были освещены аспекты финансирования NICE.

Слушателям был представлен материал, освещающий поступательное развитие и наращивание объема профессиональных компетенций с момента организации и до настоящего времени. NICE был учрежден в формате, избавленном от влияния Правительства Вели-

кобритании, фармакологической индустрии и Национальной системы здравоохранения, что дало данному Институту абсолютную политическую независимость в принятии решений. [3,4,5,6]

Создание независимой организации в Казахстане, выполняющей роль буферного органа между плательщиком и производителями, по аналогии NICE, обеспечит баланс

наилучшего качества и эффективности оказываемых населению медицинских услуг, способствуя созданию условий для ускорения внедрения инновационных технологий в систему здравоохранения. [7,8,9,10]

Такая система способна определять наиболее клинически и экономически эффективные и безопасные технологии (ресурсы тратятся наиболее рациональным спосо-



Рисунок 1. Расходная часть бюджета NICE в £78,2m за 2013 год (источник: www.nice.org.uk)

бом) и обеспечивать разработку стандартов, которые тесно интегрированы с новейшими медицинскими технологиями, основанными на доказательствах. [11]

Обеспечение тесной взаимосвязи оценки медицинских технологий, стандартов клинической практики, стандартов здравоохранения и формулярной системы основано на общем методологическом подходе к оценке доказательств и позволяет добиться концентрации ресурсов и потенциала всех участников Национальной системы здравоохранения Великобритании, а также гармонизации вышеперечисленных продуктов между собой. [12,13,14,15,16]

С целью создания в Республике Ка-

захстан институциональной структуры по вопросам стандартизации здравоохранения на основе опыта NICE, повышения потенциала специалистов Республики Казахстан по вопросам стандартизации здравоохранения и клинико-экономических исследований, развития института клинических руководств и совершенствования на этой основе стандартов клинической практики с директором NICE были обсуждены перспективы взаимовыгодного сотрудничества на период 2014-2015 годов.

Для консолидации процесса оценки медицинских технологий, стандартизации, клинико-экономических исследований, разработки и внедрения клинических

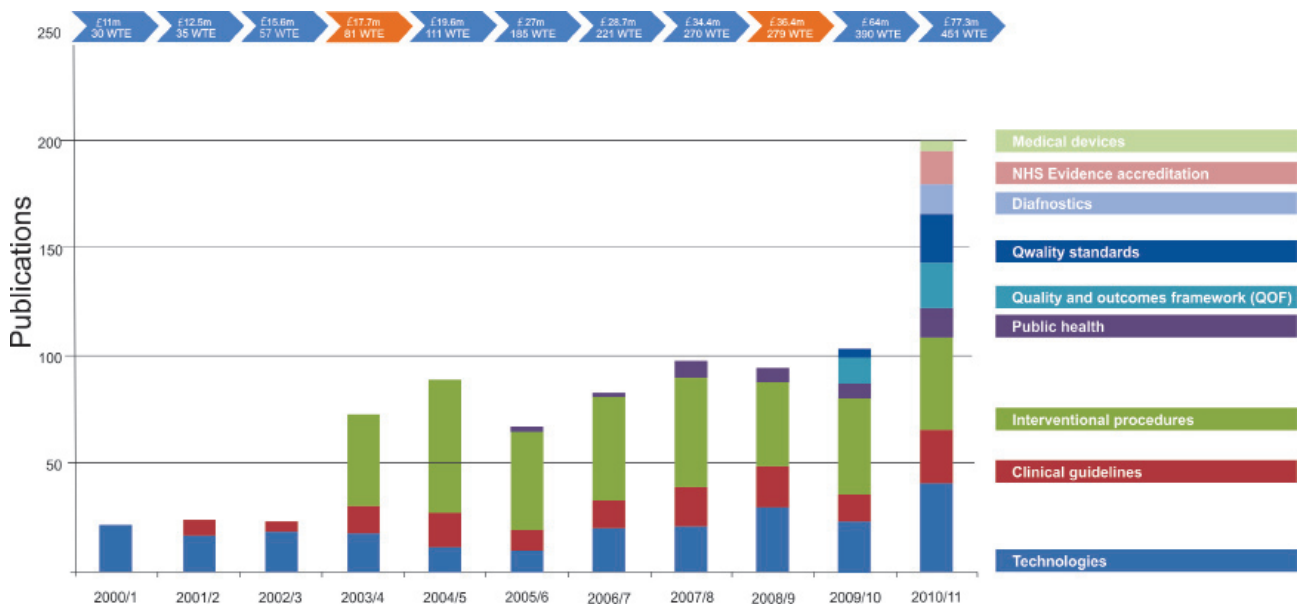


Рисунок 2. Развитие функциональной структуры NICE
(источник: www.nice.org.uk)

руководств в один алгоритм, основанный на научно-доказательной медицине и ориентированный на внедрение и использование наилучшей клинической практики, было решено организовать синергичную структуру, объединяющую данные процессы в Республике Казахстан.

В основе ожидаемых результатов сотрудничества РЦРЗ с Национальным институтом клинического совершенства закладывается дальнейшее развитие системы стандартизации клинической практики путем

организации эффективного процесса, который позволит отработать механизмы создания качественных национальных клинических руководств в оптимальные временные рамки (2 года) и клинических протоколов на основе передового международного опыта.

Ожидается, что на основе РЦРЗ будет создан институциональный орган по вопросам стандартизации клинической практики, клинико-экономического анализа и создания клинических протоколов на основе структурной и функциональной составляющей NICE.

Источники:

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы.
2. www.nice.org.uk.
3. Drummond M, McGuire A. Economic evaluation in health care. Merging theory with practice. 1st ed. Oxford: Oxford University Press; 2001.
4. Drummond MF, O'Brien BJ, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the economic evaluation of health care programmes. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 1997.
5. Gold MR, Siegel JE, Russel LB, Weinstein MC. Cost-effectiveness in health and medicine. New York: Oxford University Press; 1996.
6. Murray CJ, Evans DB, Acharya A, Baltussen RM. Development of WHO guidelines on generalized cost-effectiveness analysis. Health Econ 2000; 9(3):235–251.
7. Hutubessy RC, Bendib LM, Evans DB. Critical issues in the economic evaluation of interventions against communicable diseases. Acta Trop 2001; 78(3): 191–206.
8. WHO. World Health Report 2000: Health systems: Improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
9. Evans DB, Tandon A, Murray CJ, Lauer JA. Comparative efficiency of national health systems: cross national econometric analysis. BMJ 2001; 323(7308): 307–310.
10. Tengs TO. Dying Too Soon: How Cost-Effectiveness Analysis Can Save Lives. Dallas, US: National Center for Policy Analysis; 1997. NCPA Policy Report.
11. Murray CJL, DeJonghe E, Chum HJ, Nyangulu DS, Salomao A, Styblo K. Cost-effectiveness of chemotherapy for pulmonary tuberculosis in three sub-Saharan African countries. Lancet 1991; 338(8778):1305–1308.
12. Drummond M, Torrance G, Mason J. Cost-effectiveness league tables: more harm than good? Soc Sci Med 1993; 37(1):33–40.
13. Birch S, Gafni A. Cost-effectiveness ratios: in a league of their own. Health Policy 1994; 28(2):133–141.
14. Mason J, Drummond M, Torrance G. Some guidelines on the use of cost-effectiveness league tables. BMJ 1993; 306(6877):570–572.
15. Pinkerton SD, Johnson-Masotti AP, Holtgrave DR, Farnham PG. Using cost-effectiveness league tables to compare interventions to prevent sexual transmission of HIV. AIDS 2001; 15(7):917–928.
16. Blumstein JF. The Oregon experiment: the role of cost-benefit analysis in the allocation of Medicaid funds. Soc Sci Med 1997; 45(4):545–554.

Каупбаева Б. Т.*Главный специалист Центра аккредитации***Шаймерденова А. А.***Ведущий специалист Центра аккредитации**РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»*

АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР МОНИТОРИНГА ВНЕДРЕНИЯ ОБНОВЛЕННЫХ СТАНДАРТОВ АККРЕДИТАЦИИ В ПИЛОТНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Аталуы: Денсаулық сақтау саласындағы қаржылық қор: ұйымдастыру тәжірибесі мен ретроспективтік бағалау
Авторлары: **Б. Т. Каупбаева**, *Аккредиттеу орталығының бас маманы*; **А. А. Шаймерденова**, *Аккредиттеу орталығының жетекші маманы*, «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК

Түйіндемe: Айтылмыш мақалада пилоттық медициналық ұйымдарында аккредитацияның жанартылған стандарттарын енгізуі, медициналық қызмет сапасының қамсыздандыруына және де менеджментті жетілдіру туралы ақпарат көрсетілген. Аккредитацияның ықпалының әсерін бағалау әдістемесі CSIH консалтинг компаниясының кеңесшілерінің ұсынысыстары негізінде әзірленген.

Title: The state-of-the-art review of monitoring of introduction of the updated standards of accreditation in the pilot organizations

Authors: **Каупбаева В. Т.**, *specialist of Accreditation Center of Republican Center for Health Development*; **Shaimerdenova A. A.**, *specialist of Accreditation Center of Republican Center for Health Development*

Abstract: This article contains information on introduction of the updated standards of the accreditation focused on ensuring quality of medical services, and also management improvement in the pilot medical organizations. The methodology of an assessment of influence of accreditation is developed on the basis of the recommendation of consultants of the consulting company CSIH

Система аккредитации Республики Казахстан активно начала функционировать с 2009 года, когда впервые была проведена аккредитация медицинских организаций по национальным стандартам.

В период с 2009 года по настоящее время в системе аккредитации Республики Казахстан произошли глобальные положительные перемены: национальные стандарты аккредитации для медицинских организаций, оказывающих стационарную и амбулаторно-поликлиническую помощь признаны на международном уровне, аккредитованы Международным сообществом по качеству в области здравоохранения (ISQua) и соответствуют всем принципам безопасности и качества.

Неотъемлемым звеном в модернизации системы здравоохранения является формирование кадрового потенциала, что отражено в государственной программе развития

здравоохранения «Саламатты Казахстан» на 2011 – 2015 годы. В целях реализации данной задачи была разработана учебная программа по подготовке специалистов здравоохранения в области аккредитации, которая также была признана и утверждена на международном уровне.

Аккредитация медицинских организаций является одним из основных инструментов эффективного повышения качества медицинского обслуживания пациентов.

Ежегодно растет интерес медицинских организаций к аккредитации, что обусловлено спросом на медицинские услуги, высокими требованиями населения к качеству медицинских услуг, глобализацией медицинских технологий.

Подготовка к аккредитации, внедрение обновленных стандартов – это долгий и сложный путь, который должен быть преодолен медицинской организацией с участием

всего персонала. Этот путь подразумевает долгосрочную и кропотливую работу по обучению, изменению ментальности и устоявшего поведения персонала медицинской организации.

В рамках реализации запланированных мероприятий, дорожной карты, утвержденной министерством здравоохранения Республики Казахстан на 2013 год и плана работы перед Центром аккредитации РГП «РЦРЗ», были обозначены задачи по внедрению обновленных стандартов аккредитации, ориентированных на обеспечение качества медицинских услуг, а также совершенствования менеджмента медицинских организаций.

Приказом Министра здравоохранения №844 «О совершенствовании менеджмента в пилотных медицинских организациях Республики Казахстан на основе международных стандартов» от 5 декабря 2012 года был утвержден список 5 пилотных медицинских организаций:

- 1) ГККП «Городская станция скорой медицинской помощи» г. Астаны;
- 2) ГКП на ПХВ «Областной перинатальный центр» Карагандинской области;
- 3) ГКП на ПХВ «Областной медицинский центр» Кызылординской области;
- 4) КГКП «Поликлиника №3 смешанного типа» Восточно-Казахстанской области;
- 5) ГКП на ПХВ «Центральная районная больница» Алматинской области.

В целях реализации поставленных задач была разработана методика оценки влияния обновлённой системы аккредитации Республики Казахстан, разработанная на основе партнёрского взаимодействия с консалтинговой компанией CSIH по Проекту Всемирного банка «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Казахстана» (далее – Проект).

Первоначально были определены две цели:

– оценка влияния того, что было разработано к настоящему моменту в рамках подкомпонента В1 Проекта;

– более долгосрочная перспектива на основе проведенных мероприятий, для обеспечения институциональной платформы в целях непрерывной оценки влияния аккре-

дитации после завершения Проекта в нашей стране.

Изменения, которые необходимо было отследить, по результатам запланированных мероприятий, необходимо акцентировать на следующем:

- качество предоставляемых медицинских услуг населению;
- удовлетворенность пациентов медицинскими услугами;
- эффективный менеджмент организаций;
- эффективные и рациональные ресурсы и стандартные операционные процедуры.

Данные направления являются ключевыми в деятельности медицинских организаций и являются основополагающими требованиями обновленных стандартов аккредитации.

Технической группой, из числа сотрудников Центра аккредитации РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК, в рамках реализации приказа были проведены следующие мероприятия:

1. Оценка текущей ситуации в пилотных организациях на соответствие стандартам аккредитации;
2. Разработан план мероприятий по выявленным несоответствиям;
3. Проведено обучение персонала пилотных организаций, согласно разработанной учебной программы;
4. Оказание консультативно-методической помощи по внедрению обновленных стандартов аккредитации;
5. Мониторинг процессов внедрения стандартов с выездом в пилотные организации.

Оценка текущей ситуации в пилотных организациях была проведена через призму стандартов, утвержденных уполномоченным органом, с соблюдением методов измерения уровня плюс их достижения в конце 2012 года. В четырех пилотных организациях из пяти уровень готовности медицинской организации к внедрению обновленных стандартов аккредитации был оценен как «низкий». Лишь в одной пилотной организации (ГКП на ПХВ «Городская станция скорой медицинской помощи» г. Астана) готовность была определена как «средняя». В связи с этим, технической

группой был разработан детальный план мероприятий по улучшению деятельности пилотных организаций, направленный на устранение выявленных несоответствий.

В международной практике для проведения влияния аккредитации на качество медицинских услуг используют два варианта:

Первый – фокус на группах медицинских организаций;

Второй – фокус на конкретной медицинской организации.

Различия в используемых вариантах заключаются во временных параметрах и рассчитаны на долгосрочные периоды исследования.

Первый вариант был апробирован на примере 20 пилотных медицинских организаций в 2011 году, которые представили свое мнение о том, какое влияние оказала на их деятельность обновленная система аккредитации. Суть исследования заключалась в акценте на получение информации о том, что они изменили и усовершенствовали в своей деятельности медицинские организации.

Примером второго варианта выступают 5 пилотных медицинских организаций. В течение одного года проводилось исследование «до» и «после» участия в обновленной системе аккредитации. При помощи использования обновленных стандартов аккредитации в качестве основы для измерений, была проведена оценка их уровня соответствия, согласно бальной шкале.

В процессе реализации данного плана персоналу пилотной организации на постоянной основе оказывалась консультативно-методическая помощь. В течение 2013 года ответственными лицами, из числа технической группы, проводился мониторинг реализации утвержденного плана по устранению несоответствий обновленным стандартам аккредитации.

При оценке обновленной системы аккредитации были использованы количественные и качественные методы. Одним из элементов количественного метода оценки влияния системы аккредитации и внедрения обновленных стандартов аккредитации

было проведение анкетирования персонала пилотных организаций.

В международной практике в качестве одного из инструментов измерения используются структурированные анкеты, а также руководство по использованию анкет и информационный лист с формой согласия. По литературным данным (Арнец 1999 год, Ламмерс и соавт. 1996 год) мнение персонала организации о качестве организации и в целом о системе аккредитации нужно использовать в качестве одного из показателей качества медицинских услуг, восприятие улучшения в своих исследованиях в качестве показателя реального улучшения в организации здравоохранения.

Стандартизированные опросники могут представить точные и обширные данные о восприятиях нескольких групп специалистов, если методы отбора и используемый опросник являются валидными (от англ. valid – пригодный) – один из основных критериев качества теста, мера соответствия того, насколько методика и результаты исследования соответствуют поставленным задачам.

Анализ данных практически был проведен с использованием Microsoft Office Excel и методом простой обработки статистических данных (частота, средние величины и т.д.).

Аналитические данные по анкетам представлены ниже.

По первому вопросу анкеты: «Какое участие Вы принимали в процессе внедрения стандартов аккредитации?» 86% персонала отметили, что участвовали в разработке и внедрении стандартных операционных процедур (далее – СОП); 35% – приняли участие в обучении персонала, что является одним их ключевых моментов при внедрении стандартов и только 8% персонала отметили, что участие в данном процессе не принимали.

По второму вопросу анкеты аналитические данные отражены на рисунке 2. Большинство персонала пилотных организаций, что составило 64%, отмечено, что разработанные СОПы внедрены в деятельность медицинской организации; в 25% слу-

чаев персоналом указано, что разработанные СОПы готовы к внедрению; 9% персонала отразили в анкетах, что разработанные СОПы требуют дополнительной доработки для их дальнейшего и успешного внедрения.

Вместе с тем, персоналом пилотных организаций отмечается ряд факторов, которые препятствуют внедрению обновленных

стандартов аккредитации (см. рис.3). Несмотря на то, что обучение проводилось регулярно, в 24% отмечается недостаточный уровень знаний персонала по обновленным стандартам аккредитации, недостаточный объем методических рекомендаций отражен в 30% случаев. 49% персонала указали в анкетах, что не видят никаких проблем, которые бы препят-

Какое участие Вы принимали в процессе внедрения обновленных стандартов аккредитации?

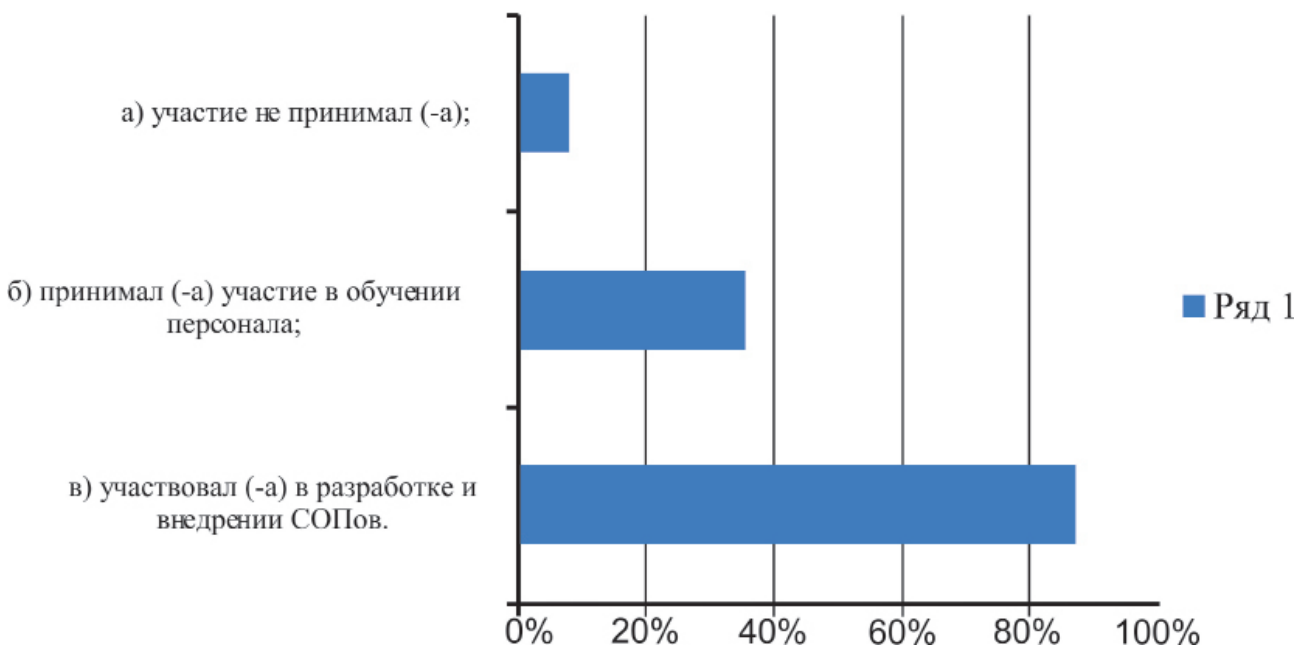


Рисунок 1. Данные по первому вопросу анкеты

В рамках внедрения обновленных стандартов аккредитации:

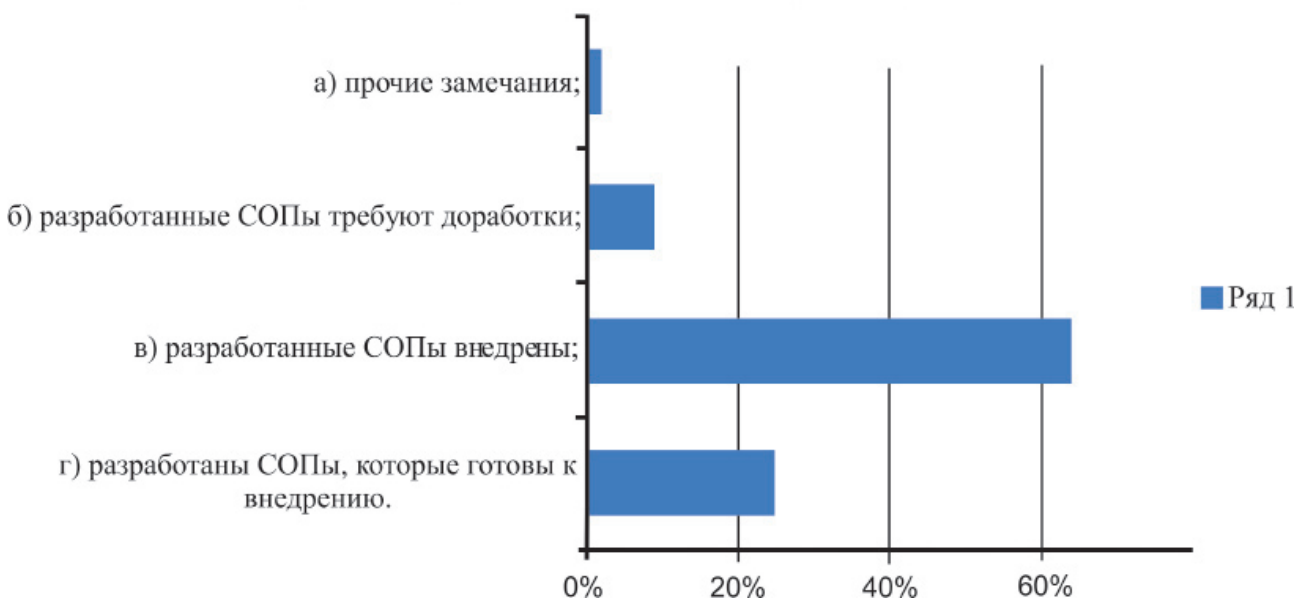


Рисунок 2. Данные по второму вопросу анкеты

ствовавали внедрению стандартов.

В процессе внедрения стандартов аккредитации персоналом (см. рис. 4) отмечено, что: чаще стало проводится обучение – 43%, работа более систематизировалась – 35%, особых изменений не почувствовали – 13%, увеличилась работа с бумагами – 9%.

В результате проводимых мероприя-

тий по 5 пилотным организациям следует отметить ряд преобразований:

- 1) активизирована деятельность службы внутреннего аудита;
- 2) определены и внедрены приоритетные индикаторы для мониторинга;
- 3) разработаны и внедрены необходимые правила и процедуры, согласно требованиям стандартов;

Отметьте факторы, которые, на Ваш взгляд, препятствуют внедрению обновленных стандартов аккредитации?

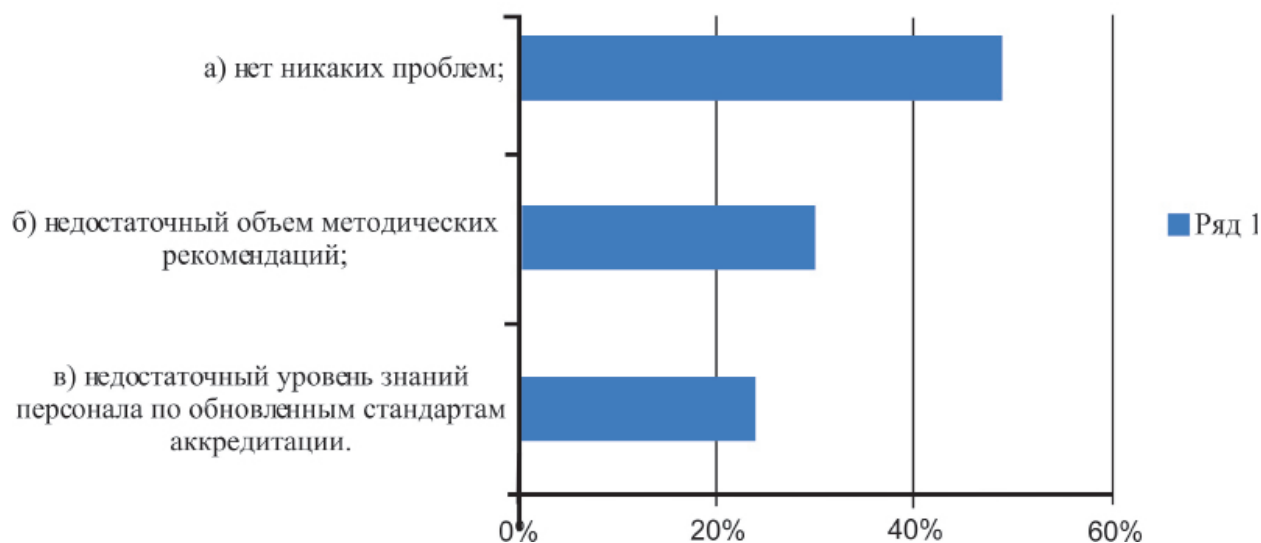


Рисунок 3. Данные по третьему вопросу анкеты

Каким образом процесс внедрения обновленных стандартов аккредитации отразился на Вашей работе?

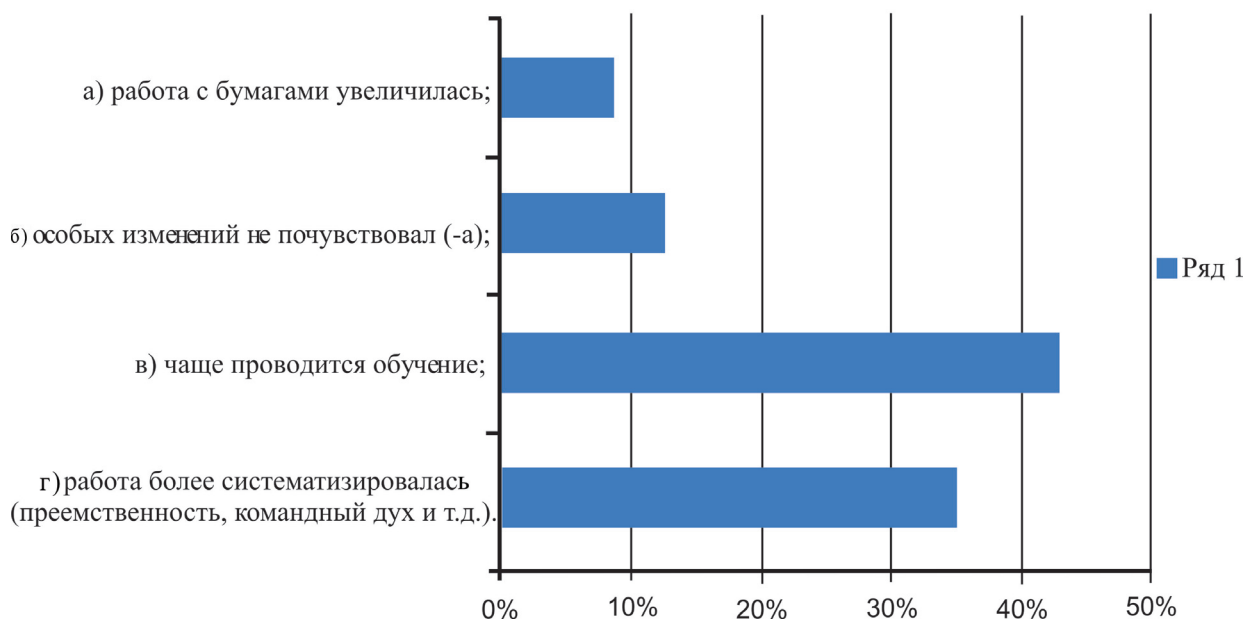


Рисунок 4. Данные по четвертому вопросу анкеты

- 4) выражена положительная динамика по индикаторам деятельности медицинской организации (повышение уровня качества ведения медицинской документации, уменьшение повторных вызовов, увеличение показателей успешной реанимации, снижение удельного веса послеоперационных осложнений, уменьшение числа случаев необоснованной госпитализации и т.д.);
- 5) улучшены условия труда персонала;
- 6) регулярно проводится обучение персонала;
- 7) усилена работа по безопасности персонала;
- 8) повысился уровень оснащенности автотранспортом и оборудованием;
- 9) приобретены дополнительные средства для передвижения пациентов с ограниченными возможностями;
- 10) внедряется сбалансированная система показателей;
- 11) имеются в полном объеме наборы для оказания неотложной и экстренной помощи в соответствии с требованиями стандартов аккредитации;
- 12) проводится идентификация пациентов и персонала;
- 13) проводится работа по выявлению и устранению рисков;

14) проводится изучение удовлетворенности пациентов качеством оказанных медицинских услуг.

Оценка влияния обновленных процедур и стандартов, а также обновленной системы аккредитации является непрерывным и долгосрочным процессом. В реальности действительное влияние аккредитации на качество медицинских услуг можно будет проследить по истечению определенного временного параметра и отдаленные результаты будут указывать на непрерывное повышение качества медицинской помощи, что непосредственно скажется на удовлетворенности пациентов оказываемыми медицинскими услугами.

Таким образом, на основании вышеизложенных данных необходимо сделать вывод о положительном влиянии внедрения обновленных стандартов аккредитации на деятельность медицинских организаций.

Внедрение обновленных стандартов аккредитации медицинских организаций создает реальные возможности для соблюдения необходимой медицинской технологии и высокой вероятности получения оптимальных результатов, гарантии определенного качества диагностики, лечения, реабилитации.

Мусина Р.*Директор УКЦ***Абдрахманова М.***Заместитель директора УКЦ***Орманбетова К.***Врач инструктор**Учебно-клинический центр Управления здравоохранения города Астаны*

ПЕРСПЕКТИВНЫЙ ПОДХОД В ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Аталуы: Тәжірибелік денсаулық сақтаудың мамандарын дайындауға өзекті көзқарас

Авторлары: Р. Мусина, М. Абдрахманова, К. Орманбетова, *Астана қаласы Денсаулық сақтау басқармасы «Оқу - клиникалық орталығы»*

Түйіндеме: «Оқу - клиникалық орталығы» Астана қаласы Әкімінің 2007 жылғы 2005-2010 жылдары Қазақстан Республикасында денсаулық сақтауды реформалау және дамытудың Мемлекеттік бағдарламасымен құрылған, мемлекеттік-меншіктік серіктестік шеңберінде жүзеге асырады және медицина қызметкерлерінің кәсіби біліктілігін жетілдіреді.

Title: Promising approach for training of practicing specialists in the healthcare

Authors: Mussina R., Abdрахmanova M., Ormanbetova K., *«Educational and Clinical Center» Department of Health in Astana*

Abstract: «Educational and Clinical Center» of Astana was created by Akim's Decree in 2007 within the State Reform and Development Program of Healthcare during 2008-2010, operates within the framework of public-private partnership. The institution is engaged into the mastering of professional competence and skills of healthcare practitioners around Astana.

Тезис Президента Нурсултана Назарбаева: «Здоровье нации – основа нашего успешного будущего», нашедший отражение в Стратегии-2050, подкреплён комплексом задач, нацеленных на долгосрочную модернизацию национальной системы здравоохранения.

Ключевые приоритеты: обеспечение качественными и доступными медицинскими услугами, диагностирование и лечение максимально широкого спектра болезней, ну и конечно, решение кадровых вопросов. На состоявшемся недавно расширенном заседании Правительства Президент Нурсултан Назарбаев подчеркнул, что «строительство новых объектов медицины должно проходить параллельно с процессом подготовки высококлассных специалистов».

В рамках реализации Государственной программы реформирования и развития здравоохранения города Астана на

2008-2010 годы Постановлением Акима г. Астана от 22 октября 2007 года № 18-961П был создан «Учебно-клинический центр» (далее – Центр) ГУ «Управление здравоохранения г. Астана» со 100% участием бюджета.

При сотрудничестве с медицинской корпорацией «Партнерс Хелс Кеар Систем» (г. Бостон, США), являющейся клинической базой Гарвардской медицинской школы, впервые на базе Центра произведён трансферт технологий симуляционного обучения по программам Американской ассоциации кардиологов (АНА).

С 2013 года, реализуя государственную политику Казахстана в области государственно-частного партнерства (далее – ГЧП) на 2011-2015 годы, Центр продолжил свою деятельность в рамках ГЧП.

Основной деятельностью Центра является повышение профессиональной ком-

петенции медицинских работников г. Астана, обучение международным стандартам, инновационным технологиям в области здравоохранения, совершенствование практических навыков с использованием симуляционных технологий, стажировка медицинских работников в ведущих клиниках зарубежья, а также развитие наиболее актуальных служб здравоохранения столицы путем сотрудничества с ведущими медицинскими центрами мира.

С 2007 года более 9,5 тыс. человек обучились в симуляционном тренинг-центре. Более 2,5 тыс. человек Учебно-клинический центр обучил на курсах повышения квалификации и переподготовки в научных центрах страны, а также странах дальнего и ближнего зарубежья. Организовал 49 выездных циклов и мастер-классов ведущих специалистов Германии, Израиля, России, Литвы, Кореи, Японии, Испании, Украины и других стран мира по актуальным темам и остродефицитным специальностям.

Приоритетным направлением остается охрана здоровья матери и ребенка. На сегодняшний день обучение в Центре проводится не только по программам Американской ассоциации кардиологов, но и Всемирной Организации Здравоохранения: «Эффективные перинатальные технологии» (ЭПТ), «Интегрированное ведение болезней детского возраста» (ИВБДВ). В соответствии с приказом МЗ РК от 19 декабря 2008 года № 656 «О внедрении метода интегрированного ведения болезней детского возраста и развития детей раннего возраста в РК» и приказом МЗ РК от 31 марта 2011 года № 165 «О некоторых вопросах непрерывного профессионального развития медицинских работников организаций здравоохранения оказывающих медицинскую помощь женщинам и детям в г. Астане» на базе ТОО «Учебно-клинический центр» функционируют городские центры Интегрированного ведения болезней детского возраста и Эффективных перинатальных технологий по г. Астана. Кроме того, Центры проводят мониторинг внедрения данных программ на рабочих местах: поликлиники, родильные дома, детские стационары, станция скорой медицинской помощи.

В результате, в родильных домах г. Астана стали применяться новые эффективные технологии в ведении родов, послеродового периода, достигнуты определённые успехи по выхаживанию недоношенных детей с экстремально низкой массой тела, начинает развиваться неонатальная хирургия, широко стали внедряться миниинвазивные хирургические методы лечения в акушерстве и гинекологии.

В рамках внешней оценки показателей деятельности ТОО в текущем году на основании данных Национального статистического ранжирования Общегосударственной республиканской рейтинговой программы награждения предприятий-лидеров экономики Казахстана, Центр стал обладателем элитарного знака почета «Лидер отрасли 2013».

В 2013 году симуляционный тренинг-центр стал равноправным членом «Международной ассоциации симуляционного обучения в педиатрии», куда входят также симуляционные центры Италии, России, Испании, Мексики, США, Гватемалы, др.

26 сентября 2013 года Центр вступил в Инновационно-образовательный консорциум (далее – Консорциум), участниками которого являются Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК, ряд высших медицинских учебных заведений страны, общими целями которого является непрерывное профессиональное развитие кадров здравоохранения.

С октября 2013 года совместно с РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК Центр начал проводить обучение по специальности «Менеджмент в здравоохранении». В рамках Консорциума сотрудники Центра принимали активное участие в пилотном проекте Министерства здравоохранения Республики Казахстан по оценке знаний и практических навыков столичных медицинских работников.

В 2013 году в столице создан Координационный совет по развитию сестринского дела. Цель совета – повышение престижа сестринской профессии и профессиональных компетенций медицинских сестёр. В рамках Координационного совета Центром было ор-

ганизовано несколько семинаров, в том числе посвящённый актуальным аспектам менеджмента в сестринском деле, психологическим приёмам формирования коллективной работы и создания команды единомышленников. На базе Учебно-клинического центра изучался международный опыт, с участием в семинарах главы офиса Всемирной организации здравоохранения в Казахстане Мелиты Вуйнович, а также руководителя Парквей колледжа сестринского дела и смежных наук (Сингапур) Нели Танг. Лучшие медицинские сёстры Астаны прошли обучение в Финляндии по менеджменту сестринского дела.

Во исполнение поручения Акима г. Астана Н. Тасмагамбетова, Управлением здравоохранения налажено сотрудничество с ведущими университетами и научными клиниками ближнего и дальнего зарубежья.

Заключены меморандумы о сотрудничестве по вопросам повышения квалификации медицинских работников и обмена опытом с Корейским институтом развития здравоохранения (KHIDI) (Корея), Госпиталем Сеульского Национального Университета (Корея), Литовским Университетом наук и здоровья (г. Каунас), Российской медицинской академией постдипломного образования (г. Москва), Департаментом высокотехнологичной медицины мэрии г. Тэгу (Корея), Парквей колледжем (Parkway college) сестринского дела и смежных наук (Сингапур). Многие годы продолжается со-

трудничество с Белорусской медицинской академией последипломного образования (г. Минск), с Санкт-Петербургской медицинской академией последипломного образования, с Новосибирским государственным медицинским университетом (Россия) и др.

Международное сотрудничество, следует отметить, расширяется с каждым годом. И во многом, благодаря контактам на высшем уровне. Так, в рамках официального визита Президента Финляндии в Казахстан в 2013 году, на базе столичной городской детской больницы №2, состоялся семинар «Финские инновации в здравоохранении».

Был написан меморандум о сотрудничестве с Университетом прикладных наук Финляндии. Цель – повышение квалификации медицинских работников и обмен опытом.

Министерством здравоохранения Республики Казахстан принята финская модель развития первичной медико-санитарной помощи населению. Группа из 16 сотрудников столичных поликлиник была направлена в Финляндию с целью изучения лучшего зарубежного опыта, развития и усовершенствования работы врачей и медицинских сестёр общей практики. Таким образом, в Астане успешно работает Учебно-клинический центр. Это качественно новый подход в обеспечении непрерывного профессионального обучения медицинских кадров, повышения качества оказания медицинской помощи, обеспечения безопасности пациентов.

Буранкулова С.Н.

Директор, Врач организатор высшей категории

Аубакирова А.Р.

Заведующая отделением профилактики и социально-психологической помощи
КТП «Поликлиника №3» г. Караганды

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ДЕЛЕГИРОВАНИЯ ПОЛНОМОЧИЙ В ПМСП (НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ПМСП)

Аталуы: БМСКК қосымша өкілеттік беруді енгізу тәжірибесі (БМСКК жұмысында жаңа технологияларды ұйымдастыру)

Авторлары: С.Н.Буранкулова, А.Р.Аубакирова, «Қарағанды қалалық №3 емханасы» КМК

Түйіндеме: БМСКК дәрігерлер мен орта медициналық қызметкерлердің функционалды міндеттердің жетілдіру бойынша «Қарағанды қалалық №3 емханасы» КМК Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрлігінің пилоттық жобасының қатысушысы болды. Берілген мақалада участке дәрігерінен медбикеге және бір бағыттағы маманнан участкелік дәрігерге қосымша өкілеттік беруді енгізу тәжірибесі көрсетілген. Қосымша өкілеттік беру термині. Басқару теориясында қолданатын, тапсырмаларды және өкілеттікті беру, оны толық жауапкершілікпен орындау болып табылады. Медбике ісіндегі реформа, көрсетілетін медициналық көмектің сапасы мен көлеміне көзқарастың өзгеруі медбикедердің еңбегін нақты тиімді және ұтымды етпек.

Title: Experience of implementation of delegation of authority in PHC (new technologies in the Organization of the work of the PHC)

Authors: Burankulova S.N, Aubakirova A.R., «Polyclinic №3» Karaganda c.

Abstract: «Polyclinic № 3» Karaganda became a member of the pilot project of the Ministry of health of the Republic of Kazakhstan on improvement of functional duties of the doctor and the average worker (PHC). This article describes the experience of implementation of, recommendations on the delegation of authority from the GP to the nurse and from a narrow specialist to GP. The delegation, as a term used in control theory, means the transfer of tasks and powers of the person who assumes responsibility for their implementation. Reform in nursing, changing attitudes on the quality and quantity of medical care brought the issue of rational and effective labour organization of nursing staff.

КТП «Поликлиника №3» г. Караганды в 2013 году была включена Министерством здравоохранения Республики Казахстан в пилотный проект по внедрению новой системы финансирования амбулаторно-поликлинической помощи по «комплексному по душевому нормативу».

В рамках пилотного проекта КТП в целях реализации мероприятий, предусмотренных «Дорожной картой – 2020» по совершенствованию функциональных обязанностей специалистов ПМСП, и согласно поставленным задачам КТП проведена работа по практическому осуществлению предложенных мероприятий:

- Четкое разграничение функций, полномочий врача ПМСП и специализированной помощи. Выявление пограничных услуг, которые за счет расширения функций ПМСП позволя-

ют снизить поток пациентов к профильным специалистам, повысить рациональность использования диагностических исследований (акцент на снижение потребления КДУ через повышение компетенции ПМСП);

- Делегирование функций врачей ПМСП медицинским сестрам;

- Рационализация потребления консультативных и диагностических услуг (акцент на ПМСП);

- Определение оптимальных штатов;

- Повышение развития профилактических мер, социальных и психологических услуг, изменение отношения населения к собственному здоровью.

Делегирование, как термин, используемый в теории управления, означает передачу задач и полномочий лицу, которое принимает на себя ответственность за их выполнение.

Суть делегирования состоит в том, что врач предоставляет медицинской сестре свободу действий в решении тех или иных вопросов, специальных заданий, т.е., передает им часть своих полномочий, при этом всю ответственность, как правило, продолжает нести врач.

Достоинство делегирования полномочий заключается, прежде всего, в том, что оно способствует формированию в коллективе атмосферы творческого труда. Работник, которому делегированы определенные полномочия, получает самостоятельный участок и отвечает перед своим руководителем за него (т.е. на него возлагается определенная ответственность), что само по себе является мобилизирующим фактором.

Реформы в сестринском деле, изменение взглядов на качество и объем оказываемой медицинской помощи актуализировали вопрос о рациональной и эффективной организации труда сестринского персонала.

Самостоятельная деятельность медицинских сестер в команде ПМСП предусматривает не только выполнение необходимых манипуляций: регистрации ЭКГ, оценки функции внешнего дыхания, проверки остроты слуха, зрения, измерения АД и внутриглазного давления, лабораторной экспресс-диагностики, инъекционного введения лекарственных средств, выполнения простых хирургических манипуляций и др., но и участие в проведении под руководством врача или фельдшера профилактических и реабилитационных мероприятий, динамическом наблюдении за состоянием здоровья детей, обучении пациентов, оказании медико-социальной помощи.

Медицинская сестра общей практики, зная социальный статус семьи, уровень здоровья каждого из ее членов, пользуясь доверием и заслуженным авторитетом у пациентов, может самостоятельно планировать и реализовывать конкретные профилактические мероприятия, необходимые каждой семье в соответствии с условиями ее проживания. Кроме того, по распоряжению врача или фельдшера общей практики она осуществляет персональный учет прикре-

пленного населения, сбор демографической и медико-социальной информации; выявляет факторы риска, организует мероприятия по снижению их влияния, а также по гигиеническому воспитанию и образованию прикрепленного контингента, оказанию само- и взаимопомощи при травмах, отравлениях, неотложных состояниях; проводит консультации по вопросам планирования семьи, оказывает медико-психологическую поддержку ее членам с учетом состояния здоровья и возрастных особенностей.

Взаимодействие фельдшера с медицинскими сестрами допускает делегирование последней части полномочий для установления критериев заболеваний, интерпретации результатов дополнительного обследования, оказания неотложной помощи, осуществления медицинского патронажа грудных детей, пациентов старшего возраста, лиц с ограничениями жизнедеятельности, проведения обучения пациентов с хроническими заболеваниями по программе школ здоровья и др.

Качество медицинской помощи, оказываемой средним медицинским персоналом, зависит от ее четкой организации под руководством врача или фельдшера, владения навыками работы в команде ПМСП, соблюдения принципов эффективного сотрудничества, внедрения современных профилактических технологий, новых организационных форм ухода за пациентами, патронажа и диспансерного наблюдения, постоянного профессионального совершенствования.

Делегированы и внедрены от врача к медицинской сестре ПМСП следующие функции:

1. Патронаж дородовый и послеродовый;
2. Патронаж здоровых детей до 1 года на дому;
3. Наблюдение за очагами инфекционных заболеваний;
4. Планирование прививок, допуск и поствакцинальному патронажу (при наличии сертификата по иммунопрофилактике);
5. Активное посещение пациентов после выписки из стационара;

6. Обслуживание активов со скорой помощи;
7. Реализация программы ИВБДВ при наличии сертификата обучения;
8. Прием и активный патронаж диспансерных больных с хроническими формами заболеваний на дому;
9. Самостоятельный прием пациентов, самостоятельное обслуживание вызовов на дому, за исключением детей до 5-ти лет.

Внедрен и успешно ведется самостоятельный прием женщин с физиологическим течением беременности акушеркой, проводится информационно-образовательная работа с населением по вопросам пропаганды и формирования здорового образа жизни, обучение пациентов в школах здоровья, выписка бесплатных рецептов больным с хроническими формами заболеваний для продолжения лечения, внесены дополнения в программу подготовки и переподготовки среднего медработника ПМСП.

В рамках совершенствования функциональных обязанностей специалиста ПМСП обучение по реализации программы ИВБДВ прошли – 33 медсестры.

В январе текущего года 63 медицинских сестры прошли обучение и получили сертификаты на базе медицинского колледжа г. Караганды по вопросам иммунопрофилактики.

Утвержден перечень практических и теоретических навыков 1, 2 и 3 медсестры ОП.

Внесены дополнения в функциональные обязанности главной и старших медицинских сестер – обучение средних медицинских работников теоретическим и практическим навыкам на рабочем месте.

Ведут самостоятельный прием пациентов медицинские сестры ОП, имеющие высшую и первую квалификационную категорию, со стажем работы не менее 5-ти лет, занимающиеся наставничеством в отделениях.

По итогам 2013 года медицинскими сестрами ПМСП в рамках делегирования полномочий принято на самостоятельном приеме – 5862 человека, до 14 лет – 1278 детей, активно посещено на дому – 9943 человека, в том числе обслужено активов со скорой – 862, по-

сещено диспансерных больных – 538, инфекционные очаги – 71, допущено к прививкам – 363 ребенка, выписано рецептов – 610.

Также проведено внедрение КПН в части делегирования полномочий от узких специалистов врачам ПМСП в несколько этапов:

1. Внесение дополнений к действующим должностным инструкциям в части расширения полномочий врача ПМСП в предоставлении специализированной медицинской помощи;
2. Обучение врачей ПМСП на краткосрочных адаптированных курсах по определенным тематикам в рамках 10% СКПН;
3. Обучение врачей ПМСП навыкам владения практическими манипуляциями на рабочем месте путем привлечения профильных специалистов;
4. Поочередная передача лиц диспансерного наблюдения отдельной категории пациентов по эндокринной, неврологической, кардиологической патологии от узких специалистов участковыми врачам.

Обучение врачей ПМСП диагностике и оказанию первой неотложной помощи при угрожающих жизни обстоятельствах, интерпретированию результатов лабораторного и инструментального исследования, работа в кабинетах узких специалистов, присутствие при консультировании больных специалистами в Школах здоровья, выполнение практических манипуляций помогает дальнейшей работе врачей в условиях КПН.

Делегирование проводилось согласно Перечня и объема консультативно-диагностических услуг, делегируемых от профильного специалиста врачу первичной медико-санитарной помощи, утвержденного приказом МЗ РК №519 от 01.08.2012 г. «О реализации пилотного внедрения оплаты амбулаторно-поликлинической помощи по комплексному подушевому нормативу» и Дорожной карте по совершенствованию функциональных обязанностей специалистов первичной медико-санитарной помощи в РК.

Динамика обращений к врачам кардиологам и невропатологам имеет тенденцию к снижению, диспансерное наблюдение пациентов с патологией щитовидной железы деле-

гировано врачам ПМСП, но по-прежнему с целью коррекции лечения консультативная помощь оказывается узким специалистом.

По опыту внедрения КПН в части делегирования полномочий получены положительные результаты проведенных в поликлинике мероприятий, а именно:

- повышение профессионального уровня специалистов ПМСП;
- совершенствование методов работы врачей ПМСП и медицинских сестер по оказанию первично медико – санитарной помощи населению;
- расширение функций врачей ПМСП и медицинских сестер ОП;
- внедрение социально – психологических технологий;
- усиление профилактической направленности и социальной поддержки ПМСП;
- повышение медицинской и социальной ре-

зультативности.

В целях дальнейшего усовершенствования процесса делегирования полномочий в ПМСП необходимо продолжить работу по углубленному освоению практических навыков специалистов ПМСП (врачебных и сестринских манипуляций) как на рабочем месте, так и на курсах усовершенствования; разработать стандарты записей средних медработников в медицинской документации; усилить работу по выполнению этапов сестринского процесса средними медработниками при ведении пациентов, при постановке сестринского диагноза; в целях недопущения жалоб пациентов и работодателей внести в нормативно – правовые акты МЗ РК о праве выдачи листков нетрудоспособности и справок фельдшером (мед/сестрой с высшим образованием) (внести изменения в ПП РК №1241, приказ МЗ РК №519).

ӨЗІН ЖӘНЕ АДАМДАРДЫ БАСҚАРУ / УПРАВЛЕНИЕ ЛЮДЬМИ И СОБОЙ

Отарбаев Н. К.

Председатель Правления

АО «Республиканский диагностический центр», г. Астана

SWOT-АНАЛИЗ ПРОЦЕССОВ ТРУДОУСТРОЙСТВА, РАЗВИТИЯ КАДРОВ И ОЦЕНКИ РАБОТНИКОВ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИ- ЗАЦИИ

Аталуы: Медициналық ұйымдағы SWOT- талдау үдерісі бойынша қызметкерлердің жұмысқа орналасуы, кадрлардың дамуы және бағалануы

Авторлары: Н.К. Отарбаев, *Басқарма Төрағасы, «Республикалық диагностикалық орталық» А.Қ.*

Түйіндеме: Бұл мақалада автор кәдімгі мемлекеттік медициналық ұйымдағы адами ресурстарды басқару (АРБ) жүйесінің SWOT-талдауын келтірген. Бұл көпшілік отандық ауруханалар мен емханалардағы АРБ-ның тәжірибелерін қамтып көрсетеді. Материалды жүйелі және логикалық реттілік ретінде көрсету үшін SWOT-талдауы және талқылауы шартты түрде топталған АРБ-ның үш кезеңінде берілген. Ол кезеңдер – жұмысқа қабылдау, кадрларды дамыту және қызметкерлерді бағалау болып табылады. Талдау негізін үздік әлемдік тәжірибе мен медициналық ұйымдарға арналған JCI (Халықаралық біріккен комиссия) халықаралық аккредитация стандарттарын Қазақстанда орын алып жатқан АРБ тәжірибесімен салыстыру құрайды. АРБ саласында жұмысқа қабылдау, кадрларды дамыту және қызметкерлерді бағалаудағы әлемдік тәжірибені енгізу жайлы тәжірибелік ұсыныстар берілген, және олар SWOT-талдауында көрсетілген қауіптерді болдырмауға, бар мүмкіндіктерді орындауға бағытталған.

Title: SWOT – analysis of the processes of employment, human resource development and assessment of employees in the medical organization

Authors: Otarbayev N. K., *Chairman of the Board, JSC «Republic Diagnostic Centre»*

Abstract: In this paper the author presents a SWOT-analysis of human resource management (HRM) system for a typical public healthcare organization that reflects HRM practice of majority domestic hospitals and clinics. For systematic layout and logical consistency of the material, the SWOT-analysis and discussion are presented as conditionally grouped three stages in HRM processes—hiring, human resource development, and staff performance evaluation. The analysis is based on a comparison of world best practice and JCI (Joint Commission International) international accreditation standards for healthcare organizations against existing practice of HRM in Kazakhstan. Practical recommendations for implementing international experience in HR practices of hiring, staff development and performance appraisal are given. These may help to avoid the threats and to realize the opportunities presented in the SWOT-analysis.

Введение

Согласно данным за 2011-2012 гг., кадровый потенциал страны составляет 64 432 врачей и 168 661 работников среднего медицинского персонала [1]. В Республике Казахстан функционирует 990 больничных и 3 720 амбулаторно-клинических медицинских организаций [1]. Большинство, 80% медицинских учреждений Казахстана находятся в государственной собственности [2]. Управление человеческими ресурсами (далее – УЧР) считается самым существенным фактором, влияющим на деятельность и показатели организации, и вопросы УЧР не менее

важны, чем финансовые или операционные вопросы [3;4]. Аргумент в пользу такого суждения состоит в том, что эффективное УЧР улучшает удовлетворенность персонала работой, повышает индивидуальную продуктивность работников, снижает текучесть кадров и расходы работодателя, связанные с поиском, трудоустройством, обучением и удержанием работников [5]. SWOT-анализ системы управления человеческими ресурсами настоящей работы составлен для типичной государственной медицинской организации, что отражает практику большинства отечественных больниц и поликлиник.

Анализ и обсуждение

Для систематизации анализа, все процессы УЧР условно сгруппированы в три этапа – это трудоустройство, развитие кадров и оценка работы (Рисунок 1).

Трудоустройство включает следующие процессы: определение вакантных позиций, составление должностных инструкций и квалификационных требований, поиск кадров, собеседование и найм, оформление документации по тру-

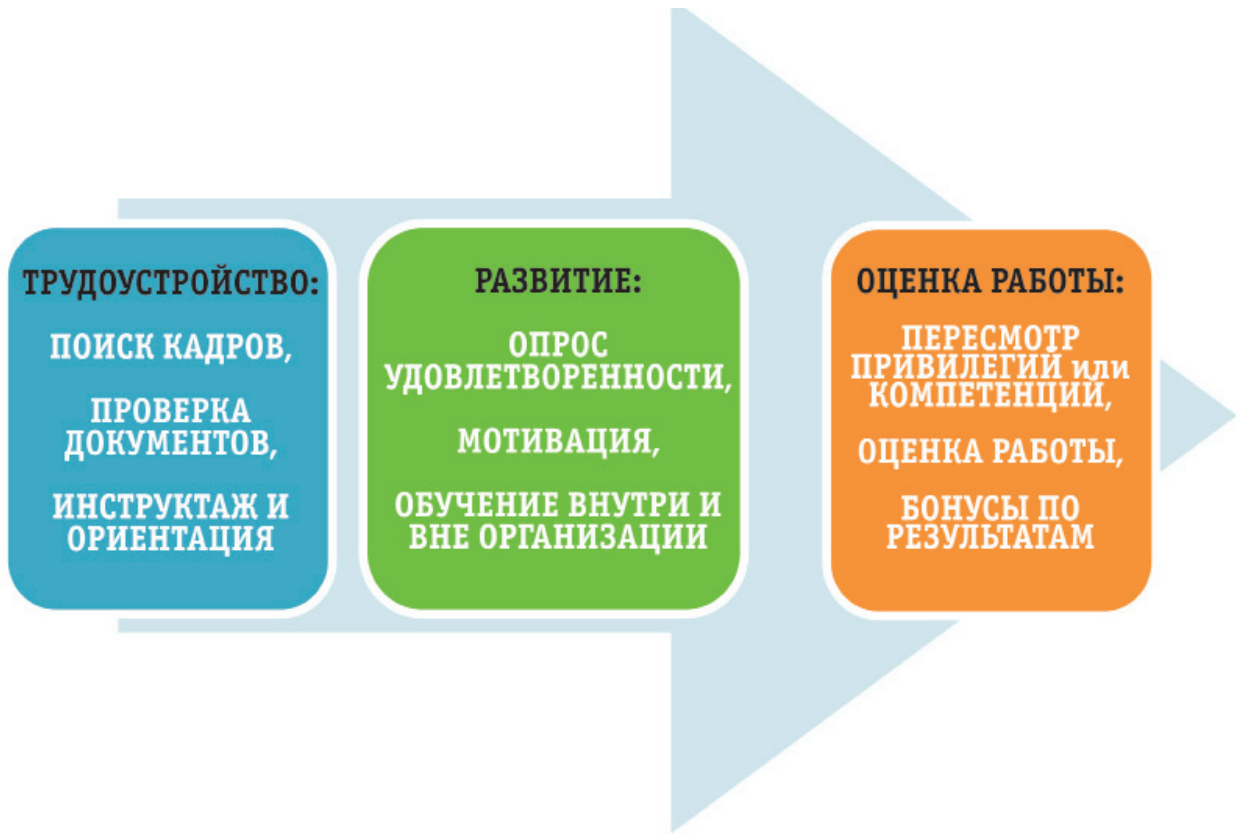


Рисунок 1. Три этапа управления человеческими ресурсами.

доустройству, инструктаж работника.

По международным стандартам JCI, дополнительно должна проводиться проверка подлинности документов об образовании и квалификации у первоисточника до начала трудоустройства, качественная и разносторонняя ориентация работника правилам организации (правила общие – такие как: в области инфекционного контроля, программы улучшения качества, пожарной безопасности и готовности к чрезвычайным ситуациям, и пр., а также правила, касающиеся непосредственно области работы будущего сотрудника).

Условно выделенный второй этап процессов в УЧР – развитие кадров – включает не только обучение персонала и мотивационные мероприятия, но и опрос персонала на пред-

мет удовлетворенности работой, и принятие мер по результатам анализа такого опроса.

Заключительный этап в УЧР по итогам календарного года работы – это оценка работы каждого сотрудника. Стандарты JCI требуют проведение непосредственной оценки профессиональной, общей трудовой деятельности по определенным критериям не только для каждого работника, но и оценку по критериям каждого из членов высшего руководства организации. Дополнительно, международные стандарты JCI требуют пересмотр привилегий врачей и компетенций медицинских сестер. Лучшая мировая практика в УЧР предполагает действия со стороны руководства организации по итогам оценки работы. Такие меры, направленные на работников могут включать бонусные вы-

платы за достижение определенных организационных задач и целей, повышение оклада или должности, и т.п. [6].

На основе вышеуказанного условного

деления процессов УЧР на три этапа, составлено три таблицы SWOT-анализа системы УЧР типичной отечественной медицинской организации (таблицы 1, 2, 3).

Таблица 1. SWOT-анализ процессов трудоустройства

Сильные стороны	Возможности
<ul style="list-style-type: none"> • Несложный и быстрый процесс оформления трудоустройства; • Наличие штатного расписания с четко определенной штатной численностью; • Наличие должностных инструкций и квалификационных требований; • Низкие затраты на содержание штата отдела кадров (1-2 чел.); • Собеседование с кандидатом на должность проводит непосредственно руководитель подразделения, а также курирующие его руководители; • Оформление приказа о трудоустройстве через первого руководителя обеспечивает его информирование обо всех кадровых назначениях. 	<ul style="list-style-type: none"> • Стремиться к конкурентно-способной базовой заработной плате для привлечения и удержания лучших кадров, для избавления от проблемы «вечных» вакансий (см. раздел «слабости»); • Регламентировать процесс определения вакантных позиций; • Повысить бюджет для поиска кадров, чтобы позволить искать лучшие кадры через эффективные для потенциальных кандидатов каналы: ТВ, печатные издания; • Проводить качественную ориентацию работника правилам организации, желательнее с демонстрацией на практике или показом видеоматериалов, раздачей брошюр или памяток; • Внедрить проверку подлинности документов об образовании и квалификации у первоисточника.
Слабые стороны	Угрозы
<ul style="list-style-type: none"> • Низкая базовая заработная плата мотивирует работать на более чем 1 ставку, создавая «постоянные» вакансии, которые делятся по 0,25 -0,5 ставки между работниками; • Нерегламентированный процесс определения вакантных позиций: руководитель подразделения не имеет четкого механизма коммуникации с отделом кадров; • Неадекватный поиск кадров: кандидатов произвольно ищет сам руководитель подразделения; отдел кадров может не иметь информации, условий или бюджета для подачи объявлений; • Малоинформативные резюме кандидатов; 	<ul style="list-style-type: none"> • Длительно существующие вакантные должности могут привести к их сокращению при пересмотре штатного расписания, работники могут иметь «синдром выгорания», если работают сверх нормы; • Ограниченный бюджет на поиск кадров замедляет поиск и снижает качество потенциальных кадров; • Отсутствие проверки подлинности дипломов и сертификатов специалиста создает угрозу для безопасности пациента. Внедрение такой практики также несет риск демотивации кандидата на должность (период ожидания ответа, сам факт проверки); • Формальный, некачественный вводный

<ul style="list-style-type: none"> • Не проверяется подлинность дипломов и сертификатов; • Отсутствие специальной программы ориентации (встреча с руководством, ознакомление с правилами организации), некачественный вводный инструктаж. 	<p>инструктаж по пожарной безопасности, ЧС, инфекционному контролю создает угрозу для безопасности пациента, персонала.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Среди сильных сторон в отечественной практике управления кадрами можно отметить, что существующий процесс оформления трудоустройства является относительно несложным и быстрым – без проверки подлинности документов об образовании и квалификации, после краткого собеседования с заинтересованным руководителем, оформляется приказ о трудоустройстве, что в свою очередь обеспечивает информированность руководителя обо всех кадровых назначениях. Большинство организаций в РК также внедрило в практику подписание контракта с работником – индивидуального трудового договора. Другие преимущества в том, что в организациях имеются штатные расписания с четко определенной штатной численностью и должностные инструкции с описанием квалификационных требований на должность.

Среди слабых, но требующих улучшения моментов процесса трудоустройства являются:

- низкая базовая заработная плата медицинских работников, создающая так называемые «постоянно вакантные позиции», которые фактически распределяются, например, по 0,25 ставки между работниками. Такой «искусственный» метод подъема фактической заработной платы, представляет ряд угроз для работника и коллектива в целом – от синдрома «выгорания» для тех, кто работает сверх нормы, до сокращения этих ставок при пересмотре штатного расписания;
- нерегламентированный процесс определения вакантных позиций и неадекватный поиск кадров, отражает момент когда руководитель подразделения и отдел кадров не имеют четкого механизма сообщения о вакансии. Для решения про-

блем в клиниках г. Астаны, работающих по международным стандартам JCI, в т.ч. АО «Республиканский диагностический центр» (далее – АО «РДЦ»), утверждены Правила поиска, конкурсного отбора, найма и адаптации работников. Здесь четко определен процесс информирования отдела кадров о вакансии, путем заполнения начальником подразделения заявки на замещение вакантной позиции с указанием предпочтительных и обязательных требований к кандидату, метода поиска;

- не проверяется подлинность дипломов и сертификатов медицинских и немедицинских кадров. По международным стандартам JCI, до начала трудоустройства требуется проверить у первоисточника, выдавшего документ об образовании или лицензирующий документ – сертификат специалиста, подлинность таких документов. Этот процесс необходим с целью обеспечения безопасности пациента и юридической защиты организации. В мире случаются инциденты с подделкой медицинских сертификатов (в США: лицензий) врачей, поэтому данное требование является стандартной практикой в американских клиниках и в некоторых европейских [7]. Однако из практического опыта внедрения стандартов JCI на базе АО «РДЦ» можно отметить, что внедрение такой практики также несет риск демотивации кандидата на должность, т.к. создается период ожидания ответа от первоисточника. Дополнительно, у редких или высококвалифицированных кадров сам факт проверки может вызвать чувство негодования и видимость недоверия авторитету кандидата;
- отсутствие специальной программы ориентации работника сразу после трудоустройства и некачественный вводный ин-

структаж. Американские больницы создают разные видеоролики – например, видеоролик о мерах безопасности в МРТ-кабинете и запрете ношения металлических предметов при работе МРТ-аппарата, о пожарной безопасности и способах тушения пожара и пользования огнетушителем, и т.п. [8]. Это очень эффективный метод обучения работника, т.к. такие видеоролики всегда доступны во внутренней сети организации, и работник просматривает

их в удобное для него время с возможностью паузы, повтора.

По окончании просмотра работник должен сдать он-лайн тест, и при его успешной сдаче работнику засчитывается проведение вводного инструктажа.

По сути, все слабые стороны, если начать их искоренять или устранять, представляют собой возможности для развития организации.

Таблица 2. SWOT-анализ процессов развития кадров

Сильные стороны	Возможности
<ul style="list-style-type: none"> • Обучение персонала внутри и вне организации обеспечивается благодаря национальному требованию о повышении/поддержании квалификации; • Руководство через неформальные источники интересуется о климате и обстановке в коллективе и волнующих большинство проблемах; • Присутствие элементов программы повышения мотивации персонала – корпоративные праздники на новый год, день медицинского работника, премирование и пр.; • Естественный процесс повышения в должности и развитие кадров, отличившихся своим вкладом в организацию; • Обычно поощряется участие в профессиональных мероприятиях по повышению квалификации – конференции, симпозиумы. 	<ul style="list-style-type: none"> • Регламентировать и внедрить формальную практику анкетирования персонала на предмет удовлетворенности условиями работы и другими факторами мотивации; • Внедрить разностороннюю, основанную на доказательствах программу повышения мотивации персонала – например, ежемесячные конкурсы и вознаграждение (можно нематериальное) за звание лучшего отделения по результатам индикаторов или отчетов об инциденте; • Регламентировать процесс определения потребностей в обучении – «кого и чему обучить»; • Увеличить бюджет на обучение персонала, в т.ч. с привлечением экспертов извне и проведением мастер-классов для врачей, для медицинских сестер, лаборантов; • Внедрить повышение квалификации немедицинского персонала; • Повысить качество внутреннего обучения, документировать его.
Слабые стороны	Угрозы
<ul style="list-style-type: none"> • Отсутствует практика формального анкетирования, опроса персонала на предмет удовлетворенности условиями работы и другими факторами мотивации; • Отсутствует основанная на доказательствах 	<ul style="list-style-type: none"> • Игнорирование или незнание основных проблем, волнующих коллектив, грозит возникновением деструктивного рабочего климата; • Попытка руководства узнать о пробле-

<p>ствах практика повышения мотивации персонала;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ограниченный бюджет на обучение персонала; • Нет процесса определения потребностей в обучении; • Дискриминация в предоставлении возможности для обучения – за рубеж на обучение отправляют преимущественно врачей; • Поддержание квалификации немедицинского персонала может быть под риском, т.к. нет жесткого национального требования; • Некачественное или недокументированное внутреннее обучение. 	<p>мах коллектива через неформальные источники грозит психологическим расколом в коллективе – выделение «своих», «вхожих к руководству» людей;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Повышение мотивации проводится интуитивно, без доказательной базы, оказывается неэффективным; • Ограниченный бюджет на обучение персонала грозит демотивацией и утечкой кадров; • Отсутствие процесса определения потребностей в обучении создает психологический раскол в коллективе – неясно, на каком основании тот или иной работник получил возможность обучиться за рубежом за счет организации.
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Среди сильных сторон можно отметить:

- обучение персонала организации обеспечивается благодаря национальному требованию о повышении и поддержании квалификации врачей и среднего медицинского персонала каждые пять лет и ответственность за выполнение настоящего требования несет администрация больницы или поликлиники.

- наличие элементов программы повышения мотивации персонала (практика проведения корпоративных праздников, премирование, мероприятия по повышению корпоративного духа, дифференцированная оплата труда, спонсирование участия в конференциях, симпозиумах и др.).

- естественный процесс повышения в должности и дальнейшее развитие кадров, отличившихся своим вкладом в организацию.

Среди слабых сторон можно отметить отсутствие практики формального анкетирования или опроса персонала на предмет удовлетворенности условиями работы и другими факторами мотивации. По стандартам JCI, необходимо вести индикатор деятельности по удовлетворенности персонала, что подразумевает опрос работников, после которого нужно проводить анализ опроса и принимать меры по результатам такого опроса.

Также отсутствует основанная на до-

казательствах практика повышения мотивации персонала. Литература показывает, что нематериальные факторы стимулируют не меньше, чем финансовые, и что для персонала не менее важным являются ежедневное обращение с ними, уважительное отношение в работе, получение более частой обратной связи – поощрений или корректных замечаний [9].

И, наконец, среди слабых сторон процессов развития кадров можно выделить некачественное или недокументированное внутреннее обучение, которое проводится внутри организации, без отрыва от работы. Например, это могут быть лекции, семинары, практические занятия, телемедицинские конференции и пр. на базе самой организации. По требованию международных стандартов JCI необходимо документировать внутреннее обучение каждого работника в течение года и хранить это в личном деле работника.

Логически, слабые стороны можно превратить в возможности, если предпринять по ним действия. На мой взгляд, регламентирование и внедрение практики анкетирования персонала на предмет удовлетворенности условиями работы и включение в анкету других вопросов касательно факторов мотивации, поможет выстроить в дальнейшем систему мотивации наиболее эффективно. В литературе есть разные мнения о мотивации персонала – одни авторы

считают самым эффективным финансовый (материальный) фактор мотивации, другие – нематериальный [9]. Можно добавить, что согласно теории иерархии потребностей и человеческой мотивации А. Маслоу, все мнения действительны, т.к. все зависит от уровня социальной (материальной) обеспеченности человека [10]. Далее по «пирамиде» потребностей человека по Маслоу, мотивация начинает

приобретать духовную основу – потребность в самоуважении, потребность в самоактуализации (Рисунок 2). То есть только после удовлетворения низших базовых потребностей, указанных в «пирамиде» Маслоу, человек начинает нуждаться в удовлетворении высших потребностей, как признание в коллективе и нематериальное поощрения работодателя.



Рисунок 2. Иерархия потребностей А. Маслоу. Источник: Волкова Н., Библиотека управления, раздел «Энциклопедия». Ссылка: <http://www.manage.ru/encycl/pyramid.shtml>

Поэтому для достижения долгосрочных целей и привлечения, удержания лучших кадров в медицинской организации необходимо:

1. Регламентировать процесс определения потребностей в обучении – то есть ответить на вопрос «кого и чему обучить». Важно создать эффективную, прозрачную и основанную на потребностях систему отбора работников для обучения и планирования обучения.

2. Организовать внутреннее обучение на базе организации без отрыва от производства с привлечением экспертов извне. Необходимо повысить качество и должным образом документировать его. С целью совершенствования можно функции отдела кадров привести в соответствие с международной практикой и включить в обязанности отдела организацию не только внешнего, но и внутреннего обучения и хранение подтверждающих доку-

ментов, так как организацией обучения в западной практике занимается отдел кадров [6]. Еще одна возможность для развития – это периодическое повышение квалификации немедицинского персонала. Поэтому организация должна определять потребность в обучении и повышении квалификации инженеров, программистов, юристов и делопроизводителей, маркетологов, экономистов и т. п. Это обеспечит безопасность пациента, юридическую безопасность самой организации и эффективный фасилити менеджмент.

Внедрение анкетирования персонала и принятие мер по их результатам поможет избежать возникновения деструктивного рабочего климата. Коллектив должен видеть эффект от проводимого опроса. Как пишут эксперты, только чек-листы и тайм-ауты не способны обеспечить безопасность пациента, важно сформировать в коллективе атмосферу

свободного изложения проблем, инцидентов для их выявления и коллективного разбора [11]. Международная объединенная комиссия JCI в этой связи запустила кампанию

под названием «Не молчи» («SpeakUp»), в котором призывает пациентов не стесняться задавать вопросы и уточнять, перепроверять непонятные для них сведения о своем здо-

Таблица 3. SWOT-анализ процессов оценки работы

Сильные стороны	Возможности
<ul style="list-style-type: none"> • Законодательством предусмотрена оценка работников в виде аттестации работников; • Аттестация работников имеет четкий порядок проведения (составляются правила проведения аттестации) с детальной документацией процесса; • Аттестация включает уведомление работника о дате аттестации; • Аттестация включает оценку знаний в виде тестирования; • Аттестация включает, по необходимости, собеседование или опрос работника; • По итогам аттестации есть возможность принимать меры, в т.ч. карательные. 	<ul style="list-style-type: none"> • Внедрить оценку работников вместо аттестации как более регулярный и «безболезненный» метод оценки работника; • Оценка работников рекомендуется проводить чаще – например, ежеквартально; • В оценку работника включить объективные критерии оценки; • По итогам оценки работы принимать меры, в т.ч. по мотивации работников; • Внедрить присуждение привилегий врачам; ежегодно пересматривать; • Внедрить определение сестринских компетенций; ежегодно пересматривать.
Слабые стороны	Угрозы
<ul style="list-style-type: none"> • Аттестация проводится редко (не каждый год); • Аттестация носит бюрократичный, формальный характер; смущает работников. Оценка часто необъективная; • В типичной организации не присуждаются привилегии врачам для разрешения выполнения той или иной операции и не производится их пересмотр; • Не определяются и не пересматриваются компетенции медицинских сестер; • По итогам оценки работы не принимаются эффективные меры по мотивации работника. 	<ul style="list-style-type: none"> • Длительное отсутствие оценки работника ставит под угрозу как работодателя, который не владеет официальной информацией о прогрессе в работе, так и работника, который не имеет основания для поощрений или положительных рекомендаций; • Аттестация негативно воспринимается коллективом, т.к. ассоциируется с возможностью уволить работника. Очень бюрократичный процесс; • Отсутствие индивидуально утвержденных привилегий врачей и компетенций медицинских сестер и отсутствие их пересмотра ставит под угрозу безопасность пациента, юридическую защиту работодателя и врача в случае судебной тяжбы; • Если не определяются привилегии врачей и компетенции медицинских сестер, то нет основы для дальнейшей оценки работника.

ровье [12]. Предоставление коллективу возможности выражать проблемы через анкеты и устно на собраниях – залог формирования здорового корпоративного духа.

Среди выделенных (Рисунок 1) условных трех этапов в управлении кадрами, последний – это этап оценки работы, включающий пересмотр привилегий или компетенций и оценку работы по итогам года, и дальнейшие меры – например, выплата бонусов по результатам работы (Таблица 3).

Из сильных сторон в SWOT-анализе процессов оценки работы – это предусмотренная трудовым законодательством, аттестация работников, которая имеет четкий порядок проведения. Основным критерием оценки при аттестации является способность работника выполнять возложенные на него обязанности. Аттестации подлежат все работники, за исключением беременных женщин [13].

Элементы аттестации работника по сути сходны с международной практикой оценки деятельности работника (performance evaluation; performance appraisal). Однако в мировой практике оценка деятельности работника носит более регулярный характер, аттестация проводится редко, раз в три года или в пять лет. Редкая оценка работника, как в случае аттестации работников, ставит под угрозу как работодателя, который не владеет официальной информацией о прогрессе работника, так и самого работника, который не имеет основания для поощрений или положительных рекомендаций. Обратная связь об успехах или неоправданных ожиданиях важна как для оцениваемого работника, так и для оценщика – работодателя [9]. Чем чаще проводится оценка работника, тем проще она воспринимается работником как неотъемлемая часть рабочих процессов.

Возможности в SWOT-анализе вытекают из слабых сторон. Считаю целесообразным вместо аттестации внедрить как более регулярный и «безболезненный» метод оценки работника и включить объективные критерии оценки. Международные стандарты аккредитации для медицинских организаций JCI требуют как минимум одну документированную оценку работника в течение года, сведения о

которой должны храниться в личном деле работника. Часто за рубежом оценка работы называется «текущей оценкой» и она по сути является обычным «безболезненным» рабочим процессом, как оформление документов в отпуск [6]. Оценка проводится в виде заполнения бланка оценки работника непосредственно руководителем работника или группой руководителей и коллег, часто в присутствии самого работника с устным обсуждением и объяснением причины той или иной оценки. Возможностью для повышения положительного восприятия коллективом процесса оценки работников является эффект от оценки. Руководство должно стремиться по итогам оценки работы принимать меры, в т.ч. по мотивации работников – повышение бонусных выплат в рамках дифференцированного оклада, и т.п.

Заключение

Представленные три этапа в системе управления человеческими ресурсами – этап трудоустройства, этап развития кадров и этап оценки работы являются неразрывно связанными, и это деление произведено условно, с целью облегчения и систематизации SWOT-анализа. Представленный анализ можно экстраполировать на большинство отечественных медицинских организаций, однако возможны исключения в практике отдельно взятых организаций.

Необходимо отметить, что помимо условных трех этапов в управлении кадрами, организация должна со своей стороны также периодически оценивать адекватность существующего штатного расписания и организационной структуры и их соответствие оказываемым услугам и ресурсам организации. В этой связи стандарты JCI требуют периодически обновлять организационную структуру и штатное расписание согласно потребностям организации. Также, ввиду исторически сложившейся низкой базовой заработной платы медицинских работников, руководство медицинской организации, заинтересованное в мотивации и удержании кадров, должно периодически пересматривать и определять уровень базовой заработной платы, по возможности сохраняя этот уровень конкурентноспособным.

В ходе анализа приведен ряд рекоменда-

ций по внедрению лучшей мировой практики и международных стандартов аккредитации JCI в области трудоустройства, обучения и развития кадров и оценки деятельности работников, исполнение которых повысит без-

опасность пациента, качество оказываемых услуг, а также даст юридическую защиту для медицинской организации в случае возникновения спорных вопросов касательно ответственности работников и работодателя.

Источники:

1. Қазақстан Республикасы Статистика агенттігі. Ресми статистикалық ақпарат: денсаулық сақтау. 2003-2012 жж. Негізгі көрсеткіштер. Ссылка: http://www.stat.gov.kz/faces/wcnav_externalId/homeNumbersHealthCare?_afLoop=2711198168948&_afWindowMode=0&_afWindowId=null
2. Материалы выставки «Астана-Здоровье-2013»: «Здравоохранение Казахстана». Ссылка: <http://www.astanazdorovie.kz/ru/health>
3. Khatri N (2006). Building HR capability in health care organizations. Health care Management Review, 31 (1), 45-54.
4. Khatri N., Brown, G., & L. Hicks (2009). From a blame culture to just culture in health care. Health care management review, 34 (4), 312-322.
5. Michie, S. & M. West (2004). Managing people and performance: an evidence based framework applied to health service organizations. International journal of management reviews, 5/6 (2), 91-111.
6. Mathis, Robert L. & John H. Jackson (2003). Human resource management, tenth edition, Thomson South-Western.
7. American Medical Association, 2014. Medical Licensure. <http://www.ama-assn.org/ama/pub/education-careers/becoming-physician/medical-licensure.page>
8. Safety Videos Now, 2013. Официальный сайт, Home>Hospital and Healthcare. http://www.safetyvideonow.com/Safety_Videos_for_Hospital_and_Healthcare_Workers_s/23.htm
9. Silverman, M. Non-financial recognition: the most effective of rewards? Institute for employment studies, Brighton, UK, 2004
10. Burton, Neel, M.D. Hide and Seek: The Psychology of Self-Deception. Acheron Press; 1 edition. 2012
11. Panten, Nell and Alecia Torrance. Just Culture: The Missing Ingredient in Patient Safety: Checklists and time-outs alone do not give full protection against costly errors. Executive Insight, January 13, 2014. <https://healthcare-executive-insight.advanceweb.com/Features/Articles/Just-Culture-The-Missing-Ingredient-in-Patient-Safety.aspx>
12. Joint Commission International, 2013 “Speak Up Program”. <http://www.jointcommissioninternational.org/speak-up-program/#!/prettyPhoto>
13. Приказ Министра культуры и информации Республики Казахстан от 15 июля 2013 года № 159 «Об утверждении Правил проведения аттестации работников государственных архивов». Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 5 августа 2013 года № 8606. <http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1300008606>.

М. Зейтин

Начальник отдела мониторинга и оценки программ здравоохранения

А. Еркен

Ведущий специалист отдела мониторинга и оценки программ здравоохранения

А. Демесинов

Центр экономических исследований

Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК

РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПО СТРАХОВАНИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Аталуы: Қазақстан Республикасында медициналық қызметкерлердің кәсіптік жауапкершілігін сақтандыру бойынша әлеуметтік зерттеудің нәтижелері.

Авторлары: Еркен А., Демесинов А., Зейтин М., Экономикалық зерттеулер орталығы, ҚР ДСМ Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы.

Түйіндеме: Мақалада Қазақстан Республикасында медициналық қызметкерлердің кәсіптік жауапкершілігін сақтандыру туралы және елді әлеуметтік зерттеу бойынша біршама нәтижелері баяндалған. Бұл зерттеу елде перспективтік келешекте дәрігерлердің кәсіптік жауапкершілігін міндетті сақтандыру сұрақты талқылау жарығында жүргізілген. Зерттеу нәтижелері пікір алысқан сұраққа елдің жалпы жағымды қатынасын айқындады.

Title: Results of the survey of medical workers' professional liability insurance in the Republic of Kazakhstan.

Authors: Yerken A., Demessinov A., Zeityn M., *Centre for economic researches, Republican Center for Health development, Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan.*

Abstract: This article describes some results of the survey conducted among health professionals and population on professional liability insurance in the Republic of Kazakhstan. This study was conducted in light of the discussions on introduction of mandatory professional liability insurance in the country. The study results revealed a generally positive attitude of population toward the discussed issue.

По данным Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности количество обоснованных жалоб на качество медицинской помощи за период с 2010 по 2012 год неуклонно растёт.

Такое количество жалоб на медицинскую помощь, безусловно, перегружает работу судебных органов и, соответственно, увеличивают бюджетные расходы на судебные разбирательства. А вопрос о том, что жалобы на медицинскую помощь рассматриваются в судах общей юрисдикции, которые не в полной мере учитывают специфику медицинской деятельности даже и не поднимается.

С принятием 1 июля 1999 года особенной части Гражданского кодекса, положения которого представляют собой основу казахстанской гражданской правовой системы и включают в себя детальное описание большинства юридических норм, в том числе отношения, связанные с обязательственным правом, обязательства виновного лица по возмещению вреда оформились в нормативном порядке. В ряду последней группы обязательств одно из основных мест занимают обязательства в связи с возмещением вреда, причиненного жизни или здоровью, и в связи с компенсацией морального вреда. Нормы гражданского кодекса определяют, что вред (имущественный и (или) неимущественный), причиненный неправомерными действиями (бездействием) имущественным или неимущественным благам и правам граждан подлежит возмещению лицом, причинившим вред, в полном объеме (статья 917, параграф 1, глава 47).

Из артефактов, на основе которого должны быть приняты политические государственные решения, является социологический опрос мнения населения. В рамках разработки Казахстанской модели страхования профессиональной ответственности медицинских работников было проведено социологическое исследование среди медицинских работников и населения в целях выявления их мнения относительно введения страхования профессиональной ответственности медицинских работников на всей территории Республики Казахстан.

Целью социологического исследования выступает определение отношения медицинских работников и граждан Казахстана к причинению вреда здоровью населения медицинским работником и к внедрению страхования профессиональной ответственности медицинских работников.

Пространственно социологическим опросом охвачена вся территория Республики Казахстан: четырнадцать областей и города республиканского значения Астана и Алматы (всего 16 субъектов).

Выборка медицинских работников составляет – 2500 врачей и 1250 СМР, она распределена пропорционально количеству медицинских работников в каждом регионе и пропорционально объему оказываемых медицинских услуг в каждой медицинской организации.

Вторым объектом исследования является население. Выборочная совокупность населения при доверительной вероятности 97% и доверительном интервале 2% составляет 3750 человек. Для обеспечения репрезентативности данный объем выборки был распределен между регионами пропорционально количеству проживающего населения.

Для сбора первичной социологической информации использовался метод личного интервью как наиболее эффективный для решения задач данного исследования. Респондентов опрашивали при помощи стандартизированного инструментария представленного в виде анкеты.

Обработка результатов с помощью статистического пакета SPSS.

должность респондента

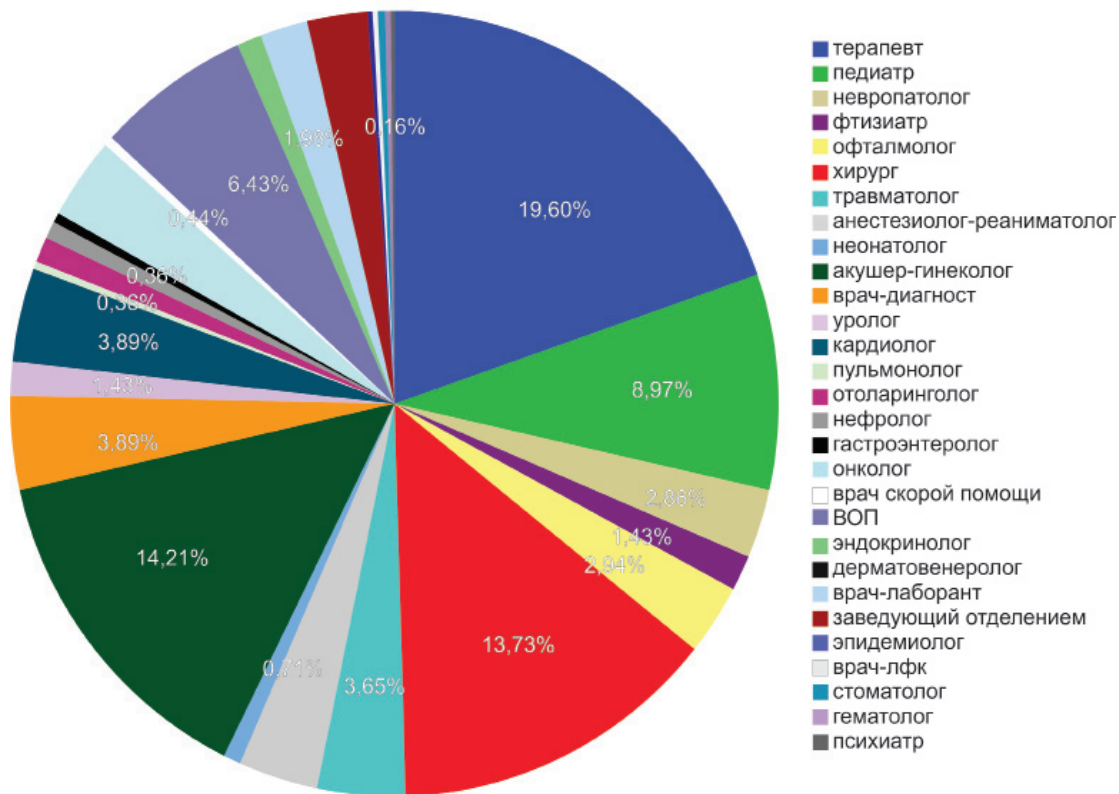


Рисунок 1. Состав респондентов по должности

		Частота	Процент	Валидный процент	Кумулятивный процент
Валидные	Областная больница	1325	35,1	35,1	35,1
	Городская больница	1242	32,9	32,9	67,9
	Районная больница	334	8,8	8,8	76,8
	Городская поликлиника	267	7,1	7,1	83,8
	Районная поликлиника	51	1,3	1,3	85,2
	Диспансер	189	5,0	5,0	90,2
	СВА	2	0,1	0,1	90,2
	НИИ, НЦ, РЦ	369	9,8	9,8	100,0
	Итого:	3779	100,0	100,0	

Таблица 1. Таблица частот по типу медицинского учреждения

Результаты опроса медицинских работников.

В результате полевого этапа исследования было опрошено 3 779 респондентов – медицинских работников. Из них 1256 СМР и 2523 врачей.

По рисунку 1 можно сделать вывод о том, что молодые респонденты относятся к категории должностей СМР, хотя средний возраст СМР находится на уровне более 40 лет. Большой размах встречается у онкологов. Их средний возраст составляет около

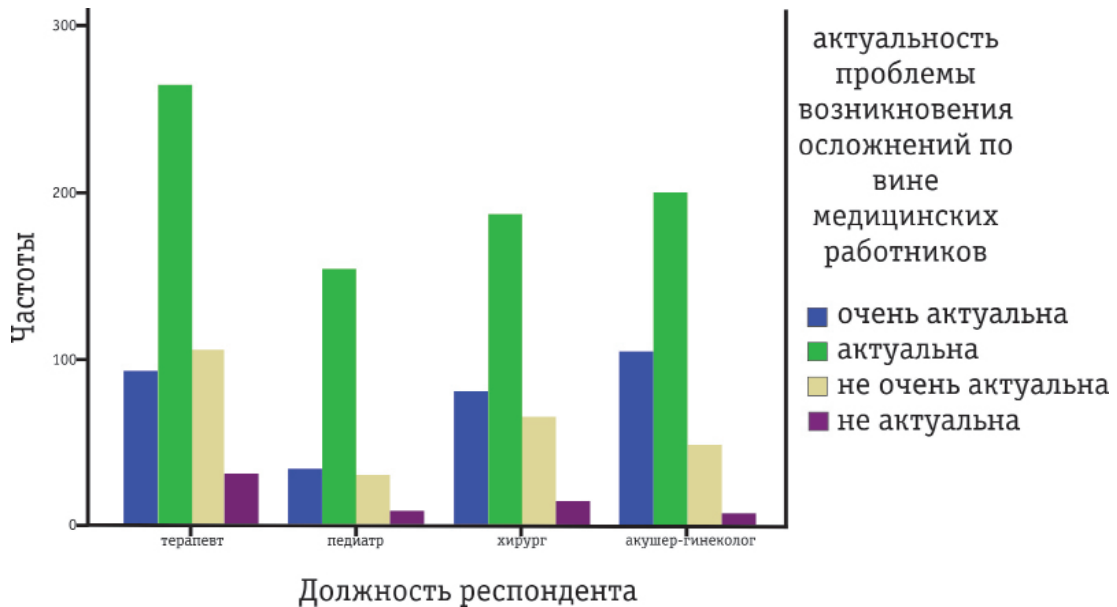


Рисунок 2. Актуальность проблемы возникновения осложнений у пациента в разрезе специальностей

40 лет, однако встречаются респонденты-онкологи, которым более 70 лет. Можно отметить тот факт, что средний возраст гастроэнтерологов, как и у фтизиатров больше усредненного данного показателя для всех должностей, который, как уже было упомянуто, составляет 40 лет (около 50 лет).

35% опрошенных лиц указали, что работают в областной больнице, около 33% в городской больнице, около 10% в республиканских научных институтах, исследовательских центрах, 8,8% в районной больнице, 7,1% в городской поликлинике и 5% в различных диспансерах (таблица 1).

		Частота	Процент	Валидный процент	Накопленный процент
Валидные	Да	1590	42,1	42,2	42,2
	Нет	2133	56,4	56,6	98,8
	Затрудняюсь ответить	46	1,2	1,2	100,0
	Итого	1769	99,7	100,0	
Пропущенные	Системные пропущенные	10	0,3		
Итого		3779	100,0		

Таблица 2. Таблица частот по вопросу о риске возникновения осложнений у пациентов по вине медицинского работника

Считаете ли Вы, что риск возникновения осложнений у пациента по вине медицинского работника одинаков у всех медицинских работников?

		Частота	Процент	Валидный процент	Накопленный процент
Валидные	Да	1102	29,2	29,5	29,5
	Нет	2625	69,5	70,2	99,6
	Затрудняюсь ответить	14	0,4	0,4	100,0
	Итого	3741	99,0	100,0	
Пропущенные	Системные пропущенные	38	1,0		
Итого		3779	100,0		

Таблица 3. Осложнения по вине медицинского работника
**Были ли у пациентов Вашего учреждения осложнения по вине
медицинского работника?**

Актуальность проблемы, рассмотренная по должностям респондентов, подтверждает, что большинство опрошенных отметили особую актуальность поднятого вопроса. Около 30% акушер-гинекологов считают проблему очень актуальной, а более 55% актуальной. Актуальность проблемы чуть в меньшей степени оценивают терапевты: 18,7% оценивают ее как очень актуальной, а около 54% как просто актуальной. Что объясняется высоким риском деятельности акушер-гинекологов в сравнении с деятельностью терапевтов (рисунок 2).

На вопрос о риске возникновения осложнений у пациентов по вине медицинского работника предпочли не отвечать 10 респондентов. 56,4% опрошенных медицинских работников считают, что риск возникновения осложнений у пациентов по вине медицинского работника не одинаков у всех медицинских работников. Это говорит о том, что большинство специалистов отмечают различную степень риска, например у терапевта и хирурга. Незначительная доля медицинских работников (1,2%) затруднились в ответе на данный вопрос (таблица 2).

На вопрос о наличии фактов осложнений у пациентов предпочли не отвечать 38 респондентов. 29,2% медицинских работников подтвердили наличие факта осложнения у пациента по вине медицинского работника в их медицинском учреждении. А 69,5% опрошенных отрицают присутствие таких случаев в их медицинских учреждениях (таблица 3).

Проанализировав ответы респондентов относительно причин, по которым допускается причинение вреда здоровью пациента можно утверждать, что одним из главных причин является – сложность медицинского случая: 10% - обязательно, 63% - возможно.

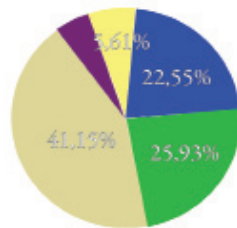
Следующая по значимости причина, по которой допускается причинение вреда здоровью пациента, по мнению респондентов, – причины материально-технической оснащенности медицинского учреждения: 7,9% - обязательно, 51,1% - возможно

По мнению опрошенных, не мало-значимым является причинение вреда здоровью пациента вследствие халатности со стороны медицинских работников: 9,95% – обязательно, 43% – возможно. Также результаты опроса показали, что 6,6% респондентов считают обязательной, 43% – возможной вероятностью причинения вреда здоровью пациента вследствие некомпетентности медицинского работника.

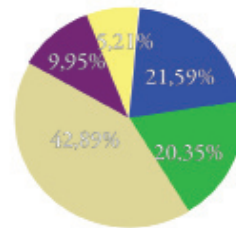
Вероятность причинения вреда вследствие добросовестного заблуждения при отсутствии небрежности, халатности или неведения медицинского работника (врачебная ошибка) респонденты оценили следующим образом: 5,6% - обязательно, 41% - возможно (рисунок 3).

Относительно опроса населения здесь приведены основные актуальные вопросы, касающиеся внедрения страхования профессиональной ответственности медицинской работников.

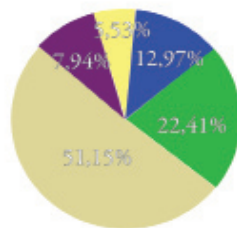
Причинение вреда здоровью пациента вследствие добросовестного заблуждения при отсутствии небрежности, халатности или невежества медицинского работника



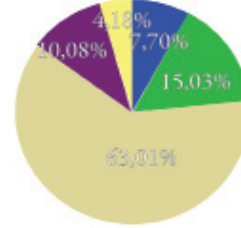
Причинение вреда пациенту вследствие халатности со стороны медицинского работника



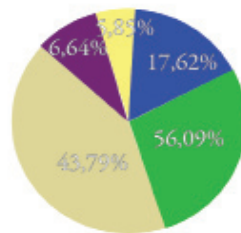
Причинение вреда здоровью пациента вследствие материально-технически причин оснащённости



Причинение вреда здоровью пациента сложного медицинского случая



Причинение вреда здоровью пациента вследствие некомпетентности медицинского работника



71,3% опрошенных лиц, которые говорят о наличии фактов причинения вреда здоровью пациента считают введение обязательного страхования профессиональной ответственности медицинских работников, в то время как респонденты, которые не сталкивались с такой ситуацией в меньшей степени поддерживают обязательность страхования (58%).

Судя по данным таблицы 5, 10,3% медицинских работников готовы полностью оплачивать взнос за страхование своей профессиональной ответственности. Около 48% респондентов готовы платить за договор страхования только при условии, если 50% его стоимости будет покрываться за счет медицинского учреждения, в котором они работают. Однако 40,4% опрошенных лиц заявили о неготовности платить за страхование своей профессиональной ответственности.

Таким образом, по результатам про-

веденного социологического опроса были сформулированы следующие выводы:

1. Проблему возникновения осложнений у пациента по вине медицинского работника считают актуальной 55% медицинских работников и 49% населения, очень актуально 20% медицинских работников и 26% граждан страны.

2. По результатам проведенного социологического исследования выяснилось, что в целом решение о введении в Казахстане страхования профессиональной ответственности медицинских работников поддерживается обществом: 57,2% медицинских работников и 58,2% населения.

3. Медицинские работники считают, что страхование профессиональной ответственности должно быть обязательным. Так за обязательность страхования выступают 61,1% медицинских работников.

4. По форме страхования мнения населения и медицинских работников разделились. Медицинские работники большинством голосов выступают за смешанную форму страхования (33%), профессиональную ассоциацию выбрали около 30% респондентов, а фонд гарантирования ответственности работников здравоохранения в лице государства поддерживают 29% опрошенных лиц. А население, прежде всего, выступает за фонд гарантирования ответственности работников здравоохранения в лице государства (39,4%), 27,5% респондентов считают приемлемым смешанную форму страхования, 20% населения думают о привлечении для данной формы страхования

частные страховые компании. В то время, как только 13% граждан задумываются о страховании ответственности медицинских работников посредством профессиональной ассоциации медицинских работников.

5. Мнения медицинских работников и населения совпадают по поводу органа, который должен определить вину медицинского работника, и соответственно, принять решение о выплате компенсации. 44,6% населения выступают за независимую квалифицированную комиссию и солидарны с ними 70% медицинских работников. Судебные органы поддерживаются 28,6% граждан, в то время, как только 9% медицинских работников отдают предпочтения им.

		Вопрос обязательности введения страхования профессиональной ответственности медицинских работников			Итого
		да	нет	затрудняюсь ответить	
Были ли у пациентов Вашего учреждения осложнения по вине медицинского работника	да	71,3%	28,6%	0,1%	100,0%
	нет	58,1%	41,9%		100,0%
	затрудняюсь ответить	22,2%	55,6%	22,2%	100,0%
Итого		61,9%	38,0%	0,1%	100,0%

Таблица 4. Таблица сопряженности по вопросу Были ли у пациентов Вашего учреждения осложнения по вине медицинского работника?

		Частота	Процент	Валидный процент	Накопленный процент
Валидные	да, полностью	390	10,3	10,5	10,5
	да, на условиях, когда 50% покрывает МО, 50% мед. работник	1809	47,9	48,6	59,0
	нет	1525	40,4	41,0	100,0
	Итого	3724	98,5	100,0	
Пропущенные	Системные пропущенные	55	1,5		
Итого		3779	100,0		

Таблица 5. Готовность медицинских работников платить за страхование профессиональной ответственности

6. Социологический опрос оценил готовность медицинских работников осуществлять взносы страхования профессиональной ответственности медицинских работников. 10% врачей и СМР готовы полностью взять

на себя приобретение страховки, а еще 48% медицинских работников готовы платить за страхование на условиях распределения расходов между ними и медицинским учреждением на 50%.

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ СТРАТЕГИЯСЫ ЖӘНЕ САЯСАТЫ / СТРАТЕГИЯ И ПОЛИТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ергалиев К. А.

Руководитель Управления развития менеджмента в здравоохранении Департамента науки и человеческих ресурсов МЗ РК

Рахимова Л. Ж.

Начальник отдела исследований и методического обеспечения обучения менеджменту здравоохранения

Успанова Л. Г.

Ведущий специалист отдела исследований и методического обеспечения обучения менеджменту здравоохранения

Салыкова А. М.

Специалист отдела координации и информационного обеспечения менеджеров здравоохранения

Центр менеджмента здравоохранения, РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК

АНАЛИЗ АНКЕТИРОВАНИЯ ПО ИЗУЧЕНИЮ ПОТРЕБНОСТИ В ОБУЧЕНИИ ПРОФЕССОРСКО-ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКОГО СОСТАВА ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ, ПРОВОДЯЩИХ ОБУЧЕНИЕ В ОБЛАСТИ МЕНЕДЖМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Аталуы: Денсаулық сақтау менеджменті саласындағы оқуды өткізетін жоғары оқу орындарының профессорлық-оқытушылық құрамының оқытуға мұқтаждығын зерделеу жөніндегі сауалнаманың талдауы

Авторлары: Қ. А. Ергалиев, ҚР ДСМ Ғылым және адами ресурстар департаменті Денсаулық сақтаудағы менеджментті дамыту басқармасының басшысы; Л. Ж. Рахимова, Зерттеулер және денсаулық сақтау менеджментіне оқытуды әдістемелік қамтамасыз ету бөлімінің бастығы; Л. Г. Успанова, Зерттеулер және денсаулық сақтау менеджментіне оқытуды әдістемелік қамтамасыз ету бөлімінің жетекші маманы; А. М. Салыкова, Денсаулық сақтау менеджерлерін ақпараттық қамтамасыз ету және үйлестіру бөлімінің маманы, Денсаулық сақтау менеджменті орталығы, «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК

Түйіндеме: Медициналық ұйымдарды денсаулық сақтау жүйесінің менеджерлерімен басқарудың тиімділігін көтеруге қажетті. Бірыңғай ұлттық денсаулық сақтау жүйесін ендірудің өзекті мәселелеріне қатысты тақырыптарды талқылау шеңберінде «Денсаулық сақтау менеджменті» мамандығы бойынша оқыту өткізетін ЖОО-ның профессорлық-оқытушылық құрамына сауалнама жүргізілді. Ол денсаулық сақтау менеджменті саласындағы оқу бағдарламаларын одан әрі жетілдіру үшін өзекті ақпарат алуға мүмкіндік берді. Өткізілген сауалнама қысқа мерзімде ЖОО-ның үйретілген профессорлық-оқытушылық құрамымен тыңдаушыларға – денсаулық сақтау менеджерлеріне әрі қарай дұрыс стандартталған күйде жеткізілуі үшін стандартталған материал алуға мүмкіндік берді

Title: Analysis of survey for research training needs faculty of higher education institutions that provide training in management health

Authors: Yergaliyev K. A., Head of Management Development at the Department of Health Science and Human Resources MoH; Rakhimova L. Zh., Head of Department of research and methodological support of healthcare management training; Uspanova L. G., Leading specialist of Department of research and methodological support of healthcare management training; Salykova A. M., Specialist of department coordination and information provision of healthcare managers, «Republican Center for health development»

Abstract: During the discussion of topics related to current issues introduction of the Unified National Health System needed to improve the efficiency of the management of medical organizations of the health system managers, were surveyed faculty members of universities, conducting training in the specialty « Health Management », which allowed us to obtain relevant information for further improvement of training programs in health care management. Conducted a survey in a short time allowed to obtain a standardized material for further standardized proper filing trained faculty universities students - health managers.

По поручению президента Н. Назарбаева в соответствии со стратегическими документами РК: Стратегия «Казахстан-2030», Стратегия «Казахстан-2050» с 2010 года Министерством здравоохранения РК внедряется Единая национальная система здравоохранения – признанная международная практика обеспечения надлежащего качества и доступности медицинских услуг. Основными принципами ЕНСЗ являются: свободный выбор пациентом врача и медицинской организации, формирование конкурентной среды оказания медицинских услуг, прозрачность процесса оказания медицинских услуг.

В связи с внедрением ЕНСЗ остро встал вопрос о необходимости обучения профессорско-преподавательского состава (далее – ППС) ВУЗов, как основных проводников осуществляющихся реформ в практическое здравоохранение. В рамках обсуждения тем, касающихся актуальных вопросов внедрения ЕНСЗ, необходимых для повышения эффективности управления медицинскими организациями менеджерами системы здравоохранения, было проведено онлайн анкетирование при помощи программы Survey Monkey. Список предлагаемых для анкетирования тем респонденты могли просмотреть на официальном сайте Республиканского центра развития здравоохранения <http://www.rcrz.kz>.

Целью анкетирования было выявление потребности в обучении по конкретным темам преподавателей, получение развернутой картины для дальнейшего совершенствования учебных программ в области менеджмента здравоохранения.

В анкетировании приняли участие 163 респондента. Из них: респонденты РГП на

ПХВ «Южно-Казахстанской государственной фармацевтической академии» 28 преподавателей, что составило 17,2% от общего числа опрошенных, 21 (12,9%) респондент РГП на ПХВ «Алматинский государственный институт усовершенствования врачей», по 9 (5,5%) – специалисты, работающие в РГП на ПХВ «Государственный медицинский университет» г. Семей, РГП на ПХВ «Западно-Казахстанский медицинский университет им. Марата Оспанова» и АО «Медицинский Университет Астана» соответственно, 15 (9,2%) – специалисты РГП на ПХВ «Карагандинский государственный медицинский университет», 17 (10,4%) анкетированных РГП на ПХВ «Казахстанский национальный университет им. С.Д. Асфендиярова», 12 (7,4%) специалистов РГП на ПХВ «Высшая школа общественного здравоохранения», респонденты из остальных ВУЗов составили – 43 (26,4%) (на рисунке 2). Распределение респондентов по ВУЗам, проводящим обучение по специальности «Менеджмент здравоохранения» представлено в таблице 1.

Респондентам было предложено определить степень владения темой по шкале: высокая, средняя, низкая. Анкетированные также могли представить комментарии к предложенным темам.

Респонденты показали высокие знания по следующим темам:

- Профилактические программы и скрининговые осмотры;
- Роль участкового врача в формировании здорового образа жизни;
- Расширение полномочий участкового врача;
- Нормативная правовая база, регламентирующая права и обязанности пациентов

№ п/п	Наименование ВУЗа	Количество респондентов	
		абс	%
1	РГП на ПХВ «Государственный медицинский университет» г. Семей	9	5,5%
2	РГП на ПХВ «Карагандинский государственный медицинский университет»	15	9,2%
3	РГП на ПХВ «Казахстанский национальный университет им. С.Д. Асфендиярова»	17	10,4%
4	РГП на ПХВ «Западно-Казахстанский медицинский университет им. Марата Оспанова»	9	5,5%
5	РГП на РХВ «Высшая школа общественного здравоохранения»	12	7,4%
6	РГП на РХВ «Южно-Казахстанской государственной фармацевтической академии»	28	17,2%
7	АО «Медицинский Университет Астана»	9	5,5%
8	РГП на ПХВ «Алматинский государственный институт усовершенствования врачей»	21	12,9%
9	Другие ВУЗы	43	26,4%

и медицинских работников;

- Этика и деонтология.

Хорошее знание материала отмечено по следующим темам:

- Формирование эффективной системы здравоохранения, основанной на приоритетном развитии социально ориентированной ПМСП;

- Нормативные документы в части четкого разграничения функций, полномочий и финансирования ПМСП и специализированной помощи;

- Диспансеризация больных с хроническими формами заболеваний;

- Соцопросы, анкетирование, интервьюирование в оценке эффективности процессов медицинской организации. Ревизия процессов в организации. - применение максимально привлекательных для пациентов процессов и алгоритмов;

- Национальная аккредитация медицинских организаций, основанная на международных принципах;

- Развитие персонала (обучение, планирование карьеры, создание кадрового резерва).

Средняя степень владения материалом отмечена в рамках тем:

- Организация работы социального работника и психолога АПО;

- Подготовка врачей, медицинских сестер, психологов и социальных работников

первичного звена в соответствии с международными стандартами обучения;

- Совершенствование протоколов и стандартов оказания ПМСП на основе принципов доказательной медицины;

- Разработка и внедрение клинических протоколов и стандартов медицинской помощи на основе доказательной медицины в деятельность организаций, оказывающих консультативно-диагностическую и стационарную помощь;

- Концепция электронного здравоохранения;

- Принципы планирования и бюджетирования АПО и стационаров на республиканском и региональном уровнях;

- Маршрут движения пациента и механизм взаиморасчетов ПМСП с другими медицинскими организациями за оказание консультативно-диагностических услуг (КДУ);

- Доступность КДУ в рамках ГОБМП. Управление рациональным потреблением КДУ;

- Планирование трудовых ресурсов, как основной этап формирования кадровой политики здравоохранения;

- Принципы мотивации медицинского персонала в условиях Единой национальной системы здравоохранения. Дифференцированная оплата труда;

- Порядок ведения портала «Регистр прикрепленного населения». Работа в модуле «Регистрация скрининговых осмотров»;

- Затраты как объект управления. Методы управления затратами. Управленческий учет как основа ресурсосбережения и управления затратами. Бережливое производство. Аутсорсинг;

- Принципы мотивации медицинского персонала в условиях Единой национальной системы здравоохранения. Дифференцированная оплата труда.

Низкие знания респондентов выявлены в области следующих тем:

- Повышение солидарной ответственности граждан. Развитие медицинского страхования в РК;

- Корпоративное управление медицинских организаций. Наблюдательный Совет;

- Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения Лизинговые схемы поставок медицинской техники;

- Международные стандарты финансовой отчетности;

- Психологические методы работы с персоналом. Коучинг. Менторство. Наставничество. Делегирование;

- Совершенствование механизмов амбулаторного лекарственного обеспечения;

- Развитие лабораторной службы.

Стандарты аккредитации в лабораторном секторе Усиление системы управления качеством лабораторной службы.

Комментарии, представленные респондентами в основном касались работы амбулаторно-поликлинических организаций.

Так, в частности, была отмечена необходимость разъяснений в части нормативно-правового регулирования работы социальных работников и психологов ПМСП, в области расширения полномочий участкового врача, делегирования части полномочий врача медицинским сестрам, роли участкового врача в развитии здорового образа жизни.

Источники:

1. Стратегия «Казахстан-2030».
2. Стратегия «Казахстан-2050».
3. Стратегический план развития МЗ РК на 2014-2018 годы <http://www.mz.gov.kz/files/SP14-18rus.doc>.
4. <http://www.rcrz.kz>.
5. Анкета по изучению потребности в обучении профессорско-преподавательского состава Высших учебных заведений, проводящих обучение в области менеджмента здравоохранения <https://www.surveymonkey.com/s/Q7FVJZT>.

Некоторые респонденты считают необходимым получение подробных разъяснений в процессе обучения в области внедрения частичного фондодержания, маршрута движения пациента, механизмов взаиморасчетов ПМСП с другими медицинскими организациями за оказание консультативно-диагностических услуг (КДУ), в особенности в контексте риска занижения количества КДУ в связи с внедрением частичного фондодержания, разъяснения в области обеспечения доступности КДУ, управления рациональным потреблением КДУ.

Также в процессе получения комментариев анкетированных выявилась необходимость подробного анализа проведения лизинга в АПО, так как респонденты отмечают отсутствие лизинговых схем поставок медицинской техники для поликлиник, доступность лизинга только для стационаров. Актуальны для подробного разъяснения, обсуждения слушателей совместно с преподавателями, модераторами темы по повышению солидарной ответственности граждан и развитию медицинского страхования в РК, корпоративному управлению медицинских организаций в части развития Наблюдательных Советов, психологические методы работы с персоналом, такие как: коучинг, менторство, наставничество, делегирование.

Таким образом, проведенное анкетирование позволило получить развернутую картину потребности в обучении профессорско-преподавательского состава ВУЗов по конкретным темам внедрения Единой национальной системы здравоохранения. Это позволяет усовершенствовать учебные программы в области менеджмента здравоохранения, с учетом проведенного анкетирования и получить стандартизированный материал для дальнейшей правильной стандартизированной подачи слушателям – менеджерам здравоохранения, обученным профессорско-преподавательским составом ВУЗов.

Исина А.К.*Руководитель***Оспанова Ж.С.***Начальник отдела развития сети медицинских организаций***Садвокасова З.К.***Главный специалист отдела развития сети медицинских организаций**Центр Инвестиционных Проектов, РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»*

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СЕТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН С ПРИОРИТЕТНЫМ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕМ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Аталуы: Қазақстан Республикасында медициналық санитариялық алғашқы көмектің басымдылығын жетілдірумен денсаулық сақтау желісінің даму перспективалары

Авторлары: **А. Қ. Исина**, инвестициялық жобалар орталығының басшысы; **Ж. С. Оспанова**, инвестициялық жобалар орталығы медициналық ұйымдар желісі бөлімінің бастығы; **З. К. Садвокасова**, инвестициялық жобалар орталығы медициналық ұйымдар желісі бөлімінің бас маманы, «Республикалық денсаулық сақтау орталығы» ШЖҚ РМК

Түйіндеме: Стационарлық көмек медициналық көмектің ең шығынды түрі болып саналады, сондықтан керует қорын тиімді пайдалануы маңызды зор. Ауруханаларда керуеттің бос тұруы стационарлық көмектің көлемін тек қана азайтпайды және толығынан халыққа медициналық көмек көрсетілуін нашарлатады, сонымен қатар айтарлықтай экономикалық шығын тудырады. Қайта құрылымдаудың мақсаты бекітілген стандарттарға сай халыққа көрсетілетін медициналық көмектің сапасын және қол жетімділігін қамтамасыз ету, медициналық ұйымдар желісін мемлекеттік нормативке сәйкестендіру болып саналады.

Title: Perspectives of development of Health care system of the Republic of Kazakhstan with priority improvement of primary care

Authors: **Isina A. K.**, Head of Center of investment projects; **Ospanova Zh. S.**, Head of Department of medical organizations network development; **Sadvokasova Z. K.**, Leading specialist of Department of medical organizations network development, «Republican Center for health development»

Abstract: Inpatient care is the most expensive kind of medical care, that's why the rational use of hospital beds has a large value. Empty beds in hospitals are reduces the amount of inpatient care and worsens health care in the general population, but also causes significant economic losses. The aim of restructuring of this model is the ensuring of medical care quality and availability, conformity of medical organization's resources to medical assistance to an approved standard and, of course, bringing the network of healthcare organizations to national standards.

Сокращения:

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения;

ОЭСР – Организация экономического сотрудничества и развития;

ЕС – Евросоюз;

МЗ РК – Министерство здравоохранения Республики Казахстан;

АИС «ТЭП» – Автоматизированная информационная система базы данных технико-экономических показателей организаций

здравоохранения РК;

ПМСП – Первичная медико-санитарная помощь;

ВА – Врачебная амбулатория;

ФАП – Фельдшерско-акушерский пункт;

МП – Медицинский пункт;

ГЧП – Государственно-частное партнерство;

РЦРЗ – Республиканский центр развития здравоохранения.

Введение

Сеть медицинских организаций является неотъемлемой частью системы здравоохранения, в которой предусматриваются все виды медицинских организаций для оказания того или иного вида медицинской помощи гражданам Республики Казахстан, предусмотренной в Кодексе Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения».

В существующей сети организаций здравоохранения, оказывающих стационарную помощь населению Республики, продолжают иметь место избыток больниц, пустующие нефункционирующие койки, особенно в маломощных сельских больницах, недостаточная оснащенность медицинским оборудованием, размещение в нетиповых и приспособленных зданиях.

В связи со сложившейся ситуацией и с целью повышения качества, доступности медицинской помощи в соответствии с международными стандартами и отвечающим потребностям населения, назрела необходимость проведения реструктуризации сети больничных организаций.

Основная часть

В современный период экономическое развитие Республики Казахстан отличается социальной направленностью. Сфера здравоохранения является неотъемлемой частью социально-ориентированной экономики нашего государства.

Проведение реформы бюджетной системы Республики Казахстан, связано с переходом на методы бюджетирования, ориентированные на результаты, при этом встал вопрос о необходимости перехода от экстенсивно направленной, распределительной системы ресурсного обеспечения здравоохранения на интенсивные модели развития и экономические методы управления. В последние годы политика расходов направлена на обеспечение полного выполнения государственных обязательств, в соответствии с обозначенными приоритетами социально-экономической политики страны.

Здравоохранение представляет собой важнейший сектор финансовых отношений,

надлежащее функционирование которого требует не только огромных средств, но и современных форм эффективного управления бюджетными ресурсами. В настоящее время сфера здравоохранения находится на этапе институциональных преобразований, совершенствования кадрового потенциала, предоставления качественных медицинских услуг и развития инфраструктуры [1].

В настоящее время экстенсивное развитие здравоохранения Казахстана в условиях ограниченного финансирования отрасли приводит к росту диспропорций условий оказания медицинской помощи между регионами и внутри них, снижению ресурсного потенциала, концентрации медицинских организаций в административных центрах, а, следовательно, ухудшению качества и доступности медицинской помощи [2].

Стационарная помощь является наиболее затратным видом медицинской помощи, поэтому рациональное использование коечного фонда имеет большое значение. Простой койки в больницах не только сокращает объем стационарной помощи и ухудшает медицинское обслуживание населения в целом, но и вызывает значительные экономические потери.

Все изменения структуры коечного фонда (реструктуризация, перепрофилизация) осуществляются на основании оценки эффективности работы медицинской организации. Целью реструктуризации является обеспечение качества и доступности медицинской помощи населению, соответствие ресурсов медицинской организации порядку оказания медицинской помощи по утвержденным стандартам, приведение сети медицинских организаций страны к государственным нормативам Постановления Правительства РК от 19.02.2014 года №114 «Об утверждении государственного норматива сети организаций здравоохранения Республики Казахстан».

Реструктуризация проводится несколькими путями. Основной из них – преобразование медицинских организаций в сельской местности в амбулатории с открытием коек дневного стационара, что полностью соответствует концепции развития первичной медико-санитарной помощи. Следующий

механизм реструктуризации – укрупнение существующих организаций путем слияния мелких организаций, т.е. за счет концентрации ресурсов и потока пациентов. Также возможен способ – перепрофилирование коек на новые виды медицинской помощи в данном регионе (реабилитация, хоспис, медицинские организации сестринского ухода и др.).

На протяжении последних лет Министерством здравоохранения Республики Казахстан проводится работа по реструктуризации сети больничных организаций.

Основными ожидаемыми результатами реструктуризации являются: снижение случаев необоснованной госпитализации, сокращение средней продолжительности пребывания пациента на больничной койке, переход от монопрофильных больниц к многопрофильным, обеспечение автономии медицинских организаций и повышение ответственности менеджеров здравоохранения за управление ресурсами.

Данные мероприятия проводятся в соответствии с задачами Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы, Стратегического плана Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2013-2015 годы, принципов Единой национальной системы здравоохранения, Постановления Правительства Республики Казахстан от 19 февраля 2014 года №114 «Об утверждении государственного норматива сети организаций здравоохранения Республики Казахстан».

По данным ВОЗ в 1990 году число больничных коек в Казахстане было одним из самых высоких в Европе [3]. В рамках реализации Единой национальной системы здравоохранения, проводимая работа по рациональному использованию коечного фонда, позволила снизить обеспеченность койками в республике с 63,4 на 10 тысяч населения в 2010 году до 59,4 в 2012 году. В 2010 году коечный фонд стационарных учреждений МЗ РК составлял 104277 коек. За период с 2010 по 2012 год сокращены 3816 коек, снижение составило 3,7 процентов. В то же время увеличилась мощность дневных стационаров, в том числе при АПО с 1394 коек в 2010 году

до 1438 в 2012 году (+3,2%), в стационарах с 373 до 421 (+12,9%) [4].

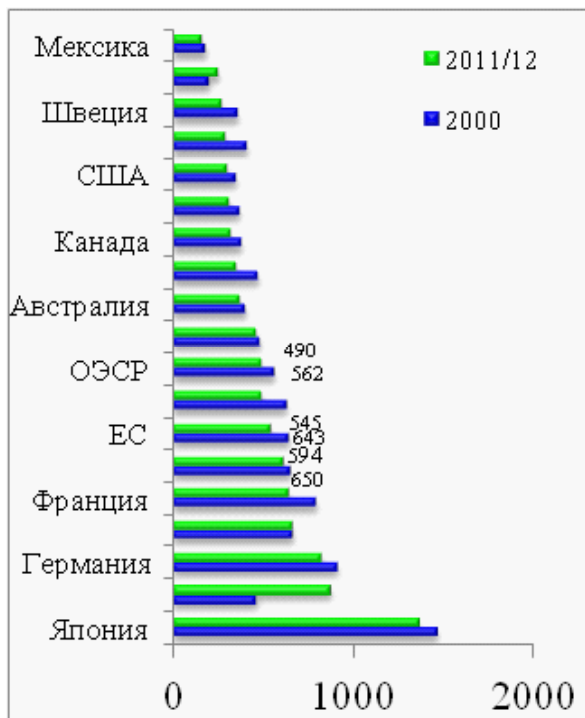
Анализ количества больничных организаций за 2010-2012 годы показал, что намечена тенденция снижения количества больничных организаций с 998 до 931, в т.ч. в системе МЗ соответственно с 812 до 757 (табл.1). Из них 56,1% (425) расположены в городской и 43,9% (332) в сельской местности. Соответственно обеспеченность больницами снизилась с 6,34 на 100 тыс. населения в 2010 году до 4,5 в 2012 году [5].

Несмотря на достигнутое снижение показателя обеспеченности больничными организациями, они остаются высокими и превышают международные значения обеспеченности койками населения на 20% и больничными организациями почти в 2 раза. Показатели обеспеченности койками в странах ЕС и ОЭСР составляют в пределах 545–490; больничными организациями 2,67–2,98 на 100 000 населения соответственно (таб.2).

В послании народу Казахстана «Стратегия «Казахстан-2050» Новый политический курс состоявшегося государства» Президент Республики Казахстан Н.Назарбаев подчеркнул, что здоровье нации – основа нашего успешного будущего. В рамках долгосрочной модернизации национальной системы здравоохранения на всей территории страны должны быть внедрены единые стандарты качества медицинских услуг, а также усовершенствованы и унифицированы материально-техническое оснащение медицинских учреждений [6].

Центр инвестиционных проектов РГП на ПХВ «РЦРЗ» произвел сбор информации по текущей ситуации в регионах и предоставил консалтинговой компании «Sanigest Internacional» для разработки проектов мастер-планов. Разработанные консалтинговой компании «Sanigest Internacional» проекты мастер-планов по реструктуризации больничного сектора позволят планомерно проводить мероприятия по слиянию и укрупнению больниц, их модернизации современным оборудованием, закрытию маломощных, нерентабельных, со слабой материальной базой, в основном сельских

	Число больничных организаций									Население	Обеспеченность больничными организациями за 2012 г.
	Все ведомства			В том числе							
				Система в МЗ			Частные больничные организации				
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012		
Республика Казахстан	998	943	931	812	773	757	134	127	134	16791400	4,5
Акмолинская	50	48	42	40	39	38	3	2	2	732000	5,2
Актюбинская	54	52	49	33	32	31	15	13	13	791100	3,9
Алматинская	90	91	95	81	83	83	8	7	7	1927700	4,3
Атырауская	40	37	38	34	31	31	3	5	6	549100	5,6
ВКО	103	91	93	79	78	79	13	13	13	1394200	5,7
Жамбылская	60	57	56	45	42	42	13	12	13	1062800	4,0
ЗКО	44	42	40	41	39	36	2	2	2	615100	5,9
Карагандинская	102	97	89	71	68	66	16	16	17	1360200	4,9
Костанайская	57	57	57	48	48	45	8	8	8	879700	5,1
Кызылординская	61	40	40	60	40	37	2	0	1	719900	5,1
Мангистауская	27	30	32	25	25	25	4	4	5	556800	4,5
Павлодарская	60	57	57	46	44	43	13	12	12	748000	5,7
СКО	29	31	31	27	29	28	1	1	1	581500	4,8
ЮКО	133	132	122	121	111	108	12	12	13	2650200	4,1
г. Алматы	62	53	62	40	42	42	19	17	18	142600	2,9
г. Астана	26	28	28	21	22	23	2	2	3	760500	3,0



участковых больниц, и открытию современных оснащённых реабилитационных центров, хосписов, больниц сестринского ухода.

В результате реализации предложений мастер-планов показатель обеспеченности больничными организациями должен приблизиться в 2025 году к международным стандартам и показателям стран ЕС - 2,2 на 100 тыс. населения.

Местным исполнительным органам необходимо включить в планы развития регионов предложения по реструктуризации больничных организаций для совершенствования больничного сектора областей и городов.

«...в здравоохранении главный приоритет – развитие первичной медико-санитарной помощи...» (Послание Главы государства Н.А. Назарбаева на-

роду Казахстана 17 января 2014 года «Казахстанский путь – 2050: Единая цель, единые интересы, единое будущее»).

Всемирная организация здравоохранения призывает все страны вернуться к системе первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), так как ее ценности и принципы сегодня актуальнее, чем когда-либо ранее. «В контексте нынешних тенденций ПМСП выглядит все более и более рациональным способом дальнейшего развития здравоохранения», – заявила Генеральный директор Всемирной организации здравоохранения Маргарет Чен (Бюллетень ВОЗ № 10, ноябрь 2008 г.). Роль организаций первичной медико-санитарной помощи в укреплении здоровья населения велика, так как она является первичным контактом пациента с системой здравоохранения.

Уровень развития ПМСП влияет на объем, качество, доступность медицинской помощи, а также на общий уровень затрат в здравоохранении.

Поэтому в последние годы в системе здравоохранения проводится интенсивная работа по усилению роли амбулаторно-поликлинической службы по сравнению с дорогостоящей стационарной помощью. Одним из главных условий реформирования системы первичной медико-санитарной помощи является максимальное сохранение всех имеющихся материальных, трудовых и финансовых ресурсов. Это предусматривает не разрушение имеющихся организаций здравоохранения, а изменение их функций, методов работы, финансирования и взаимоотношений.

За 2010-2012 годы сеть медицинских организаций, оказывающих ПМСП в системе МЗ РК, также имеет тенденцию к снижению с 1818 до 1775 организаций (на 2,4%), за счёт закрытия организации на селе. При этом доля организаций ПМСП, расположенных в городской местности составляет 14,8%, в сельской - 85,2%.

Анализ состояния материально-технической базы организаций ПМСП свидетельствует о более невыгодном положении по

сравнению с больничными организациями.

Например, в Кызылординской области, из существующих амбулаторно-поликлинических организаций 5 городских поликлиник расположены в типовых зданиях, в приспособленных помещениях расположены 78% врачебных амбулаторий (81 из 104), 45% фельдшерско-акушерских пунктов (9 из 20), 23% медицинских пунктов (25 из 109) [7].

Кроме того, имеет место эксплуатация зданий в течение 40-50 и более лет (т.е. здания были построены в 1960-1970 годах) 42% ВА, 20% ФАП, 42% МП [7].

Оснащённость медицинским оборудованием по сравнению с утвержденными минимальными нормативами составляет по городским поликлиникам 65%, ВА - 27%, ФАП- 30 %, МП – 22 % [7].

В Карагандинской области 38% городских поликлиник (6 из 16), 87% ВА (62 из 71), 82% ФАП (42 из 51), 98% МП (225 из 229) расположены в приспособленных зданиях. К тому же здания амбулаторно-поликлинических организаций были построены более 40-50 лет тому назад: 70% ВА (50 из 71), 49% ФАП (25 из 51), 66 МП (152 из 229) [7].

В рамках утвержденных минимальных нормативов оснащённость медицинским оборудованием составляет по городским поликлиникам - 71%, ВА - 48%, ФАП- 51 %, МП - 58 % [7].

В соответствии с международными тенденциями система организации ПМСП в республике ориентирована на потребности пациента.

Планирование сети и инфраструктуры организаций ПМСП включают обеспечение квалифицированными медицинскими кадрами, менеджерами здравоохранения, способными эффективно управлять материальными и человеческими ресурсами.

Наряду с этим, совершенствование ПМСП определяет дальнейшее внедрение системы общей врачебной практики (ВОП) на постепенную замену деятельности врачебных амбулаторий, особенно, в сельской

местности, и центрах ПМСП при районных и городских поликлиниках.

С целью усиления акцента и оказания качественной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в разрабатываемых для каждого региона проектах мастер-планов по развитию сети первичной медико-санитарной помощи и амбулаторно-поликлинических организаций, будут предоставлены рекомендации касательно укрепления материально-технической базы в виде строительства и реконструкции, оснащения необходимым медицинским оборудованием, обеспечения медицинскими кадрами.

Одним из инструментов эффективного финансирования строительства и реконструкции объектов является механизм ГЧП.

Государственно-частное партнерство (ГЧП) – это форма сотрудничества государства и частного сектора в отраслях, традиционно относящихся к сфере ответственности государства, на условиях сбалансированного распределения рисков в целях проектирования, финансирования, строительства, реконструкции, эксплуатации или обслуживания объектов инфраструктуры.

При текущей ситуации сектора здравоохранения, когда потребность в дорогостоящем оборудовании и высоких технологиях растет с каждым днем, а государственный бюджет не может удовлетворить все запросы за короткий период времени, ГЧП позволит Правительству реализовать задачи по развитию инфраструктуры сектора здравоохранения без единовременной нагрузки на госбюджет.

При этом государство заинтересовано в улучшении качества оказываемой медицинской помощи, а бизнес может иметь выгодное вложение средств, одновременно выполняя социально значимые для общества задачи.

Источники:

1. Аубакирова А.Т. Бюджетное финансирование здравоохранения в Республике Казахстан: проблемы и пути повышения эффективности. - Караганда, 2009 г.
2. Биртанов Е.А. Организационно-методические и финансово-экономические основы инновационно-инвестиционной стратегии развития системы здравоохранения Республики Казахстан. Алматы, 2010 г.
3. А.А. Аканов, Т.С. Мейманалиев, А.Б. Кумар Проблемы оптимизации коечного фонда в Казахстане Вестник КазНМУ №5 (3) 2013 г., Алматы.
4. Информационная база ТОО «Мединформ», www.medinfo.kz.
5. Статистический сборник МЗ РК «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения», Астана, 2011 г., 2013 г.
6. Послание Президента Республики Казахстан Н.Назарбаева народу Казахстана. 14 декабря 2012 г. «СТРАТЕГИЯ «Казахстан-2050» Новый политический курс состоявшегося государства».
7. Данные АИС «ГЭП» МЗ РК за 2012 г.
8. Материалы презентации консалтинговой компании «Sanigest Internacional».

Развитие ГЧП в здравоохранении является одним из приоритетных направлений, обозначенных в Государственной программе развития здравоохранения на 2011-2015 годы «Саламатты Қазақстан».

Выводы.

Таким образом, реструктуризация сети медицинских организаций, приведение ее в соответствие с реальными потребностями населения в различных видах медицинской помощи является важным направлением реформирования здравоохранения, что приведет к повышению эффективности использования коечного фонда. Рациональное использование коечного фонда позволит увеличить финансирование амбулаторно-поликлинического звена, обеспечит развитие стационарозамещающих технологии. Проводимые мероприятия по реструктуризации больничного сектора будут способствовать снижению числа случаев необоснованной госпитализации, улучшению эффективности стационарного лечения и сокращению средней длительности пребывания больного на койке. Выросло число организаций, имеющих дневные стационары и койки дневного пребывания, что отражает развитие первичной медико-санитарной помощи в стране.

Учитывая вышеизложенное и первостепенную роль организаций ПМСП в профилактике заболеваний и формировании принципов здорового образа жизни среди населения, необходимо строительство объектов здравоохранения, отвечающих требованиям международных стандартов, которые будут оказывать качественные медицинские услуги в соответствии с возрастающими потребностями населения. Также, строительство объектов здравоохранения проводить с использованием механизма ГЧП.

Елеуов Г.А.

Директор

Каландия И.М.

Главный врач

ТОО «Реабилитационный медицинский центр «Клиника Дару»

НОВЫЕ ГОРИЗОНТЫ ЧАСТНЫХ КЛИНИК В ЕНСЗ

Аталуы: БҰДСЖ-і жеке клиникаларының жаңа мүмкіншіліктері**Авторлары:** Г.А. Елеуов, Директоры; И.М. Каландия, Бас дәрігері, ЖШС «Оңалту медициналық орталығы «Дару клиникасы»**Түйіндемесі:** ЖШС «МСО «Клиника Дару» 2013 жылдың ақпан айынан бастап Мемлекеттік-жеке серіктестік және «2020 Бизнес жол картасы» бағдарламасы шеңберінде өз қызметін жүзеге асырады.

Біздің орталық диагностика, емделу талаптарын шешетін және балалар мен ересектерде болатын әр түрлі аурулардан медициналық қалыпқа келтіру әсіресе қазіргі заман талабына сай, көп салалы, мамандандырылған клиника болып табылады.

Медицина қызметкерлерінің жоғары деңгейдегі кәсіпқорлығы, кішіпейілділігі мен қамқорлығы емделуші тұлғалардың біздің клиникада болуын қолайлы және ыңғайлы жағдайда жасайды.

Title: The New Horizons of private clinics in the UNHS**Authors:** Yeleuov G.A., Director; Kalandia I.M., Chief Doctor, «Daru clinic» Rehabilitation medical center» LTD**Abstract:** «The RMC «Daru clinic» LLP has been operating since February 2013 in the framework of public-private partnership and the program "Business Road Map 2020".

Our center is a large ultra-modern, multi-disciplinary, specialized, which solves the problem of diagnostics, treatment and medical rehabilitation of various diseases in children and adults.

High level of professionalism of medical personnel, sensitivity and care, will make the patients stay in our clinic extraordinarily comfortable and convenient.

Чрезвычайно важным направлением государственной политики остается усовершенствование системы здравоохранения. Об этом свидетельствует Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг., в которой нашли свое отражение вопросы внедрения Единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ).

Целью внедрения ЕНСЗ является свободный выбор пациентом врача и лечебного учреждения, формирования конкурентной среды и прозрачности процесса, улучшения здоровья граждан Казахстана и качества оказания медицинских услуг, развития высокотехнологичной системы здравоохранения, активное использование экономических рычагов управления.

Право выбора пациентом медицинской организации и единый тариф на медицинские услуги позволило создать конкурентную среду не только между государственными медицинскими учреждениями, но и создало почву для привлечения на

рынок медицинских услуг в рамках ГОБМП частные клиники. В рамках ЕНСЗ частные медицинские организации получили возможность участвовать в конкурсах на получение государственного заказа в качестве поставщиков медицинских услуг.

Таким образом, в ходе внедрения и реализации ЕНСЗ ряд аспектов взаимодействия между государством и частной стороной успешно внедрены в систему здравоохранения.

Одним из частных поставщиков по оказанию ГОБМП является «Реабилитационный медицинский центр «Клиника Дару», который осуществляет свою деятельность с февраля 2013 года. Стоимость инвестиционного проекта составила 1 645 млн. тенге. В инвестировании проекта принял участие БТА Банк, с 45-ю % - ми от общей стоимости проекта, с субсидированием процентной ставки в размере 7%, что соответствует 146 136 тыс. тенге, в рамках программы «Дорожной карты бизнеса 2020» при поддержке регионального филиала АО «Фонд развития

предпринимательства «Даму» по Актюбинской области с одновременным обеспечением гарантии на 75 млн. тенге. В рамках данной же программы из государственного бюджета клинике безвозмездно выделено 122 042 тыс. тенге на развитие инфраструктуры.

Наша клиника является крупной ультрасовременной, многопрофильной, специализированной клиникой, решающей задачи диагностики, лечения и медицинской реабилитации различных заболеваний у детей и взрослых.

В клинике располагаются детская и взрослая поликлиники, диагностическое отделение, отделение бальнеологии, физиотерапии, медицинской реабилитации, гемодиализа, стационар и дневной стационар. Койки круглосуточного стационара распределены по следующим профилям: терапевтические, кардиологические, неврологические, эндокринологические, педиатрические и реабилитации. Тем самым клиника оказывает специализированную медицинскую стационарную и стационарозамещающую помощь детскому и взрослому населению, в связи с чем получен государственный заказ в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на сумму 157 млн. тенге. Госпитализация пациентов в терапевтическое, детское и реабилитационное отделения осуществляется по строгим показаниям и согласно нормативным актам через Портал бюро госпитализации только тем пациентам, которые нуждаются в круглосуточном наблюдении, а в дневной стационар по направлению врачей ПМСП, КДП. Возмещение затрат осуществляется по клинико-затратным группам. Клиника востребована городскими и проживающими в сельской местности пациентами, что подтверждает реализацию принципов ЕНСЗ. За 11 мес. деятельности клиники в стационаре пролечено 1 698 пациента, из них из сельской местности – 428, в поликлинике проконсультировано 3 654 пациентов, из них сельских – 1 530. Проведено 58 651 исследований.

В клинике сформированы основные направления медицинской реабилитации: кардио- и нейрореабилитация, реабилитация пациентов после перенесенных травм и

операций. Для этих целей клиника оснащена оборудованием ведущих европейских производителей. Значима уникальность аппарата локомоторной терапии Носома для нейрореабилитации, интеллектуальные тренажеры Tergumed, силовые тренажеры Proxomed для реабилитации пациентов после перенесенных травм и операций, комплекс тренажеров пассивной разработки Kinetek, которые бережно и безболезненно возвращают суставам физиологическую подвижность и объем движений.

В отделении физиотерапии установлены современные оборудования высокоинтенсивной лазерной, ударно-волновой, магнитотерапии, транскраниальной магнито-стимуляции, крио- и ультразвуковой терапии, электромиостимуляции, УВЧ и индуктотермии, микроволновой сверхчастотной терапии.

В бальнеологическом отделении широко используются различные типы ванн: гидрогальванические, углекислые, гидротерапевтические ванны с функциями подводного и воздушного массажа, мультисенсорная SPA-система Dermalife.

В деятельность клиники внедрена передовая технология экстракорпоральной, ударно-волновой литотрипсии с системой Modulith SLK компании Storz Medical с двойным рентген и ультразвуковым наведением, для дробления камней в почках, мочеточнике и мочевом пузыре.

В клинике осуществляет свою деятельность отделение гемодиализа на 17 диализных мест, оснащенное высокопоточным оборудованием немецкого производства компании «Fresenius» модели 5008 S Cordiax для проведения амбулаторного программного гемодиализа пациентам с хронической почечной недостаточностью. Организовано питание и доставка пациентов по городу в 2-х направлениях.

Для достижения высоких конечных результатов деятельности предприятия необходимо постоянное повышение профессионального уровня сотрудников. В связи с этим, в течение года врачи нашей клиники проходили обучение в ведущих клиниках Германии, Израиля, Швейцарии, Чехии, Турции, Кореи.

Как известно, в механизме совершенствования системы оплаты труда в здравоохранении

ранении важное место принадлежит мотивации труда, поиску и внедрению новых форм материального стимулирования работников. Мотивация предполагает создание таких условий, которые бы способствовали повышению эффективности и качества труда работника, давали возможность его реальной и объективной оценке, а также отработки механизма дифференцированного подхода к оплате труда медицинских работников. С внедрением ЕНСЗ подход к индивидуальной оценке деятельности каждого сотрудника был своевременным.

Внедрение единой национальной си-

стемы здравоохранения позволило повысить заинтересованность и ответственность сотрудников за своевременное и качественное выполнение своих трудовых обязанностей и поставленных задач, что привело к улучшению показателей деятельности нашего Центра в целом и внедрения новых методов лечения.

В заключении хотелось бы выразить признательность и благодарность Правительству РК за проявленную заинтересованность в развитии единой национальной системы здравоохранения.

Елеуов Г.А.

Директоры

Каландия И.М.

Бас дәрігері

ЖШС «Оңалту медициналық орталығы «Дару клиникасы»

БҮДСЖ-І ЖЕКЕ КЛИНИКАЛАРЫНЫҢ ЖАҢА МҮМКІНШІЛІКТЕРІ

Аталуы: Новые горизонты частных клиник в ЕНСЗ

Авторлары: Елеуов Г.А., Директор; Каландия И.М., Главный врач, ТОО «Реабилитационный медицинский центр «Клиника Дару»

Түйіндеме: ТОО «РМЦ «Клиника Дару» осуществляет свою деятельность с февраля 2013 года в рамках Государственно-частного партнерства и программы «Дорожная карта бизнеса 2020».

Наш центр является крупной ультрасовременной, многопрофильной, специализированной клиникой, решающей задачи диагностики, лечения и медицинской реабилитации различных заболеваний у детей и взрослых.

Высокий уровень профессионализма медицинского персонала, чуткость и забота, делают пребывание пациентов в нашей клинике необычайно комфортным и удобным.

Title: The New Horizons of private clinics in the UNHS

Authors: Yeleuov G.A., Director; Kalandia I.M., Chief Doctor, «Daru clinic» Rehabilitation medical center» LTD

Abstract: «The RMC «Daru clinic» LLP has been operating since February 2013 in the framework of public-private partnership and the program» Business Road Map 2020».

Our center is a large ultra-modern, multi-disciplinary, specialized, which solves the problem of diagnostics, treatment and medical rehabilitation of various diseases in children and adults.

High level of professionalism of medical personnel, sensitivity and care, will make the patients stay in our clinic extraordinarily comfortable and convenient.

Денсаулық сақтау жүйесін жетілдіру мемлекет саясатының аса маңызды бағыттарының бірі. Бұл туралы, Бірыңғай ұлттық денсаулық сақтау жүйесін (БҰДСЖ) енгізу мәселелері ескерілген, 2011-2015ж. Денсаулықты сақтауды дамыту мемлекеттік бағдарламасы айғақтайды.

БҰДСЖ енгізу мақсаты емделушінің дәрігер мен емдеу орынын еркін таңдауы, бәсекелес орта мен процесс ашықтығын қалыптастыру, Қазақстан азаматтарының денсаулығын мен медициналық қызмет көрсету сапасын жақсарту, денсаулық сақтау жоғары технологиялық жүйесін дамыту, экономикалық басқару тетіктерін белсенді пайдалану.

Емделушінің медициналық ұйым мен медициналық қызметтерге бірыңғай тарифті таңдау құқығы тек мемлекеттік медициналық мекемелер арасында бәсекелестікті тұрып қана қоймай, АМККК аясында медициналық қызмет нарығына жеке клиникаларды тартуға негіз қалыптастырды. БҰДСЖ аясында жеке медициналық мекемелер медициналық қызмет көрсетуші ретінде мемлекеттік тапсырыстарды алу конкурстарына қатысуға мүмкіндік алды.

Сөйтіп, БҰДСЖ енгізу мен орындау барысында мемлекеттік-жекелік әріптестіктің бірқатар аспектілері денсаулық сақтау жүйесіне сәтті енгізілді.

АМККК

Ақысыз Медициналық көмектің кепілдендірілген көлемі.

АМККК жүзеге асыратын жеке-ше жеткізушілердің бірі 2013 жылдың ақпанынан бастап өз қызметін жүзеге асырып келе жатқан «Дару клиникасы» сауықтырушы медициналық орталығы. Бұл инвестициялық жобаның құны 1645 млн. теңгені құрады. БТА Банк жобаны инвестициялауға қатысты, 7% көлемінде пайыздық ставканы субсидиялаумен жобаның жалпы құнының 45 % ын құрады. Ол 146 136 мың теңгеге сәйкес келеді. «Бизнестің жол картасы 2020» бағдарламасы негізінде Ақтөбе облысы бойынша «Даму» кәсіпорынының даму фонды» АҚ аумақтық филиалының қолдауымен 75 млн. теңгеге біржола қамтамасыз етуге

кепілдік берді. Инфраструктураның дамуы үшін осы бағдарлама шеңберінде клиникаға мемлекеттік бюджеттен 122 042 мың теңге бөлінді.

Біздің клиника үлкен ультразаманауи, көп профильді, мамандандырылған клиника болып табылады. Балалар мен ересектердің әр түрлі ауруларын емдеу, медициналық оңалту және диагностика тапсырмаларын шешеді.

Клиникада балалар және ересектер емханасы, диагностикалық бөлім, бальнеология бөлімі, физикалық терапия, медициналық оңалту, гемодиализ, стационар және күндізгі стационар бар.

Тәулік бойғы стационарлардағы ке-руеттер келесі бағдар бойынша орналасқан: терапиялық, кардиологиялық, неврологиялық, эндокринологиялық, педиатриялық және оңалту. Осылайша клиника балалар мен ересектерге мамандандырылған медициналық стационарлық және стационарлы орын басытын көмек көрсетеді. Соған байланысты 157 млн теңге көлемінде ақысыз медициналық көмектің кепілдендірілген көлемі шеңберінде мемлекеттік тапсырыс алды. Науқастарды терапиялық балалар және оңалту бөлімдеріне жатқызуы, ауруханаға бюросының порталы арқылы нормативтік актілерге сәйкес, тек тәулік бойғы бақылауды керек ететін науқастарды жатқызу керек деген қатаң көрсеткіштерге сәйкес жүзеге асырылады. Ал күндізгі стационарға АМСП, ҚДП дәрігерлерінің жолдамасымен жатқызылады. Шығындардың өтемі клиникалық шығындық топтар бойынша жүзеге асырылады. Клиника қаладағы және ауылдық жерлердегі науқастар арасында өте қажетті клиника. Ол БҰДСЖ мақсаттарының орындалуының дәлелі бола алады. 11 айдың ішінде клиника 1 698 науқасты емдеді. Оның ішінде 428 науқас ауылдық жерлерден келген, 3 654 науқас емдеу орталығында кеңестен өткен, оның ішінде 1 530 науқас ауылдан келгендер. 58 651 зерттеулер жүргізілген.

Клиникада медициналық оңалтудың басты бағыттары қалыптасқан: кардионейро оңалту, операциялар мен жарақаттардан кейінгі оңалту. Бұл мақсаттарды орындау үшін клиника алдыңғы қатардағы еуропалық

құрал жабдықтармен жабдықталған. Нейрооңалтуға арналған локомоторлы терапия Носома аппаратының, операциялар мен жарақаттарды оңалтуға арналған Proxomed күшті жаттығу құрылғысының, Kinetek пассивті өңдеудің жаттығу құралдарының қызметі ерекше. Олар ауыртпай, қалыпты түрде буындарға физиологиялық қозғалыспен әрекеттер көлемін реттейді.

Физиологиялық терапия бөлімінде жоғары интенсивті лазерлік, толқынды, магнитті терапиялы, транскраниальді магнитті стимуляциялы, крио және ультра дыбысты терапиялы, электромиостимуляция, УВЧ және индуктітермиялы, микротолқынды терапиялар жүргізетін құралдар бар.

Бальнеологиялық бөлімде ванналардың әртүрлі түрлері қолданылады: гидрогальваникалық, көмірқышқылды, су астындағы және ауадағы массажды гидротерапиялық ванналар, SPA-жүйелі Dermalife мультисенсорлы ванналар.

Клиниканың қызметіне экстраопоральды, екінші ретті рентген және ультрадыбысты күшті толқынды StorzMedical серіктестігінің литотрипсиялы жүйесі бар. Ол өкпедегі және жатырдағы тасты алуға өте қажет.

Клиникада гемодиализ бөлімі өз қызметін жүзеге асырады. Онда 17 диализді орын бар. «Fresenius» неміс компаниясының моделіндегі 5008 SCordiax жоғарғы құрылғыларымен жабдықталған. Бұл өкпесі ауратын науқастың бағдарламалы амбулаторлы гемодиализді жүргізу үшін қажет. Тамақтану және науқастарды қалаға жөнелту

екі бағыт бойынша ұйымдастырылған.

Кәсіпорынның қызметінің соңғы жоғары нәтижелері үшін қызметкерлердің кәсіптілігін арттыруды үнемі жүргізіп отыру қажет. Осыған байланысты жыл бойы біздің клиниканың дәрігерлері, Германия, Израил, Швейцария, Чехия, Турция, Корея елдеріндегі алдыңғы қатардағы клиникаларында оқу оқып келді.

Еңбекті ақыландыру жүйесін жүзеге асыру механизмінде денсаулық сақтау мекемелерінде еңбек уәждемесі, іздеу және жұмыскерлерді материалды стимулдандырудың жаңа формалары маңызды орынға ие. Уәждеме жұмыскерлердің еңбектің сапасы мен тиімділігін арттыруға көмектесетін жағдайды жасау, оның объективті, шын бағасына мүмкіндік беру, сол сияқты медициналық жұмыскерлердің еңбектерін ақымен қамтамасыз етуге дифференциалға келу деген сөз. БҰДСЖ енгізумен әрбір қызметкердің қызметін индивидуалды бағалау уақытылы жүргізулуде.

Біріккен ұлттық денсаулық сақтау жүйесін енгізу қызметкерлердің өздерінің еңбек қызметтерін атқаруға, тапсырмаларды орындауға жауапкершілігі мен қызығушылығын оятты. Бұл біздің орталықтың жалпы қызмет сапасының көрсеткіштерінің өсуіне және емдеудің жаңа әдістерін енгізуге оң әсерін тигізді.

Қорытындыда ҚР Үкіметіне денсаулық сақтау аясында мемлекеттік жекелік қызметтестіктің өсуіне қызығушылық танытқандығы үшін алғыс білдіреміз.

Павловец Л.П.

Главный врач

Чекушина Т.Д.

Заместитель главного врача по организационно – методической работе

Городская детская больница № 1, г. Астана

ПРОЗРАЧНО И ДОСТУПНО

Аталуы: Анық және түсінікті

Авторлары: Л. П. Павловец, бас дәрігер; Т. Д. Чекушина, ҰӘЖ бойынша бас дәрігердің орынбасары, Астана қаласы №1 қалалық балалар ауруханасы.

Түйіндемесі: Соңғы үш жылда маңызды жолдамалардың бірі денсаулық сақтау реформалауды бірегей ұлттық жүйені енгізу. Госпитализациялау бюросының порталы- амбулаторияда – емхана ұйымдарында және стационарларда әрекет етуде нәтижелі құрал. Медициналық қызметкерлерді бақылау әрекетін жүзеге асыру, бақылау органдары жағынан да сондай-ақ пациенттермен. ДБҰЖ барлық принциптері: медицина ұйымдарында бостандық құқығын таңдау; нақтылық: соңғы нәтижеге бағдарлау, медициналық ұйымдар арасында бәсекелестік құру.

Title: Transparently and available

Authors: Pavlovec L. P., chief physician; Chekushina T. D., deputy of chief physician on organizational and methodical work, City Children's Hospital № 1, Astana.

Abstract: Over the last three years one of the most important areas of health care reform is the implementation of the introduction of Common National Health System. Portal Bureau of hospitalization is an effective tool of interaction outpatient - polyclinic organizations and hospitals, allows you to monitor actions of health workers as the regulatory authorities and by the patient. All the principles of Common National Health System were implemented: availability of the right of free choice of medical organizations; transparency, focus on the final result, the creation of a competitive environment between medical institutions.

За последние три года одним из важнейших направлений реформирования здравоохранения является реализация внедрения Единой национальной системы здравоохранения.

Единая национальная система здравоохранения (ЕНСЗ), внедренная в Казахстане с 1 января 2010 года, предоставила гражданам нашей страны право на самостоятельный выбор – будь то выбор поликлиники и участкового врача или выбор стационара, где хотелось бы получить лечение. И если закрепление за поликлиниками будет проходить примерно раз в год, то попасть в больницу мы можем в любой момент. Конечно, при экстренной госпитализации, то есть по вызову скорой помощи, больного отвезут в дежурный стационар, а вот при плановом лечении пациент при помощи своего участкового доктора сам решает – в какой клинике (городской, областной, республиканской), в каком отделении он будет получать помощь. Неважно и то, в какой области живет пациент - теперь он обладает

возможностью поехать лечиться в столичные клиники, в больницы других регионов, правда, проезд оплатить он должен будет сам. Но главное – все-таки свобода такого выбора закреплена законодательно.

С первого июля в Казахстане был внедрен республиканский портал Бюро госпитализации. Портал – это веб-сайт с сервером в Минздраве, однако доступ к этому ресурсу имеют все медицинские организации страны, а также простые граждане. На этом сайте сосредоточено множество данных, в том числе и о наличии свободных мест в больницах, о количестве заявок от населения и другое. И если представители медорганизаций имеют зарегистрированные на сайте логины и пароли для планомерной работы в рамках ЕНСЗ, то граждане могут посещать сайт как гости - этого достаточно для того, чтобы узнать, в каких стационарах есть свободные места.

На портале Бюро госпитализации можно выделить 4 вида пользователей:

- Стационар – подает информацию о сво-

бодных койках, определяет дату госпитализации или отказ от госпитализации;

- Поликлиника – регистрирует направление на госпитализацию при наличии свободных коек;

- Пациент – может посмотреть свободные койки и при наличии кода госпитализации посмотреть дату госпитализации и очередность;

- Контролирующие органы – (Комитет оплаты медицинских услуг, Бюро госпитализации) осуществляют мониторинг и анализ работы медицинских организаций и принимают управленческие решения.

Для плановой госпитализации больному в первую очередь необходимо обратиться в свою поликлинику. Именно участковый врач совместно с заведующим отделением на основании анализов, клинических показаний и т.д. решает, нужна ли больному госпитализация. В поликлинике есть специалист, который ответственен за бюро госпитализации, он предоставляет сведения о том, в каких стационарах необходимого профиля есть свободные места (эти данные предоставляют в бюро все больницы всех уровней подчинения на три ближайших дня). Больной делает выбор сам и при наличии свободных мест в выбранном стационаре поликлиника определяет планируемую дату госпитализации. Сотрудники поликлиники вносят в портал данные своего пациента. Если в выбранной больнице нет мест, предлагают другие стационары. Когда заявка на больного зарегистрирована, ему автоматически присваивается код госпитализации, непосредственно в портале формируется направление. В стационарах также есть люди, отвечающие за работу с порталом, они ежедневно просматривают всю информацию, все заявки. В итоге пациент поступает в выбранный им стационар в назначенную дату с двумя документами – направлением и талоном.

Этот процесс уже достаточно отработан, и принцип свободного выбора, который лежит в основе ЕНСЗ, реализуется успешно. Конечно, по некоторым профилям существует очередь на госпитализацию, например, в неврологию, офтальмологию, травматоло-

гию, однако в основном граждане попадают в стационары в течение десяти дней. Стоит отметить, что ритмичная работа этой системы во многом зависит не только от взаимодействия всех уровней здравоохранения, но и от компетентности врачей поликлиник и ответственности самих пациентов. Направление для плановой госпитализации должно быть только обоснованным, причем пациент должен быть заранее подготовлен к тому, что до стационара ему необходимо сдать анализы, пройти обследования. Как казахстанцы могут узнать о наличии свободных мест в стационарах страны, как проверить свою очередь на госпитализацию? Вся эта информация есть на сайте: www.bg.eisz.kz. Простым гражданам доступны данные о свободных местах (вы сами выбираете списки – либо по конкретному стационару, либо по региону), об очередности на госпитализацию. Стоит отметить, что в листе ожидания не указываются фамилии – здесь необходимо знать код госпитализации, который есть в вашем направлении, все это сделано для соблюдения врачебной тайны.

Портал Бюро госпитализации взаимодействует со многими системами, внедренными в Республике Казахстан в области здравоохранения: «Регистр прикрепленного населения» – данные используются при регистрации направления на госпитализацию; «Система управления ресурсами» – справочник по коечному фонду стационара, врачам медицинской организации; «Электронный регистр стационарного больного» – регистрация пролеченного случая в стационаре, дневном стационаре и стационаре на дому.

Для контроля качества предоставляемых медицинских услуг существует служба внутреннего аудита, куда при желании может обратиться пациент. Функционирует «телефон доверия» на уровне Управления здравоохранения, Комитета оплаты медицинских услуг, республиканского и регионального Бюро госпитализации, а так же в стационаре.

Благодаря принципу свободного выбора медицинской организации повысилась доступность медицинской помощи для всех слоев населения республики. Правом выбора

воспользовались более тысячи человек, получившие лечение в нашем стационаре в плановом порядке в отделении детской неврологии, при этом 8,1% составляли сельские жители. При этом, 85% граждан ожидали плановую госпитализацию до 3-х дней, 15% до 10 дней, т.е. 97% граждан были госпитализированы до 10 дней ожидания.

Несмотря на положительные результаты в вопросах плановой госпитализации, все же остаются проблемные моменты, влияющие на уровень госпитализации.

Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 31 марта 2011 года №166 «О внесении дополнений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 03 июля 2010 года №492 «Об утверждении Инструкции по организации плановой госпитализации в стационар в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи через портал Бюро госпитализации» классифицируются 3 вида причин снятия с листа ожидания:

1) Несостоявшаяся госпитализация:

- отсутствия минимального объема обследования у пациента при направлении на госпитализацию;
- отсутствие медицинских показаний к плановой госпитализации в стационар;
- наличие медицинских противопоказаний на момент госпитализации в стационар;
- некорректный ввод данных пациента в Портал (отсутствие своевременного предоставления информации о свободных койках стационаром; отсутствие своевременного предоставления дат госпитализации стационаром).

2) К негативно влияющим на уровень плановой госпитализации через Портал и требующим мониторинга относятся случаи:

- письменного отказа пациента от госпитализации;
- неявки пациента на госпитализацию;
- смерть пациента на догоспитальном этапе;
- не зависящие от процедуры госпитализации.

3) Прочие причины – «госпитализирован экстренно», «непрофильный пациент», «подлежит госпитализации на ВСМП».

Большой процент отказов в плановой госпитализации по стационару (34,0%) со-

ставляет «Наличие противопоказаний на момент госпитализации», основная часть которых является обоснованными (ОРВИ, ОРЗ); 28% – не профильный больной и 24% – причины, не зависящие от процедуры госпитализации (перепрофилизация неврологических коек в связи повышением заболеваемости ОРВИ и гриппом и с осложненными формами ОРВИ).

В рамках ЕНСЗ внедрены технологии раннего восстановительного лечения и медицинской реабилитации. По восстановительному лечению и медицинской реабилитации пролечено в 1,6 раз больше пациентов с неврологической патологией (77 больных) на сумму более 5 млн тенге.

С внедрением ЕНСЗ открыты дневные койки при стационаре, что повысило доступность стационарозамещающей помощи для населения. Так, в 2012 году пролечено 445 пациентов в дневном стационаре, а в 2013 году уже 645 человек.

Оплата пролеченных случаев по принципу «деньги следуют за больным» стирает границы территориальной прописки и прикрепленности пациента к медицинской организации, являясь условием для развития конкуренции. Лечение за счет бюджета повышает возможность для пациента получить помощь в другом регионе, а для медицинской организации – получить дополнительную прибыль.

Появились положительные результаты внедрения ЕНСЗ и в системе оплаты труда медицинских работников. Благодаря ЕНСЗ привлекательная для пациента медицинская организация получает больший объем финансовых средств, которые направляются, в том числе, на мотивацию труда. Средства, направляемые на дифоплату в 2013 году составили более 4 млн тенге.

Для определения степени удовлетворенности пациентов лечением проводится регулярное анкетирование пациентов. По данным анкетирования более 400 пациентов, находящихся на стационарном лечении, проведенного в 2013 году РЦРЗ, установлено, что более 90% воспользовались правом свободного выбора медицинской организации. 100% пациентов госпитализированы по желанию в

наш стационар. Из опрошенных респондентов 74% отмечают повышение доступности госпитализации в стационар, при этом, 73% воспользовались правом свободного выбора медицинской организации. 79% респондентов отметили, что отношение медицинского персонала стало более ориентировано на пациентов.

Отсутствуют жалобы населения, связанных с отказом в госпитализации. В целом, результаты внедрения ЕНСЗ убедительно доказывают, что создаются условия для конкуренции в системе государственного здравоохранения с активным привлечением

частного сектора путем совершенствования основных принципов финансирования субъектов здравоохранения, обеспечения равных возможностей для организаций всех форм собственности на оказание ГОБМП, а также реализации основного права пациента – права на свободный выбор.

Портал Бюро госпитализации – это эффективный инструмент взаимодействия амбулаторно-поликлинических организаций и стационаров, позволяющий осуществлять контроль действий медицинских работников как со стороны контролирующих органов, так и самим пациентом.

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘЛІМЕТІН БАСҚАРУ / УПРАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИЕЙ И СТАТИСТИКОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Шайдарова С. Ж.

Директор по лечебной работе, КГП «Поликлиника №4» г. Караганды

РАЗВИТИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НА ПРИМЕРЕ КГП «ПОЛИКЛИНИКА №4 Г. КАРАГАНДЫ»

Аталуы: «Қарағанды қаласы №4 емханасы» ҚМК үлгісіндегі медициналық – санитариялық алғашқы көмектің дамуы
Авторлары: С.Ж. Шайдарова, Қарағанды қаласы «№4 емхана» ҚМК емдеу жұмыстары жөніндегі директоры
Түйіндеме: Мақалада халықаралық стандарттарға сәйкес, халыққа медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсету барысында инновациялық әдістерді енгізу тәжірибесі көрсетілген. №4 емханада азаматтың дәрігерді еркін таңдау принципі мен стационарды алмастыратын медициналық көмек көрсету технологияларының дамуы жүзеге асырылуда. Скринингтік бағдарламалар мен профилактикалық зерттеулерге көп көңіл бөлінеді. Кешенді жан басына шаққандағы нормативі бойынша медициналық қызметкерлерге сараланған еңбек ақы төленеді, дәрігерлер мен медбикелердің біліктілік деңгейі артуда. Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі аясында дәрілік қамсыздандыру жақсаруда, жаңа ақпараттық технологиялар кең қолданылады. Атқарылып отырған шаралар халыққа медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсету сапасын жоғарлатуда елеулі әсер етеді.

Title: Development primary health care on the example of mse «Polyclinic № 4 Karaganda»

Authors: Shaidarova Zh. S., Director of medical work «Polyclinic № 4 Karaganda»

Abstract: The article describes the experience of introducing innovative methods of providing primary health care to the population, in accordance with international standards. The clinic number 4, implement the principle of free choice of doctor, develop inpatient technology. Much attention is given to the implementation of screening programs, conduct checkups. Introduced differentiated pay health workers on integrated capitated, continuously improving the professional level of doctors and nurses. Constantly improving drug provision in the framework of guaranteed health care widely used new information technologies. Ongoing activities significantly improve the quality of primary health care to the population.

Президент РК в ежегодном Послании народу Казахстана от 17.01.2014 года «Казахстанский путь – 2050: Единая цель, единые интересы, единое будущее», определил дальнейшее развитие первичной медико-санитарной помощи как одно из приоритетных направлений здравоохранения.

Первичная медико-санитарная помощь представляет собой первый уровень контакта населения с системой здравоохранения, первый этап непрерывного процесса охраны здоровья, который дополняется далее службами специализированной медицинской помощи [1].

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), по определению ВОЗ, является ядром национальной системы здравоохранения, выступает в качестве одного из ведущих

инструментов достижения стратегии здоровья для всех, т. к. выполняет главную её функцию.

Приоритетное развитие первичного звена здравоохранения обусловлено тем, что именно эта служба должна обеспечить гарантированный минимум медицинской, психологической и социальной помощи, доступность и комплексность медицинского обслуживания, координацию с другими службами здравоохранения, непрерывность наблюдения за ведением пациентов в различных ЛПУ, информированность пациентов об их состоянии, методах лечения, ожидаемых результатах [2].

В целях повышения доступности, эффективности и качества амбулаторно-поликлинической помощи проводится комплексное совершенствование, разработка и

внедрение рациональных форм и методов оказания первичной медико-санитарной помощи, отвечающей международным стандартам [3]. Меняется содержание оказываемой помощи из узкомецинского – к комплексному медико-социальному воздействию, с ориентацией на здорового активного человека, на семейный принцип обслуживания с выраженной профилактической направленностью.

Для дальнейшего совершенствования финансирования амбулаторно-поликлинической помощи, КГП «Поликлиника №4 г. Караганды» с 2013 года участвует в пилотном проекте по внедрению оплаты амбулаторно-поликлинической помощи по комплексному подушевому нормативу (КПН), согласно приказа МЗ РК №519 от 01.08.2012 года [4]. С 2014 года данный проект будет внедрен по всей стране.

Главная цель комплексного подушевого норматива (КПН) – повысить ответственность врачей первичного звена за состояние здоровья прикрепленного населения, обеспечить мотивацию врачей к улучшению качества медицинской помощи. В связи с этим разработан механизм увеличения расходов на службу ПМСП и профилактики заболеваний, а также сокращения необоснованных лабораторно-диагностических и консультативных услуг. Введение КПН предусматривает внедрение семейной медицины, обязательное повышение квалификации и увеличение количества врачей общей практики, делегирование части функций от профильных специалистов к врачам общей практики и от врачей к медицинским сестрам [5].

Для достижения поставленных целей наиболее значимым среди указанных показателей, является развитие института общей врачебной практики, с целью сокращения числа посещений узких специалистов, повышения качества первичной медико-санитарной помощи [6].

Мировая практика показывает, что ключевой фигурой в системе ПМСП является врач общей практики (ВОП) или семейный врач. В нашей поликлинике удельный вес врачей общей практики с каждым годом

растёт (в 2011 году – 11 ВОП (28%), в 2012 году – 16 ВОП (43%), в 2013 году – 22 ВОП, что составляет 71% от общего количества врачей ПМСП. Планируется до конца 2014 года довести количество ВОП до 90% от количества врачей ПМСП.

Специфика деятельности ВОП требует расширенной оптимальной профессиональной подготовки для оказания комплексной медицинской помощи. В связи с этим в реформировании ПМСП особое значение придается разработке и внедрению новых эффективных образовательных технологий и стандартов для ВОП. Для определения уровня подготовленности медицинских работников, в поликлинике:

- составлены профессиограммы для медицинских сестёр и врачей;
- разработаны рейтинговые оценки по индикаторам процесса и результата;
- ежемесячно проводятся тестирования медицинских работников на знание вопросов оказания медицинской помощи по социально-значимым заболеваниям;
- продолжается работа по усовершенствованию системы непрерывного профессионального развития кадров.

Согласно плана мероприятий, утверждённого Министерством здравоохранения Республики Казахстан от 18 июля 2012 года «Об утверждении Дорожной карты по совершенствованию функциональных обязанностей специалистов первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан» и составленному графику проводится повышение квалификации участковых врачей ПМСП по 8 приоритетным направлениям (кардиологии, неврологии, нефрологии, гастроэнтерологии, офтальмологии, эндокринологии, оториноларингологии, пульмонологии) [7]. В 2013 году организованы курсы для ВОП по кардиологии, эндокринологии, неврологии. Обучение проводится также каскадным методом на рабочем месте. Только за 2013 год 46 врачей и 66 СМР прошли обучение на 346 курсах повышения квалификации, лекциях, мастер-классах, семинарах, конференциях. В среднем каждый врач и медицинская сестра прошли обучение

по 3 курсам.

С целью повышения роли СМР и делегирования функций от ВОП к участковым медицинским сестрам:

- осуществляется отбор высококвалифицированных средних медицинских работников по результатам «профессиограмм»;

- наиболее опытные из них ведут самостоятельный прием пациентов, осуществляют обслуживание вызовов на дому и активное посещение пациентов;

- согласно программе «Обеспечение безопасной беременности» продолжается самостоятельный приём акушерками беременных женщин с нормальным физиологическим течением беременности.

Продолжается работа по созданию модели взаимоотношений «мотивированный сотрудник и удовлетворенный пациент». Эта модель повышает уровень удовлетворенности населения качеством оказываемых медицинских услуг и заинтересованности врача в конечных результатах своей работы.

Согласно разработанной рейтинговой оценки труда по индикаторам процесса для каждого сотрудника и ежемесячному мониторингу показателей, проводится дифференцированная оплата, через стимулирующий компонент подушевого норматива. Это позволяет создать конкурентную среду, повышает престиж медицинских работников и соответственно, влияет на удовлетворенность пациентов качеством предоставляемых медицинских услуг.

Таким образом, в амбулаторно-поликлинической службе появился важный мотивационный рычаг поощрения труда медицинских работников за улучшение качества предоставляемых медицинских услуг населению, возможность ежемесячного поощрения за качественную работу.

В целом, работа с применением комплексного подушевого норматива повышает эффективность использования финансовых ресурсов, выделяемых на ПМСП, повышает уровень квалификации и профессиональной подготовленности врачей ВОП и медицинских медсестер, а также уменьшает нагрузку на врачей профильных специальностей.

В поликлинике внедряется один из основных принципов ЕНСЗ по предоставлению пациенту права свободного выбора врача и медицинской организации [8]. Только за 2013 год, правом свободного выбора медицинской организации по прикреплению к поликлинике воспользовалось – 1974 человека.

Эффективно развиваются стационарозамещающие технологии, обеспечивающие эффективное использование коечного фонда, сокращение уровня необоснованной госпитализации [9]. В условиях дневного стационара нашей поликлиники в 2013 году прошли лечение 3710 пациентов, в стационарах на дому – 1298 пациента. В целом отмечается рост стационарозамещающих технологий на 1,35%, по сравнению с предыдущим годом.

Система здравоохранения в Республике Казахстан до недавнего времени была ориентирована на лечение болезней, а не на их профилактику. 75% расходов ГОБМП тратилось на оказание специализированной и скорой медицинской помощи и только 25% – на первичную помощь. Государственная Программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг. предполагает значительное смещение акцента со специализированной медицинской помощи на профилактические мероприятия, оказываемые на уровне ПМСП.

В поликлинике с 2011 года организовано отделение профилактики и социально-психологической помощи.

Специалисты отделения профилактики и социально-психологической помощи оказывают профилактические услуги в рамках ПМСП, социальные и психологические услуги населению в амбулаторных условиях и на дому.

Социальные работники проводят контроль за состоянием здоровья долгожителей на дому, осуществляют доставку бесплатных лекарственных средств, медицинский уход нуждающимся пациентам, по мере необходимости организуют госпитализацию в стационар, приглашают на дом для консультации профильных специалистов и психологов, обучают родственников правилам ухода за больными, помогают в решении вопросов соци-

ального характера и многое другое.

В отделении профилактики и социально-психологической помощи функционируют школы здоровья: кабинет планирования семьи, кабинет безопасной беременности, кабинет здорового ребенка, молодежный центр, антитабачный центр, школа сахарного диабета, коронарный клуб, школа бронхиальной астмы, клуб активного долголетия. Их деятельность ориентирована на:

1. Снижение уровня запущенных случаев социально значимых заболеваний – БСК, сахарного диабета, туберкулёза, онкозаболеваний и т.д.;

2. Снижение уровня госпитализаций в круглосуточные стационары;

3. Снижение количества вызовов скорой медицинской помощи.

В школах здоровья и клубах опытные специалисты проводят занятия по профилактике заболеваний, обучение по методикам дыхательной гимнастики, лечебной физкультуре, по программе ИВБДВ, грудного вскармливания, безопасной беременности. Пациенты получают информацию по режиму питания, закаливанию, по ведению активного здорового образа жизни и т.д. За 2013 год школы здоровья поликлиники посетило 5447 пациентов.

Работа по формированию здорового образа жизни и солидарной ответственности населения проводится также, через средства массовой информации, сайт поликлиники, путем проведения широкомасштабных акций, участие медицинских работников в телепередачах, транслирование видеороликов, распространение информационно-образовательных материалов (плакатов, буклетов, листовок, брошюр), маршрутное телевидение и др.

Результатом профилактической работы стало увеличение доли обращений пациентов с профилактической целью на 22%, по сравнению с предыдущим годом.

Одно из наиболее важных профилактических направлений медицинской деятельности поликлиники является проведение профилактических скрининговых осмотров, которые входят в гарантированный объем

бесплатной медицинской помощи.

Основной целью проведения профилактических скрининговых осмотров целевых групп населения является выявление заболеваний на ранних стадиях и предупреждение развития заболеваний, факторов риска, способствующих возникновению заболеваний, формирование и укрепление здоровья [10] (ст. 155 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения»).

В настоящее время, согласно Национальной скрининговой программе проводятся скрининги на раннее выявление болезней системы кровообращения, сахарного диабета, глаукомы, злокачественных новообразований, предопухолевых заболеваний молочной железы, шейки матки, толстой и прямой кишки, на вирусные гепатиты В и С. Перечень и объем скрининговых обследований ежегодно расширяется. С 2014 года КГП «Поликлиника №4 г. Караганды» участвует в пилотном проекте по внедрению скрининговых исследований на раннее выявление рака простаты, рака печени, рака пищевода и желудка.

План Национальной скрининговой программы в нашей поликлинике в 2013 году выполнен на 100%. Все вновь выявленные пациенты с хроническими заболеваниями и/или перенесшие отдельные острые заболевания взяты на диспансерный учет и динамическое наблюдение, проводится их оздоровление.

Ежегодно увеличиваются затраты на гарантированный объем бесплатной медицинской помощи, расширяется его перечень [11,12].

Улучшается лекарственное обеспечение, согласно «Перечню лекарственных препаратов, для бесплатного обеспечения населения в рамках ГОБМП на амбулаторном уровне [9]».

Пациенты, состоящие на диспансерном учете с определенными заболеваниями, указанными в перечне, имеют право на бесплатное обеспечение лекарственными средствами - всего 152 наименований лекарственных средств, по 44 заболеваниям. На диспансерный учет пациенты берутся после проведения обследования в полном объеме с

подтверждённым диагнозом [13,14].

Улучшается материально-техническое оснащение ПМСП. За период внедрения ЕНСЗ в поликлинике:

- оборудовано 7 кабинетов ВОП и 3 кабинета доврачебного приёма;

- закуплены: аппарат суточного мониторинга ЭКГ и АД, тредмил система, оказывающая кардиологическую помощь (электрокардиограф, беговая дорожка), стоматологическая установка, дентальный рентген аппарат, камера для хранения стерильных инструментов, УЗИ аппарат, гастрофиброскоп, ЭКГ, тонометры внутриглазного давления, акутренды для измерения уровня глюкозы и холестерина крови экспресс методом, лобные рефлекторы, таблицы для измерения остроты зрения, весы,

ростомеры, вибромассажер.

В рамках ЕНСЗ в настоящее время в активной фазе находится реализация Единой информационной системы здравоохранения (е-здравоохранение), призванное улучшить качество оказываемой медицинской помощи за счет снижения бумажного документооборота. Созданы республиканское и региональные электронные порталы, формируются электронные паспорта здоровья населения.

В целом, можно сделать вывод об эффективности предпринимаемых государством реформ по совершенствованию развития амбулаторно-поликлинической помощи в нашей стране, критерием которых является улучшение качества жизни населения и увеличение продолжительности лет до 80 лет.

Источники:

1. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», утвержденный Указом Президента Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV ЗРК .
2. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, утверждённая Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113.
3. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 января 2011 года № 7 «Об утверждении Положения о деятельности организации здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь».
4. Приказ МЗ РК №519 от 01.08.2012 года «О реализации пилотного внедрения оплаты амбулаторно-поликлинической помощи по комплексному подушевому тарифу».
5. Постановление Правительства Республики Казахстан от 30 марта 2012 № 395 «О внесении изменений в постановление Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009 года №2131 «Об утверждении государственного норматива сети здравоохранения Республики Казахстан».
6. Приказ МЗ РК от 6 апреля 2012 года №226 «О внесении изменений в приказ МЗ РК от 26 ноября 2009 года № 801 «Об утверждении методики формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках ГОБМП».
7. Дорожная карта МЗ РК от 18.07.2012 года «План мероприятий по делегированию функций профильных специалистов врачам общей практики и части врачебных функций участковым медицинским сёстрам».
8. Приказ МЗ РК от 30.12.2010 г. № 1000 «О создании и ведении регистра прикрепленного населения к организациям здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь».
9. Постановление Правительства Республики Казахстан от 6 декабря 2011 года № 1472 «Об утверждении Правил оказания стационарозамещающей помощи».
10. Приказ МЗ РК №145 от 17.03.2011 г. «О внесении изменений в Приказ и.о. Министра здравоохранения МЗ РК № 685 от 10.11. 2009 г. «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп».
11. Постановление Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009 года № 2136 «Об утверждении Перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП)».
12. Постановление Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2010 года № 1363 «О внесении изменений в Постановление Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009 года № 2136».
13. Приказ и.о. Министра здравоохранения от 4 ноября 2011 года №786 «Об утверждении перечня лекарственных средств и изделий медицинского назначения для бесплатного обеспечения населения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на амбулаторном уровне с определёнными заболеваниями и специализированными лечебными продуктами».
14. Приказ МЗ РК №571 от 14.11. 2005 г. «Об утверждении протоколов (стандартов) диспансеризации больных с хроническими формами заболеваний».

Нургалиева Ж.Т.*Начальник отдела по стандартизации электронного здравоохранения***Спатаев Е.М.***Координатор компонента по развитию информационной системы здравоохранения Группы поддержки реализации проекта Всемирного банка***Алданазаров Е.Д.***Главный специалист отдела по стандартизации электронного здравоохранения РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК»***К ВОПРОСУ О СТАНДАРТИЗАЦИИ ЭЛЕКТРОННОГО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**

Аталуы: Қазақстан Республикасында электрондық денсаулық сақтауды стандарттау мәселелері туралы

Авторлары: **Ж.Т. Нұргалиева**, «Республикалық денсаулық сақтауды дамыту орталығы» ШЖҚ РМҚ-ның электрондық денсаулық сақтауды стандарттау бойынша бөлімінің басышысы; **Е.М. Спатаев**, Электрондық денсаулық сақтауды дамыту бойынша үйлестіруші, Халықаралық банктің жобасы; **Е.Д. Алданазаров**, «Республикалық денсаулық сақтауды дамыту орталығы» ШЖҚ РМҚ-ның электрондық денсаулық сақтауды стандарттау бойынша бөлімінің бас маманы

Түйіндемесі: Мақалада Қазақстан Республикасында электрондық денсаулық сақтауды дамыту кезеңдері, әсіресе бастапқы ақпараттандыру кезеңінен бастап 2013-2020 жылдарға арналған электрондық денсаулық сақтауды дамыту жөніндегі тұжырымдамасының өзекті мәселелердің бірі - электрондық денсаулық сақтауды стандарттау мәселесі туралы баяндалған.

Title: About e-Health standardization in the Republic of Kazakhstan

Authors: **Nurgaliyeva Z. T.**, Head of e-Health standardisation unit of the Republican Centre for Health Development; **Spatayev Y. M.**, Coordinator of e-Health Development, MOH & IBRD Health Sector Technology Transfer & Institutional Reform Project; **Aldanazarov Y. D.**, Chief-specialist of e-Health standardisation unit of the Republican Centre for Health Development

Abstract: This article provides information about e-Health development stages in Kazakhstan from the beginning level of informatization to the concept view creation level according to Kazakhstan e-health Development Concept for 2013-2020 years and e-Health standardisation is the keynote.

Информатизация здравоохранения – задача, которую поставили перед отечественным здравоохранением еще в 90-х годах прошлого столетия, поскольку с развитием информационных технологий, появилась возможность внедрения ряда информационных систем. Данные системы были направлены на сбор информации в соответствии с учетно-отчетной документацией. На том этапе развития программные комплексы использовались для предоставления отчетов на региональном и республиканском уровне.

В 2005 году Министерством здравоохранения был начат проект создания Единой информационной системы здравоохранения Республики Казахстан (ЕИСЗ).

Главной целью ЕИСЗ, как информационной и технологической платформы, было определено создание информационной структуры здравоохранения Республики Казахстан, соответствующей уровню экономического, социального, технического, технологического развития общества и обеспечивающей рациональное использование ресурсов здравоохранения при более качественном предоставлении медицинских услуг населению. Медицинские работники должны были быть освобождены от ручного ведения части учетной и отчетной документации и, кроме того, должны были получать возможность доступа к определенным сведениям о здоровье пациентов. Однако данные результаты не достигнуты, поскольку внедрение ЕИСЗ

не соответствовало первоначально запланированным темпам в виду многочисленных обстоятельств, одним из которых является сложность централизованной поддержки и обеспечения функционирования всех компонентов ЕИСЗ силами одной организации – Министерства здравоохранения. Внедрение произошло в полной мере в г. Астана, Акмолинской и Карагандинской области.

Также за период с 2010 по 2013 годы в рамках реализации задач Единой национальной системы здравоохранения был разработан и внедрен на всей территории Республики Казахстан ряд веб-базированных информационных систем (веб-приложений).

Параллельно с вышеописанными процессами в 2012 году Швейцарским институтом общественного здравоохранения (Swiss Tropical and Public Health Institute) совместно с международными экспертами была проведена оценка существующей системы информатизации здравоохранения, одним из выводов которой был: устаревшая, не основанная на стандартах, архитектура ЕИСЗ (отсутствие единой унифицированной архитектуры).

С учетом полученных рекомендаций была разработана Концепция развития электронного здравоохранения на 2013–2020, утвержденная приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 сентября 2013 года № 498 (Концепция), где ключевое место отведено вопросу стандартизации е-здравоохранения. В рамках Концепции предполагается переход от централизованного принципа развития, когда все действия по информатизации осуществлялись одной организацией – Министерством здравоохранения, к децентрализованному, когда всем организациям здравоохранения предоставляется возможность участвовать в процессе развития электронного здравоохранения. При этом ключевым действием, без которого невозможно обеспечить реализацию единого информационного пространства здравоохранения, является стандартизация электронного здравоохранения, то есть обеспечение единых правил для всех участников процесса.

В целях реализации Концепции на базе Республиканского центра развития здравоохранения

создан отдел по стандартизации электронного здравоохранения. Целью созданного отдела является содействие развитию электронного здравоохранения, повышению качества медицинских услуг и укреплению здоровья населения посредством разработки и внедрения стандартов электронного здравоохранения, а также выполнение следующих функций:

1) разработка стандартов, регламентов, рекомендаций, методических пособий и проектов нормативных правовых актов по вопросам электронного здравоохранения;

2) внедрение стандартов, регламентов, рекомендаций, методических пособий и нормативных правовых актов по вопросам электронного здравоохранения в организациях здравоохранения;

3) мониторинг, оценка и пересмотр стандартов, регламентов, рекомендаций, методических пособий и нормативных правовых актов по вопросам электронного здравоохранения;

4) содействие процессам межведомственного и внутриведомственного взаимодействия по вопросам стандартизации и регулирования электронного здравоохранения.

Также отделом ведется работа по обеспечению деятельности технического комитета № 83 «Электронное здравоохранение», созданного приказом Председателя Комитета технического регулирования и метрологии Министерства индустрии и новых технологий Республики Казахстан от 8 января 2014 года № 1-од, областью деятельности которого является электронное здравоохранение.

На сегодняшний день разработаны и утверждены, приказом И.о. Министра здравоохранения «Об утверждении технической документации в сфере электронного здравоохранения» № 75 от 10 февраля 2014 года, пять базовых стандартов электронного здравоохранения:

- Стандартные требования к электронному паспорту здоровья;
- Стандартные требования к электронной медицинской записи;
- Стандартные требования к идентификации действующих сторон здравоохранения;
- Технические требования к взаимодействию (передаче сообщений) с информационными системами е-здравоохранения;

•Регламент по обеспечению информационной безопасности.

Более детально ознакомиться с приведенными стандартами можно на сайте Министерства здравоохранения Республики Казахстан, а в данной обзорной статье мы остановимся только на основных моментах, отраженных в утвержденной документации.

Стандартные требования к электронному паспорту здоровья – данный документ является основополагающим для создания единой информационной среды здравоохранения. Стандартные требования создавались с учетом требований международного стандарта EN 13940 «Система понятий обеспечивающих непрерывность оказания медицинской помощи» (System of concepts to support continuity of care) (далее – международный стандарт EN 13940). Целью стандартных требований является обеспечение внедрения единых принципов структурирования информации о здоровье, обеспечивающих взаимодействие медицинских работников и медицинских организаций при оказании ими медицинской помощи для реализации системы электронного здравоохранения, ориентированной на пациента. Определение структуры, содержания, области применения и жизненного цикла электронного паспорта здоровья (ЭПЗ), а также обеспечение функционального взаимодействия между ЭПЗ, электронными медицинскими записями и другими системами электронного здравоохранения – основная задача разработанного документа. ЭПЗ представляет собой набор информации о пациенте, собираемой в течение всей его жизни в электронном виде и структурированной особым образом с целью обеспечения непрерывности оказания медицинской помощи. ЭПЗ создается единожды в течение жизни пациента и ведется врачом первичной медико-санитарной помощи, к участку которого прикреплен пациент.

Минимальный набор данных и структура сбора информации в ЭПЗ должны обеспечить сохранение клинического контекста, отражающего в каких условиях и по какой причине были оказаны те или иные медицинские услуги, назначено лечение и т.п.

Стандартные требования к электронной медицинской записи определяют электронную медицинскую запись как неотъемлемую часть электронного паспорта здоровья, которая формируется на уровне отделений стационаров, консультативно-диагностических отделений поликлиник, отделений и службы скорой медицинской помощи, организаций восстановительного лечения и медицинской реабилитации. Целью данных стандартных требований является согласованность представления процесса оказания медицинской помощи медицинскими организациями и специалистами на всех уровнях оказания медицинской помощи, для реализации системы электронного здравоохранения, ориентированной на пациента.

Данные стандартные требования определяют содержание и описание жизненного цикла электронной медицинской записи с целью обеспечения функционального взаимодействия между электронной медицинской записью и электронным паспортом здоровья, а также взаимодействия с любыми другими системами электронного здравоохранения, расширяющие требования Стандартных требований электронного паспорта здоровья.

Следующим документом по значимости можно определить стандартные требования к идентификации действующих сторон здравоохранения. Под действующими сторонами здравоохранения понимаются медицинские организации, медицинские работники и пациенты. Данные стандартные требования обеспечивают целостность данных и информации в пространстве электронного здравоохранения в ходе взаимодействия пациентов, медицинских работников и организаций здравоохранения в процессе оказания медицинской помощи. Задачей стандартных требований является определение сторон и объектов электронного здравоохранения и применение к ним идентификаторов, которые являются уникальным признаком объекта, позволяющим различать его от других объектов информационной системы. В качестве идентификаторов в информационном пространстве электронного здравоохранения

ранения приняты ИИН, БИН и ОИД.

Регламент по обеспечению информационной безопасности так же является первоочередным, учитывая что обеспечение конфиденциальности данных является приоритетной задачей. Информация о здоровье пациентов, включенная в электронный паспорт здоровья, должна быть защищена от несанкционированного доступа в соответствии с Кодексом Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения»[2] и Законом Республики Казахстан от 21 мая 2013 года № 94-V «О персональных данных и их защите»[3]. Персональная информация о здоровье относится к категории конфиденциальных электронных информационных ресурсов, получение, обработка и использование которых, ограничивается целями, для которых она собирается. Документ описывает правила предоставления доступа к информационным системам, роль и обязанности субъектов и объектов доступа.

Технические требования к взаимодействию (передаче сообщений) с информационными системами электронного здравоохранения устанавливают требования к формату, составу и содержанию электронного сообщения, обеспечивающего информационное вза-

имодействие с центральными информационными системами е-Здравоохранения. Кроме того, данные технические требования определяют взаимодействие участников информационного обмена, устанавливают правила интеграции с информационными системами пространства е-Здравоохранения и определяют требования к техническому обеспечению информационного обмена между информационными системами, порядок, режимы работы и способы передачи данных.

Таким образом, первые шаги в становлении стандартизации электронного здравоохранения сделаны. Работа технического комитета № 83 в ближайшие годы будет направлена на доведение стандартных требований к электронному паспорту здоровья и электронной медицинской записи до уровня Национальных стандартов Республики Казахстан. Помимо разработанной и утвержденной отраслевым приказом технической документации, отделом по стандартизации электронного здравоохранения, совместно с рабочей группой и международными консультантами разрабатываются проекты базовых стандартов, для успешной реализации нового видения развития электронного здравоохранения в соответствии с Концепцией.

Источники:

1. «Концепция развития электронного здравоохранения Республики Казахстан на 2013-2020 гг.», утвержденная приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 сентября 2013 г. № 498.
2. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года № 193-IV.
3. Закон Республики Казахстан «О персональных данных и их защите» от 21 мая 2013 года № 94-VI.
4. National eHealth Strategy Toolkit – Всемирная организация здравоохранения, 2012 г.

А.Б. Смагулова**И.З. Мамбетова****З.И. Умарова****С.М. Мадьярова****Л.Д. Герина***КазНМУ им.С.Д. Асфендиярова, ГДП №8 г. Алматы*

РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ ГККП «ГДП № 8» ЗА 6 МЕСЯЦЕВ 2013 г.

Аталуы: 2013 жылғы 6 бойы балалаға көрсетілген медициналық көмектің сауалнама нәтижелері**Авторлары:** Смағұлова Ә. Б., Мамбетова И. З., Умарова З. И., Мадьярова С. М., Герина Л. Д., С.Д. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, №8 ҚБЕ Алматы қ.**Түйіндемесі:** Зерттеу мақсаты медициналық көмектің сапасын анықтау үшін тұрғындар арасында сауалнама өтті. Зерттеу Алматы Қалалық балалар №8 емханасында жүргізілді. Сауалнама нәтижесі балалар арасында медициналық көмек көрсетудің оң нәтижесін көрсетті.**Title:** The results of the survey to provide medical care for the child population of 6 month of 2013 year**Authors:** Smagulova A. B., Mambetova I. Z., Umarova Z. I., Madiarova S. M., Gerina L. D., Kansu, CCP № 8**Abstract:** The aim of the study was to investigate the quality of health care survey conducted by population.

The study was conducted on the basis of City Children's Polyclinic № 8 of Almaty. The results of survey indicates positive response among the public to provide medical care for children's population.

Первичное медико-санитарное звено занимает ведущее место в системе здравоохранения. Основным медицинским учреждением с профилактической направленностью является детская поликлиника – первичное звено здравоохранения, работа которой заключается в сплошной диспансеризации детского населения с первых дней жизни, системе мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, обеспечении современной, квалифицированной медицинской помощи детям и матерям, профилактике заболеваний и детской смертности, воспитанию здорового

Таблица №1.

5 0,6%	5 0,6%	5 0,6%	5 0,6%	5 0,6%	5 0,6%	5 0,6%	5 0,6%
Очередность в регистратуре	606 81%	74 9,8%	11 1,4%	2 0,2%	2 0,2%	47 6,2%	10 1,3%
Прием участкового врача	542 60,4%	184 24,5%	66 8,8%	19 2,5%	4 0,2%	13 1,7%	10 1,3%
Прием профильного специалиста	337 45%	224 9,9%	58 7,7%	103 13,7%	5 0,6%	-	21 2,8%

Таблица №2.

	до 3 часов	до 6 часов	более 6 часов	не явился врач
Время ожидания участкового врача на дому после слеанного вызова	448 (59,8%)	214 (28,6%)	7 (0,9%)	1 (0,1%)

ребенка. Поликлиника обеспечивает лечебно-профилактическую помощь детям до 14 лет 11 месяцев 29 дней [1,2].

В Казахстане вопросы здоровья детей являются составной и неотъемлемой частью государственной политики в области здравоохранения и занимают ведущую роль в достижении цели по улучшению здоровья и продолжительности жизни населения.

Целью исследования было изучение удовлетворенности прикрепленного населения качеством оказания первичной медико-санитарной помощи в поликлинических условиях на современном этапе, путем анкетирования населения.

Исследование проводилось на базе Городской детской поликлиники №8 города Алматы. С этой целью разработаны анкеты для прикрепленного населения, включающие вопросы организации и качества оказания медицинской, социальной и психологической помощи детскому населению.

Методом сплошной выборки (за 6 месяцев 2013 года) проанализировано – 748 анкет, где количество городских жителей составило – 738 (98,6%) и 10 (1,4%) сельских жителей.

В таблице №1 показано время ожидания приема профильного специалиста и участкового врача на дому и на приеме. 542 (60,4%) детей на прием к участковому врачу, 337 (45%) детей к профильному врачу попали в течение 15 минут. Более часа ожидали участкового врача 4(0,5%)детей и 5 (0,6%) детей к узким специалистам.

В таблице № 2 показано время ожидания участкового врача после сделанного вызова, в течение первых 3 часов обслужено около

448 (60%) вызовов, 214 (28,6%) обслужены до 6 часов и более 6 часов 7 детей, что составило 0,9%. 7 вызовов на дом Обслужены после 14.00 часов дежурными врачами поликлиники.

Таким образом, время ожидания приема участкового врача до часа составило более 80%, профильных врачей около 80%. Положительным качеством обслуживания участковым врачом на дому составило 689 (92,1%) детей.

Количество и названия лекарственных препаратов определено гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи и выписываются соответственно нозологиям детям до 5 лет, инвалидам и детям из социально не благополучных семей. Удовлетворенность оформлением рецептов и лекарственных препаратов на льготной или бесплатной основе составляет – 650 (86,8%). Не в полном объеме 56 (74,1%), не удовлетворенность составило 7 (0,9%), рецепты на лекарственные препараты не выписывались 35 (4,6%) опрошенных.

В разделе взимается ли плата за медицинское обслуживание ответили не взималось 682 (91,1%) опрошенных, оплата производилась за б/х анализ крови 2-0,4%, за ФГДС – 1-0,1%, за ИФА 28-3,7%. В 100% случаев отметили, что за медицинские услуги в дневном стационаре плата не производилась.

Высок процент удовлетворенности медицинским обслуживанием, который составил 93,8% проанкетированных.

Таким образом, результаты анкетирования, свидетельствует о положительном отзыве среди населения по оказанию медицинской помощи детскому населению в детской городской поликлинике №8.

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЭКОНОМИКАСЫ ЖӘНЕ ҚАРАЖАТТЫ МЕНГЕРУ / ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И УПРАВЛЕНИЕ ФИНАНСАМИ

Касымбеков Р.

Ведущий специалист

Жабыкова С. Х.

Ведущий специалист

Картаева С. К.

Специалист

Центр Аккредитации, РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»

СЛИЯНИЯ И ПОГЛОЩЕНИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Аталуы: Денсаулық сақтау саласындағы қосылулар мен жұтылулар

Авторлары: Р. Қасымбеков, жетекші маман; С. Х. Жабықова, жетекші маман; С. К. Картаева, маман, Аккредиттеу орталығы, «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМҚ

Түйіндеме: Бүгін Қазақстан әлемдік экономикалық шаруашылығымен біріктірілген. Ғаламдық және аймақтық процесстер болғандықтан барлық салаларындағы компаниялардың дамыту стратегиялары өзгеруде. Бұл нығаю мәмілердің өсуінде қамтылады. Сонымен қатар бұл денсаулық сақтау саланы тиеді. Мақалада денсаулық сақтау саласындағы қосылу және жұтылу тәлімдері қарастырылады.

Title: Mergers and acquisitions in the field of the healthcare

Authors: Kasymbekov R., leading specialist; Zhabykova S. H., leading specialist; Kartayeva S. K., specialist, Accreditation Centre, NSE on PVC «National Center for Health Development»

Abstract: Today Kazakhstan is integrated into the global economy. Due to global and regional integration processes the development strategies of companies in all industries are changing. This is reflected in the growth of consolidation transactions. It's seem to be directly in healthcare. This article discusses examples of mergers and acquisitions in health care.

Интеграционные процессы в мировой экономике в последние 20 лет ускоряются. И если раньше были только прогнозы и предположения о мировой экономике, как едином целом, то сегодня это уже реальность.

Конечно же, мировая экономика представляла собой совокупность национальных экономик, где существовали границы, таможенные барьеры, национальные валюты, договора нужно было корректировать с уче-

том национальных особенностей законодательств стран, то сегодня интеграционные процессы настолько тесно спаяли страны, развитие информационных систем и интернета только способствовало размытию географических границ. Крупные корпорации перестали быть частью какого-то одного государства. Осуществляя свою деятельность по всему миру эти корпорации в первую очередь заинтересованы в едином мировом экономическом пространстве.

Если смотреть на глобализацию как на процесс изменений в мировом порядке, то можно рассмотреть этапы, каким и является регионализация. Страны начинают объединяться по схожести своего географического расположения, исторического прошлого, схожести экономик, близкой культурной идентификации. Облегчая торговые отношения между собой, в таких союзах вводят наднациональные валюты. Ярким примером такой регионализации может служить Европейский Союз.

Естественным образом такие изменения находят отклик в миграции населения, движении капитала, перераспределении сырьевых и производственных ресурсов, стандартизируется законодательство. Таким образом, интеграционные процессы, как бы они не казались нам далеким явлением, напрямую влияют на все сферы жизни человека.

В здравоохранении это четко прослеживается. Как стремительно развиваются интеграционные процессы, так и развивается медицинский туризм. Люди начинают выбирать между медицинскими организациями не только внутри страны проживания, а по всему миру. В этой связи здравоохранение также является сферой глобализации и интеграционных механизмов между странами.

С точки зрения населения мировые интеграционные процессы несут собой ряд определенных преимуществ (к примеру, можно выбрать клинику доступнее по цене, совместить отдых и лечение), но что делать медицинским организациям? Как интеграционные процессы могут повлиять на систему здравоохранения? И как такие процессы могут отразиться на системе здравоохранения Казахстана? Конечно, меняется поведение персонала. Более квалифицированные кадры ищут подходящее место работы не только внутри своей страны, но и в других странах. Появляются риски потери ценных кадров. Другим аспектом является улучшение материальной и технической базы медицинского учреждения. Однако существует огромный риск того, что на внутренний рынок могут выйти сильные игроки извне. К примеру, создаваемое единое экономическое пространство между Казахстаном, Россией и Белоруссией может привести к вхождению

больших сетей частных медицинских компаний из России на рынок Казахстана. Поэтому одним из механизмов защиты своей доли рынка (в то же время и инструментом расширения) может служить консолидация (слияние и поглощение).

В таких условиях компании стремятся расширить свою деятельность, найти более дешевые ресурсы и логистические решения. С другой стороны компании начинают рассматривать как конкурентов не только местные локальные компании, но и международных игроков. Чтобы увеличить свою долю рынка, стать более крупным игроком, увеличив свои возможности, компании все больше прибегают к слияниям. В соответствии с общепринятыми за рубежом подходами под слиянием подразумевается любое объединение хозяйствующих субъектов, в результате которого образуется единая экономическая единица из двух или более ранее существовавших структур. С юридической точки зрения существует достаточно большое количество способов объединения.

В области здравоохранения слияния и поглощения как процесс хорошо выделяются на фармацевтическом рынке. Хотя и среди лечебно-профилактических организаций также известны сделки по слияниям и поглощениям.

Как отмечают Томас Дж. Херд и Райан Макманус в своей статье «Кто сказал, что слияния и поглощения невыгодны?» более половины всех сделок по слиянию и поглощению, а это 58%, оказывались прибыльными. В этой статье мне бы хотелось рассмотреть вопрос о слияниях и поглощениях в сфере здравоохранения. Могут ли быть такие сделки прибыльными с точки зрения экономической выгоды? Могут ли эти процессы благоприятно сказаться на качестве оказываемых услуг.

В упомянутой выше статье приводится следующая диаграмма.

Одними из крупных сделок по слияниям и поглощениям в сфере здравоохранения являются сделки таких гигантов как Pfizer, Sanofi SA. Объем сделок с участием французского гиганта фармацевтической промышленности Sanofi SA с 2008 года превысил 24



млрд. евро, включая поглощение американской Genzyme за 20 млрд евро.

Еще один интересный факт – в период финансового кризиса 2007-2009 гг. фармацевтический рынок вырос на 7%. По прогнозам IMS Health, в ближайшее время количество брэндированных средств будет уменьшаться и упадет ниже показателей 2010 года (до 53%). В таких условиях процессы слияний и поглощений станут стратегией развития многих компаний, что поможет им сохранить динамику роста, финансовой стабильности и достичь синергического эффекта.

Как отмечают многие исследователи, консолидация является высшим этапом в развитии компаний. Это также можно проследить и в разрезе так называемого «медицинского бизнеса». Частный сектор медицинских услуг растет с каждым годом. Хотелось бы отметить, что структура систем здравоохранения, а также развитие частного сектора медицинских услуг в странах бывшего СССР схожи между собой, хотя есть и

различия. Поэтому крупнейшей сделкой по слияниям и поглощениям на всем постсоветском пространстве можно назвать поглощение ГУП «Медицинский центр управления делами мэра и правительства Москвы» крупнейшей сетью частных медицинских центров России «Медси» (принадлежит управляющей компании «АФК Система»).

Будучи в государственном управлении «Медицинский центр управления делами мэра и правительства Москвы» имел неэффективный менеджмент (с точки зрения экономических факторов) и, как и все государственные учреждения, финансировался бюджетными средствами, что делало организацию неконкурентоспособной с рыночной точки зрения.

Конечно, сегодня компания пересматривает подходы управления, модернизирует материально-техническую базу, что отражается на прибыли. Forbes.ru указывает, что на конец 2012 года прибыль всей сети упала на 85%. Однако как отмечает Евтушенко (вла-

делец управляющей компании «АФК Система»), «Прибыль и должна была упасть, ведь мы взяли неэффективное, трудное дитя».

Сейчас трудно делать выводы, было ли решение поглотить ГУП «Медицинский центр управления делами мэра и правительства Москвы» преждевременным или неэффективным, но одна вещь очевидна – процесс рыночного развития и, как следствие, поглощение слабых игроков более крупными, слияние и консолидация мелких (средних) участников рынка неизбежно.

Такие процессы неизбежны и в Казахстане. Сегодня крупные медицинские компании имеют в своих активах медицинские

клиники, компании по продаже медицинского оборудования. Куда же расти дальше? Одним из ответов будет поглощение более мелких игроков или неэффективных государственных больниц (поликлиник). На мой взгляд, собственникам частных медицинских организаций стоит задумываться о консолидациях уже сегодня еще и потому, что идет активная интеграция России, Казахстана и Белоруссии, создается Единое Экономическое Пространство.

Сильные компании будут заходить с более эффективным управлением на отечественный рынок медицинских услуг и теснить лидеров местного рынка.

Туякова А. Б.

Начальник отдела юридического обеспечения, магистрант Академии государственного управления при Президенте Республики Казахстан
ГУ «Управление здравоохранения Карагандинской области»

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РАЗВИТИЯ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Аталуы: Қазақстан Республикасындағы денсаулық сақтау жүйесінде мемлекеттік-жеке меншік әріптестікті дамытудың өзекті сұрақтары

Авторлары: А. Б. Туяқова, Заңдық қамтамасыз ету бөлімінің басшысы, Қазақстан Республикасының Президенті жанындағы Мемлекеттік басқару академиясының магистранты, «Қарағанды облысы Денсаулық сақтау басқармасы» ММ

Түйіндемесі: Мақалада Қазақстан Республикасында мемлекеттік-жеке меншік әріптестікті ендіру және дамытудың өзекті сұрақтары қарастырылған, денсаулық сақтау саласында мемлекеттік-жеке меншік әріптестікті қолдану жағдайлары, артықшылықтары және бағыттары талданған, бәсекелестікті дамытуға және медициналық көмектің сапасы мен қолжетімділігін жоғарылатуға бағытталған бизнес және мемлекет арасындағы өзара байланыс нысандарын ынталандыруға арналған шаралар ұсынылған.

Title: Topical issues of development of public-private partnership in the system of health care in Republic of Kazakhstan

Authors: Tu yakova A. B., Head of legal support, Undergraduate Academy of Public Administration under the President of Kazakhstan, SI «Health Department of Karaganda region»

Abstract: «Polyclinic № 3» Karaganda became a member of the pilot project of the Ministry of health of the Republic of Kazakhstan on improvement of functional duties of the doctor and the average worker (PHC). This article describes the experience of implementation of, recommendations on the delegation of authority from the GP to the nurse and from a narrow specialist to GP. The delegation, as a term used in control theory, means the transfer of tasks and powers of the person who assumes responsibility for their implementation. Reform in nursing, changing attitudes on the quality and quantity of medical care brought the issue of rational and effective labour organization of nursing staff.

В Послании Президента Республики Казахстан – Лидера нации Нурсултана Назарбаева народу Казахстана «Стратегия «Казахстан-2050» – новый политиче-

ский курс состоявшегося государства» было отмечено: «Нам удалось добиться заметного прогресса в деле улучшения здоровья нации. Для повышения эффективности сферы здраво-

охранения реформирована ее система организации, управления и финансирования» [1].

В современный период экономическое развитие Республики Казахстан отличается социальной направленностью. В условиях социально-ориентированной экономики сфера здравоохранения является одним из приоритетных направлений нашего государства.

Для системы здравоохранения Казахстана сейчас наиболее актуальны проблемы повышения эффективности качества оказываемых медицинских услуг. Поэтому бюджетная политика в области финансирования здравоохранения включает в себя обеспечение доступной и качественной медицинской помощи всему населению Республики Казахстан.

Как показывает зарубежный опыт, характер реформ с преобладанием государственных форм финансирования здравоохранения во многом отражают состояние национальной экономики. Поэтому, в республике организация эффективной системы финансового обеспечения здравоохранения, направлена на формирование здоровой конкурентоспособной нации.

Проведение реформы бюджетной системы Республики Казахстан, связано с переходом на методы бюджетирования, ориентированные на результаты. В среднесрочном периоде с учетом новых подходов в бюджетном планировании проводится умеренная политика государственных расходов, предусматривающая не ограничение, а рост расходов бюджета, оказывающих стимулирующее воздействие на экономику в целом.

В последние годы политика расходов направлена на обеспечение полного выполнения государственных обязательств, в соответствии с обозначенными приоритетами социально-экономической политики страны, при этом охрана и сохранение здоровья населения выступает одним из важнейших задач развития нашей республики. Одновременно сфера здравоохранения представляет собой важнейший сектор финансовых отношений, надлежащее функционирование которого требует не только огромных средств, но и современных форм эффективного управления бюджетными ресурсами.

В настоящее время развитие сферы здравоохранения вступает в этап институциональных преобразований, совершенствование кадрового потенциала, предоставление качественных медицинских услуг и развитие инфраструктуры. Одним из направлений повышения эффективности финансирования системы здравоохранения, как показывает мировая практика, является развитие государственно-частного партнерства.

Проблема взаимодействия государства и частного здравоохранения многогранна, и одной из граней ее выступает государственно-частное партнерство. В самом широком смысле государственно-частное партнерство представляет собой «совокупность форм долгосрочного взаимодействия государства и бизнеса для решения общественно значимых проблем, на взаимовыгодных условиях» [2]. В случае со здравоохранением такое партнерство создает возможности повышать уровень здоровья, сохранять социальную стабильность в обществе, повышать качество медобслуживания до уровня мировых стандартов, оптимизировать государственные расходы и минимизировать структурные диспропорции, тем самым выступая действенным инструментом при реформировании здравоохранения.

Существует достаточно много толкований термина государственно-частное партнерство. Некоторые понимают это как простое привлечение частных медицинских компаний для осуществления государственного заказа в здравоохранении. Есть и другие определения. В классическом понимании государственно-частное партнерство – это объединение усилий государственных организаций и частных компаний для достижения социально значимых целей на взаимовыгодной основе. Во многих странах структуры, созданные на основе государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения, действуют весьма успешно. В Казахстане же подобных проектов практически нет. Что мешает развитию государственно-частного партнерства в нашей стране? Насколько государственно-частная медицина будет доступна? В чем заключаются ее преимущества? Какие, в свою

очередь, существуют риски и для бизнеса и для государства? Анализ современного состояния инфраструктуры больничных организаций Казахстана показал, что 63% больниц размещены в зданиях, построенных более 30 лет назад, около 50% стационаров находятся в нетиповых зданиях; 25% больниц имеют малую коечную мощность; согласно минимальным нормам оснащения одна треть стационаров не полностью обеспечена необходимым оборудованием и инструментами медицинского назначения. Это приводит к нерациональному и неэффективному использованию финансовых ресурсов, выделенных на эксплуатацию устаревших зданий, высоким издержкам управления больницами, низким темпам внедрения современных технологий, к низкому уровню предоставляемой медицинской помощи населению.

Государственно-частное партнерство (ГЧП) – один из индикаторов реализации государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы [3]. Об этом в своем Послании «Стратегия: Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства» говорит Президент страны Н. А. Назарбаев: «...Создать условия для роста частной медицины. Во всем развитом мире значительная часть медицинских услуг оказывается частным сектором. Мы должны создать условия для скорого перехода к частным больницам и поликлиникам».

В соответствии с государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» расширение сфер применения механизмов ГЧП в здравоохранении планируется по таким направлениям как внедрение новых форм и методов финансирования; развитие конкуренции в рамках Единого плательщика; привлечение частных инвестиций к управлению государственными медицинскими объектами; развитие частного сектора; передача объектов, оборудования в аренду; передача организаций в доверительное управление частным компаниям; поддержка и стимулирование корпоративных медицинских организаций и служб. Альтернативой бюджетному фи-

нансированию медицинской сферы может выступить активное внедрение и развитие государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения. Международный опыт показывает, что государственно-частное партнерство в области здравоохранения приносит неоспоримые выгоды обществу, бизнесу и государству. В странах «большой семерки», например, здравоохранение стоит на первом месте по уровню привлечения частных инвесторов.

В настоящее время Министерством разработан проект Отраслевой стратегии по внедрению и развитию ГЧП в сфере здравоохранения. Стратегией планируется использование международно-признанных схем ГЧП, включая проектирование, строительство, эксплуатацию, передачу в доверительное управление, оказание медицинских и немедицинских услуг. Целью развития ГЧП в сфере здравоохранения является улучшение доступности населения к услугам здравоохранения, повышение эффективности управления и качества предоставляемых услуг.

Некоторые элементы ГЧП уже сейчас успешно внедряются в систему здравоохранения Казахстана. Так, в ходе реализации Единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ) впервые удалось реализовать право выбора пациента – выбор медицинской организации, что являлось одним из преимуществ частного сектора. Созданы равные условия для частных и государственных поставщиков, финансирование с 2009 года увеличилось в 1,9 раза, а также впервые созданы благоприятные условия для развития государственно-частного партнерства. С внедрением ЕНСЗ в Казахстане количество частных поставщиков медицинских услуг по сравнению с 2009 годом резко возросло, удельный вес в 2013 году составил 17%. Партнерство с частным сектором развивается через заключение контрактов на эксплуатацию создания объектов здравоохранения, оказания медицинских и немедицинских услуг, сервисное обслуживание медицинского оборудования, сопровождение информационных систем.

Таким образом, в настоящее время в Казахстане возрастает значимость формирования системы партнерства как конструктив-

ного взаимодействия органов власти, бизнеса и некоммерческих организаций при решении задач развития здравоохранения. Изменение способов и источников финансирования расходов на охрану здоровья как одного из ключевых моментов модернизации здравоохранения требует детального анализа и комплексного подхода.

Очевидно, что модернизация государственного сектора системы здравоохранения в части его финансирования и управления может быть осуществлена только с участием бизнеса с учетом интеграции интересов государства, бизнеса и пациентов.

Для стимулирования развития государственно-частного партнерства необходимо проведение ряда практических мероприятий, в числе которых:

- разработка стратегии введения ГЧП с позиции системного подхода;
- создание институционально-правовой, экономической и организационной среды;
- установление точного понимания сути концессионных соглашений в здравоохранении, прогнозирование практики их применения, возможных последствий;
- создание координирующего и регулирующего органа;
- подготовка специалистов, обладающих профессиональными компетенциями в дан-

ной сфере;

- формирование благоприятного общественного мнения по передаче бизнесу функций владения и пользования объектами государственной собственности;

- определение роли страховых медицинских организаций, выступающих связующим звеном по финансовому обеспечению лечебно-профилактических учреждений и выполняющих экспертизу качества медицинской помощи.

Таким образом, переход к использованию ГЧП позволит улучшить ситуацию в системе здравоохранения Казахстана за счет дополнительных источников инвестиций, оптимизировать расходы и создать условия для технологического прорыва и стабильного развития отрасли, создать конкурентную среду, расширить выбор пациентом медицинских организаций, что приведет к повышению качества и доступности медицинской помощи.

Различные формы взаимодействия при ГЧП, как основа для формирования оптимальной модели функционирования системы здравоохранения, позволят обеспечить приведение в соответствие имеющиеся финансовые ресурсы объемам государственных гарантий и эффективное адресное использование ресурсов здравоохранения.

Источники:

1. Послание Президента Республики Казахстан - Лидера нации Нурсултана Назарбаева народу Казахстана «Стратегия «Казахстан-2050». [Электронный ресурс] – Режим доступа: <<http://www.bnews.kz/ru/videonews/post/115508/>>. Имангазинов С.Б., Кабулов К.С. Взаимодействие лечебно-профилактических организаций в условиях фондодержания // материалы V международной научно-практической конференции «Экология. Радиация. Здоровье». - Семей, 2009. - С. 95.
2. Колесников С. Государственно-частное партнерство в здравоохранении [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.stel-vl.nichost.ru>.
3. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы \ \ www.government.kz.

Имангазинов С. Б.

Директор Павлодарского филиала Государственного медицинского университета г. Семей, доктор медицинских наук, профессор

ФОНДОДЕРЖАНИЕ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ И РЕТРОСПЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА

Аталуы: Денсаулық сақтау саласындағы қаржылық қор: ұйымдастыру тәжірибесі мен ретроспективтік бағалау

Авторлары: С.Б.Имангазинов, Семей медицина университетінің Павлодар филиалының директоры

Түйіндеме: Мақалада денсаулық сақтау саласын бастапқы медициналық көмек көрсету деңгейіндегі қаржылық қор арқылы басқарудың жаңа механизмі келтірілген. Денсаулық сақтау саласын бастапқы медициналық көмек көрсету деңгейіндегі қаржылық қор арқылы басқару сырқаттардың сырқаттанған көрі оның алдын алу үшін қаралатындығын айқындалып, олардың басқа мамандарға жіберу мөлшері кемігендігін көрсетеді. Сонымен қатар бекітілген тұрғындардың денсаулық көрсеткіштері төмендеген.

Title: Fundholding in health care: the experience of the organization and retro projection

Authors: Imangazinov S. B., Director of the Pavlodar branch of the Semey's State Medical University

Abstract: The article presents the experience of the new financial management of public health -fundholding in primary health care. Introduction of fundholding at the level of family's medical clinics allowed significantly reduce treatment patients about disease amid rising preventive visits and reducing case referral of patients for medical service. There was no major deterioration in health outpatients.

Современное здравоохранение Казахстана стоит на пороге трансформации в новую рыночно-ориентированную, многоукладную, с развивающимся частным сектором систему, позволяющую личное здоровье человека сделать фактором, всецело определяющим комфортность его существования в обществе. Она, представляющая собой единую развитую социально ориентированную систему, призванная обеспечить доступность, своевременность, качество и преемственность оказания медицинской помощи, является одной из основных приоритетов в Республике с точки зрения устойчивого и стабильного роста благосостояния населения [1]. Однако реформирование системы здравоохранения только за счет структурных преобразований и увеличения общего объема финансирования отрасли не позволяют достичь желаемых результатов и нередко приводят к неоправданным потерям [2]. Опыт структурного преобразования и отдельные попытки внедрения финансовых механизмов управления здравоохранением вызывают обоснованный интерес, как со стороны организаторов здравоохранения, так и со стороны тео-

ретиков от медицины [3, 4].

Цель настоящего сообщения – привлечь внимание организаторов здравоохранения на первый опыт организации и внедрения фондодержания на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в Павлодарской области в 2001 году.

Материалы и методы исследования. Первичную медико-санитарную помощь региона в период внедрения проекта представляли семейные врачебные амбулатории (СВА). Все СВА денежные средства из консолидированного бюджета области получали по подушевому принципу от департамента медицинских услуг (ДМУ). При так называемом частичном фондодержании, в объем подушевого финансирования СВА были переданы средства для оплаты услуг консультативно-диагностических поликлиник (КДП) и вызовов бригад скорой помощи для больных с хроническими патологиями в дневное время обслуживания населения СВА, а при полном фондодержании в подушевое финансирование включались и затраты на оплату плановой госпитализации больных по направлению СВА.

Финансирование медицинских орга-

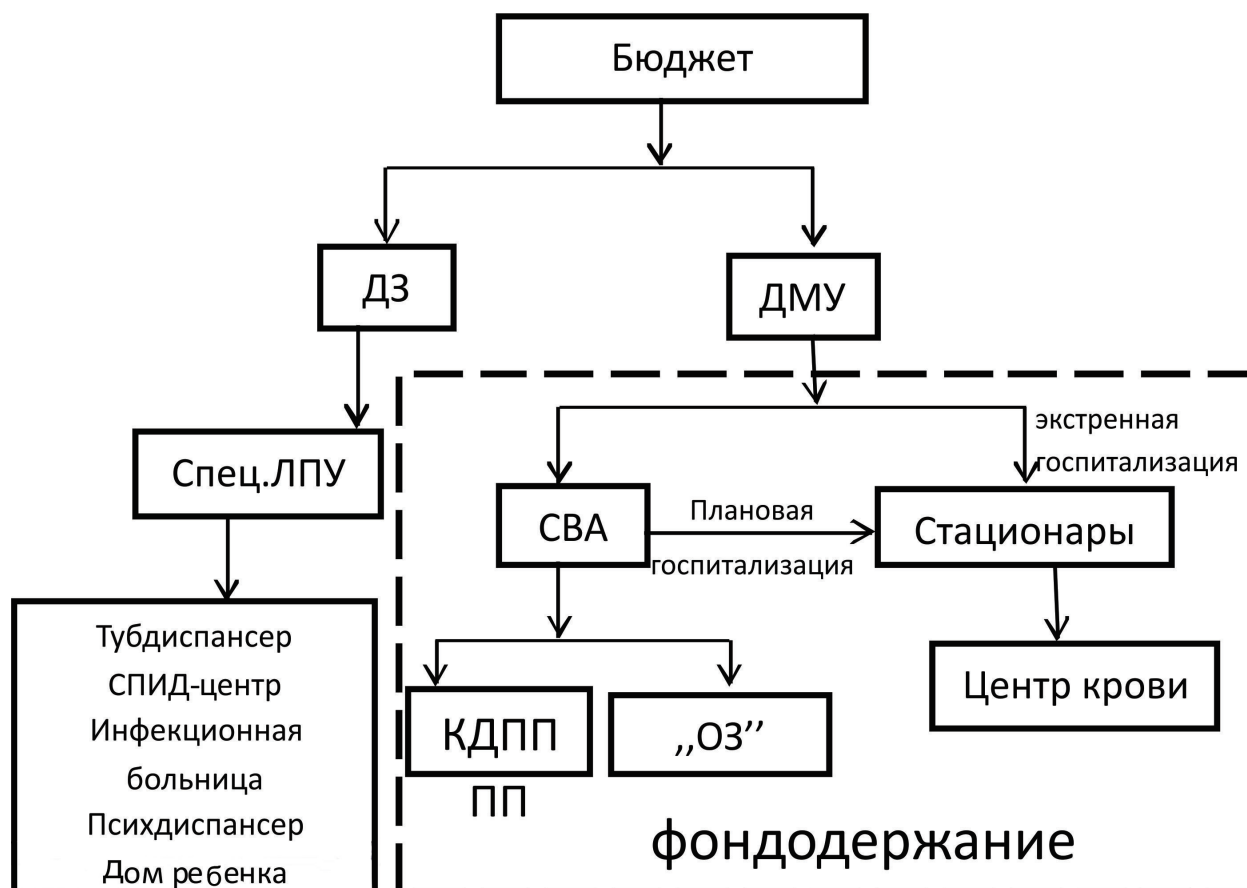


Рисунок 1. Схема потоков денежных средств в условиях фондодержания

низаций в условиях фондодержания осуществлялось следующим образом (рисунок 1). Для приобретения специализированных амбулаторно-поликлинических услуг или услуг стационаров, все СВА заключали договоры с медицинскими организациями и самостоятельно осуществляли оплату за приобретенные по направлению СВА услуги в соответствии с амбулаторно-поликлиническим тарификатором и базовым тарифом стационарного лечения с учетом градации по клинко-затратным группам (КЗГ). Основанием для предъявления КДП и стационарными организациями счета на оплату оказанных пациентам услуг являлось наличие у пациента направления от СВА в учреждение, оказывающее услуги.

В рамках данного сообщения приводятся результаты фондодержания на примере одной из СВА г. Павлодара, работавшей по механизму частичного фондодержания. СВА №6 была организована приказом департамента здравоохранения области, как са-

мостоятельное юридическое лицо. Основная деятельность амбулатории была направлена на оказание первичной медико-санитарной помощи населению и СВА имела все необходимые кабинеты и помещения, согласно Приказа № 500 Комздрава Министерства образования и здравоохранения РК от 1998 года. Амбулатория обслуживала в среднем 16000 населения в радиусе 1,5 км.

Однако следует отметить, что СВА №6 г. Павлодара в условиях фондодержания работала только в 2001 году как самостоятельное юридическое лицо, а с 2002 года по 2004 год она продолжала функционировать как юридическое лицо без финансирования по механизму фондодержания и с 2005 года вновь была введена в состав поликлиники №1 с утратой юридической самостоятельности.

Штат СВА составлял 41 единицу. Из них врачебный персонал: 12,25 ставки, физических лиц – 12; средний медперсонал: 18 ставок, физических лиц – 16; младший медперсонал: 6 ставок, физических лиц – 6

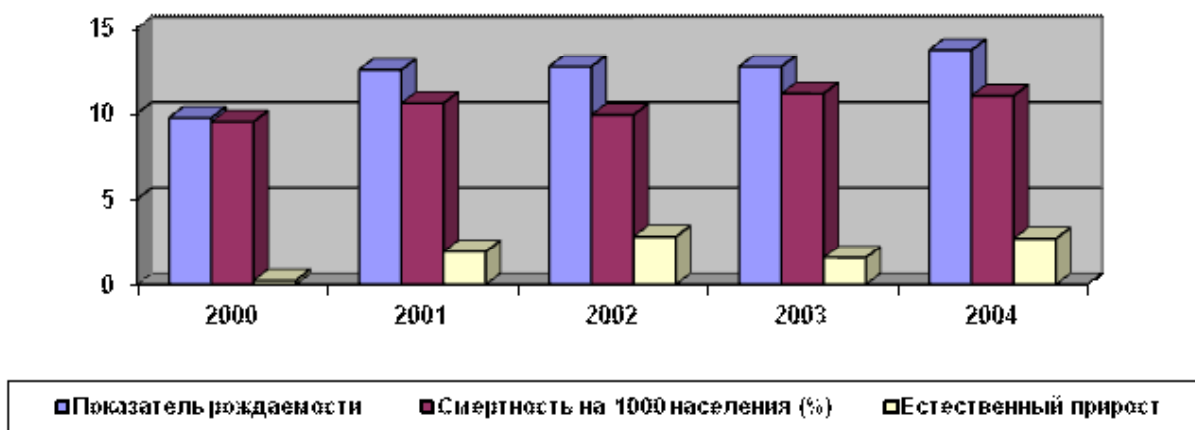


Рисунок 2. Демографические показатели СВА №6 г. Павлодара

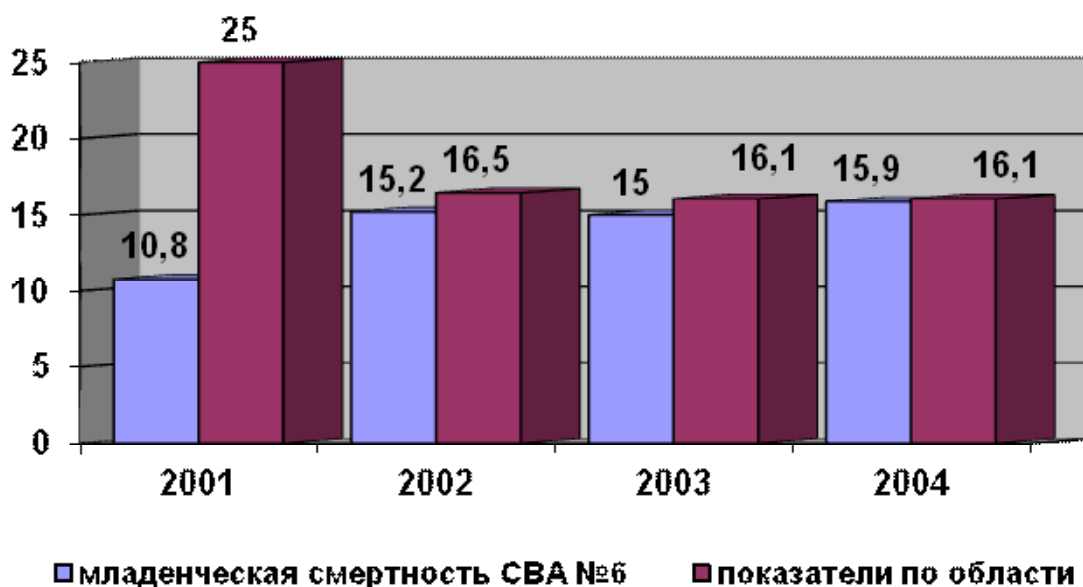


Рисунок 3. Показатели младенческой смертности по годам

и прочий персонал: 4,75 ставки, физических лиц – 4. Из 12 врачей категории имели 5 человек (42%). Все врачи и медсестры прошли усовершенствование и обучающие тренинги на базе Павлодарского факультета усовершенствования врачей Семипалатинского медицинского института и АГИУВ (выездные циклы).

Результаты и обсуждение. Показатели рождаемости и естественного прироста в динамике отражают рост (рисунок 2). Обращает внимание то, что если рождаемость составила в 2000 году 8,30/00, то в 2001 году – 13,50/00 (по области 18,30/00 и 18,70/00, в РК – 14,00/00 и 14,70/00). Показа-

тель смертности на территории амбулатории за указанный период не имел существенных различий – 8,10/00 и 10,50/00 соответственно (по области 10,30/00 и 10,70/00, в РК – 9,70/00 и 10,00/00). В дальнейшем сравниваемые показатели в целом оставались стабильными.

Показатели младенческой смертности приведены на рисунке 3. В 2001 году этот показатель составил 10,80/00 с некоторым ростом в дальнейшем. Случаев материнской смертности не отмечалось.

Из таблицы 1 видно, что общее число посещений СВА в 2001 году составило 73865 случаев соответственно с увеличением на 2497 случаев в 2002 году (после отмены фон-

Показатель	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.
Посещение всего	73865	76362	74300	75947
В т.ч. детей	29905	29296	28299	29910
Посещений по заболеванию, всего	53552 72,5%	60860 79,7%	58845 79,2%	61593 81,1%
Посещений профилактических	20313 27,5%	15502 20,3%	15455 20,8%	14354 18,9%
Посещений на дому	16428	13492	13456	12882

Таблица 1. Количество посещений в СВА №6 г. Павлодара

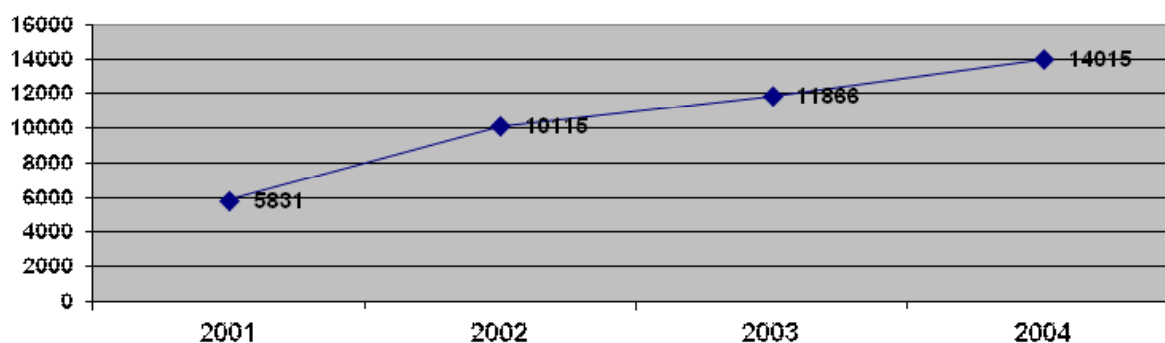


Рисунок 4. Динамика направленных больных из СВА в КДП

додержания) по сравнению с 2001 годом (в условиях фондодержания). В год функционирования фондодержания доля посещений амбулатории по заболеванию составила наименьший показатель – 72,5%, который увеличился после отмены фондодержания – в 2002 году до 79,7%, в 2003 году до 79,2%, в 2004 году до 81,1%, тогда как число профилактических посещений имело обратную картину – 27,5%, 20,3%, 20,8% и 18,9%.

Посещение пациентов на дому в период фондодержания имело также высокую долю среди всех случаев посещений амбулатории – 22,2%. После отмены фондодержания доля посещений на дому сократилась до 17,7% в 2002 году, до 18,1% – в 2003 году и до 17% – в 2004 году.

Следует отметить, что случаи направления больных в КДП из СВА на консультацию к узким специалистам в период работы в условиях фондодержания были самыми низкими – 5831 случая. Однако после отмены фондодержания случаи направления больных к узким специалистам возросли в 1,7 раза по сравнению с предыдущим годом – 10115 случаев. В последующем тенденция к росту услуг узких специалистов нарастала (рисунок 4).

В период внедрения фондодержания врачи СВА еще не обладали достаточной профессиональной общеврачебной подготовкой. Хотя они осуществляли смежный прием терапевтических и педиатрических больных, допускалась работа по принципу

участков, а также они не совсем понимали новые задачи, заложенные в реформу финансового и клинического менеджмента в здравоохранение региона. Поэтому можно полагать, что потенциал фондодержания на уровне ПМСП еще полностью не раскрыт и требует дальнейшего изучения.

Выводы:

1. Внедрение фондодержания на уровне СВА позволило заметно снизить обращения больных по поводу заболеваний на фоне роста профилактических посещений. Данная картина наблюдалась при обслуживании и прикрепленного населения на дому. В 1,7 раза увеличилось случаи направления врачами

СВА на медицинские услуги узких специалистов КДП после отмены описанного механизма финансирования здравоохранения.

2. Внедрение фондодержания в практику здравоохранения не оказывало влияния на ухудшение основных показателей младенческой, материнской и общей смертности прикрепленного населения СВА.

3. Механизм фондодержания на уровне ПМСП и апробированный на практике описанный опыт его организации может быть использован и в существующей системе здравоохранения в условиях преимущественно бюджетного финансирования.

Источники:

1. Рахыпбеков Т.К., Имангаинов С.Б., Кабулов К.С. Фондодержание в здравоохранении.- Павлодар, 2012.- 192 с.
2. Клинический менеджмент. / Под редакцией А.И.Волкова, В.З.Кучеренко.- М.:ОАО «Издательство «Медицина», 2006.- 304 с.
3. Имангаинов С.Б., Кабулов К.С. Взаимодействие лечебно-профилактических организаций в условиях фондодержания // материалы V международной научно-практической конференции «Экология. Радиация. Здоровье».- Семей, 2009.- С. 95.
4. Стратулат И.С. Механизм управления организациями первичной медико-санитарной помощи (ПМСП): проблемы и перспективы развития: автореф. канд. экон. наук.- Алматы, 2009.- 30 с.

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІНДЕГІ ИНОВАЦИЯЛЫҚ ТЕХНОЛОГИЯЛАР / ИНОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Мендешева Г. Г.

Главный специалист Республиканского центра оценки знаний и навыков

Жангереева Г. Т.

Руководитель Республиканского центра оценки знаний и навыков

Кумисбекова Г. С.

Заместитель руководителя Республиканского центра оценки знаний и навыков

Маутканов М. Р.

Главный эксперт Республиканского центра оценки знаний и навыков

Омархан Б. С.

Эксперт Республиканского центра оценки знаний и навыков

СИМУЛЯЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Аталуы: Денсаулық сақтау жүйесіндегі симуляция технологиясы

Авторлары: Г. Г. Мендешева, Г. Т. Жангереева, Г. С. Кумисбекова, М. Р. Маутканов, Б. С. Омархан, КР ДСМ ДСДРО
Білім және дағдыны бағалаудың Республикалық орталығы

Түйіндеме: Тәжірибелік денсаулық сақтау саласында симуляциялық технологияны қолдану аясы күннен күнге кеңейіп келеді. Симуляция оқыту құралы ретінде шынайы клиникалық жағдайға жақын ортада медициналық жәрдемді қауіпсіз және тиімді түрде көрсету құзыретін қалыптастыруға мүмкіндік жасайды. Кәсіптік дайындықты бағалауда және денсаулық сақтау саласындағы мамандардың біліктілік санатына сәйкестігін бекітуде, симуляция технологиясы шынайы уақыт шеңберінде пациенттерді биік деңгейде қауіпсіз түрде күтуді қамтамасыз ету дәрежесін бағалауға үлкен көмек бере алады. Денсаулық сақтау жүйесіндегі симуляция ықпалдылығы халыққа медициналық жәрдем жасаудың сапасын көтеруге жағдай туғызады.

Title: Simulation Technology in the Healthcare

Authors: G.G. Mendesheva, G.T. Zhangereeva, G.S. Kumisbekova, M.R. Mautkanov, B.S. Omarkhan, RCDH, M of H
«Republic Center for assessment of knowledge and skills»

Abstract: Scope of application of simulation technology in healthcare expanding their borders. As a learning tool, simulation leads to improvements in medical knowledge, procedural and clinical skills, and to improvements performance for safe and effective health care in an environment close to real clinical conditions. In assessing for readiness and professional qualifications, simulation technology helps with more precision and accuracy to evaluate clinical skills in real time to ensure a high level of safety patient care. Integration of simulation in the health care system can increase the quality of the medical care.

Key Words: simulation technology, clinical simulation, simulation education, assessment

Современная система здравоохранения в настоящее время претерпевает множество перемен. Внедрение высокотехнологичного оборудования, инструментария для диагностики и лечения различных заболеваний, использование интегрированных информационных систем, инженерных решений в управлении пациентами требует от специалистов здравоохранения владения навыками работы с инновационными технологиями. Следовательно, в подготовке и переподготовке кадров, владеющими компетенциями предоставления высокотехнологичной медицинской помощи, все чаще используются симуляционные технологии.

Симуляционные технологии являются методами обучения, использующие технику симуляции или имитацию процесса с помощью механических, электронных, компьютерных и виртуальных устройств (манекены, муляжи, роботы – симуляторы пациента, стандартизированные пациенты и др.) моделируют максимально реальные клинические ситуации в искусственно созданной среде для освоения практическими, процедурными, техническими и клиническими навыками оказания медицинской помощи. С помощью симуляций, специалисты практического здравоохранения не только доводят до автоматизма ряд сложных действий выполнения диагностических и лечебных процедур, но и пропагандируют культуру безопасности пациента [1, 2, 3]. Учитывая широкие возможности симуляционных технологий в медицине, в настоящее время сформировались несколько направлений их использования [4, 5]:

1. Подготовка, переподготовка и непрерывное обучение специалистов в области здравоохранения.

2. Оценка компетенций специалистов здравоохранения при лицензировании и сертификации.

3. Исследования, основанные на симуляции для поиска новых решений, расширения знаний и пониманий по улучшению качества предоставляемых медицинских услуг.

4. Системная интеграция симуляций в систему здравоохранения через механиз-

мы оценки качества оказания медицинской помощи, оценки организационных процессов, оценки деятельности отдельных лиц и целых команд для улучшения деятельности.

История симуляционного обучения в нашей стране насчитывает несколько десятков лет, когда первыми тренажерами в медицинских ВУЗах и училищах выступали самодельные приспособления для отработки навыков введения внутривенных, внутримышечных инъекций, наложения хирургических швов, пломбирования зубов, анатомические модели и акушерские тренажеры. Вместе с эволюционным развитием технологии изготовления симуляторов, муляжей и тренажеров, появляется все большее количество современных интерактивных роботов пациентов, оснащенных искусственным интеллектом, способных моделировать физиологию реального пациента (пульс, дыхание, АД, перистальтику кишечника, потоотделение и др.), реакцию на внешнее воздействие медицинских манипуляций, в том числе, введение лекарственных препаратов, использование которых расширило свое применение в организациях образования. В зависимости от уровня подготовки (бакалавриат, интернатура, резидентура, непрерывное профессиональное обучение) применяются различные симуляционные технологии для достижения поставленных учебных целей [6, 7, 8]. Так, на младших курсах их используют для приобретения когнитивной компетенции физиологических процессов, протекающих в организме человека и влияния лекарственных средств на них. Студенты старших курсов, изучают процессы патологических состояний, знакомятся с основами по уходу за пациентом, отрабатывают навыки обследования пациента и проведения диагностических и лечебных процедур. На постдипломном обучении, медицинские симуляции помогают сформировать ключевые компетенции оказания медицинской помощи, в том числе при неотложных состояниях, принятии решений по управлению пациентом, развить клиническое мышление, коммуникативные и командные навыки работы [9, 10]. Вместе с тем, при непрерывном профессиональном

обучении симуляционные технологии способствуют сохранению клинических компетенций для оказания безопасной и эффективной медицинской помощи, приобрести и усовершенствовать узкоспециализированные навыки работы с новейшими медицинскими технологиями (эндовидеохирургия, лапароскопия, интервенционная кардиология и др.), и самое важное, провести самоанализ деятельности, как организации, так и бригады или каждого отдельного специалиста для поиска, понятия, исправления ошибок для дальнейшего самосовершенствования [11, 12]. Так, при разборе клинических случаев из практики, которые могут привести к развитию нежелательных, а порой смертельным осложнениям у пациента, каждый реальный случай проигрывается в группе участников в искусственно-созданной среде с видеорегистрацией последовательности действий при оказании медицинской помощи. В дальнейшем видеозапись клинической симуляции разбирается на дебрифинге, где сами участники с помощью фасцилитатора (инструктора симуляционного обучения) обсуждая, находят собственные ошибки, и причины их выполнения. Таким образом, реализуется принцип приобретения знаний и навыков, не только из личного опыта, но из опыта других.

Оценка ключевых компетенций является неотъемлемым этапом лицензирования и сертификации специалистов здравоохранения во многих странах мира, которая проводится в два этапа, оценка медицинских знаний путем компьютерного тестирования или компьютерного адаптивного теста и оценка клинических навыков [13, 14]. Для оценки клинических навыков используются разнообразные форматы экзаменов, объективный структурированный клинический экзамен, мини клинический экзамен, компьютерная симуляция, клиническая симуляция. Независимо от формата проведения оценки навыков, с целью объективности получения результатов и ограничения привлечения реальных пациентов в экзамене, использование манекенов, тренажеров, стандартизированных пациентов и интеллектуальных роботов – симуляторов пациента является

приоритетным и приобретает повсеместное широкое распространение [15 - 18]. Впервые в Казахстане, в 2013 году Республиканский центр оценки знаний и навыков (РЦОЗН), в пилотном режиме провел квалификационный экзамен без присвоения категории, с учетом передового опыта развитых стран, в два этапа с оценкой клинических навыков по оказанию неотложной медицинской помощи с использованием симуляционных технологий, в том числе стандартизированных пациентов. Разработанные клинические случаи оценивали уровень владения навыками диагностики, дифференциальной диагностики, оказания экстренной помощи, управлением пациентом, коммуникации с пациентом. Каждый клинический случай был реалистично воссоздан в искусственной среде посредством тренажера для проведения сердечно-легочной реанимации «Ambu», манекен-тренажера «TraumaMen» для выполнения коникотомии, интерактивного робота симулятора родов «Noel», робота симулятора взрослого «METIMen» и ребенка «PediaSIM», а также гибрида технологий со стандартизированным пациентом. Проведенный пилотный экзамен, показал высокую эффективность использования симуляционных технологий в оценке профессиональной подготовленности врачей и средних медицинских работников для определения уровня овладения навыками оказания неотложной медицинской помощи.

По результатам пилотного проекта, проводимым РЦОЗН, в настоящее время реализуется третье направление использования симуляционных технологий в системе здравоохранения, исследования, основанные на симуляции. Экспертами РЦОЗН, проводится поэтапный анализ оценочных инструментов клинических навыков, составляется список наиболее часто встречающихся ошибок в компетенциях специалистов здравоохранения, при выполнении диагностических и лечебных процедур при различной патологии. Затем, проводится поиск новых решений и подходов в улучшении выявленных несоответствий в компетенциях медицинских работников, по средствам разработки рабочих

учебных программ, с учетом расставления акцентов на решении приоритетных проблем, методических и учебных пособий, составления рекомендаций медицинским организациям образования по корректировке траектории обучения и формирование предложений ЛПУ по проведению мероприятий для повышения компетенций специалистов.

Системная интеграция симуляций в систему здравоохранения подразумевает открытие симуляционных центров при клиниках, где каждый сотрудник имеет возможность тренироваться до достижения, поддержания и улучшения клинических навыков, необходимых в ежедневной работе и приобретения навыков работы на высокотехнологичном оборудовании [19-22]. Кроме того, системная интеграция контролирует эффективность прохождения симуляционного обучения спе-

циалистами здравоохранения, повышает навык работы в команде, улучшает показатели деятельности организации.

Таким образом, осознавая неоспоримую ценность симуляционных технологий в практическом здравоохранении, их применение позволяет повысить качество медицинской помощи через подготовку специалистов, соответствующих профессиональному стандарту, снижение времени практической подготовки молодых специалистов на рабочем месте, снижение числа врачебных ошибок, осложнений, летальных исходов при проведении реанимационных мероприятий, улучшение профессиональной и межличностной коммуникации, формирование командного духа и повышение доверия населения медицинским работникам.

Источники:

1. Kohn L.T., Corrigan J.M., Donaldson M.S. "To Err is Human: Building a Safer Health System" // Washington DC: National Academy Press; 1999, 43 P.
2. Fernandez R, Wang E, Vozenilek JA, et al.; "Simulation Accreditation and Consultation Work Group on behalf of the SAEM Technology in Medical Education Committee. Simulation center accreditation and programmatic benchmarks: a review for emergency medicine"//Acad Emerg Med 2010; 17: 1093-1103.
3. Шубина Л.Б., Грибков Д.М. «Анализ функционирования центров моделирования в системе подготовке медицинских кадров»//Научно-практический журнал «Виртуальные технологии в медицине», № 2 (8), 2012. С.7
4. Cooper JB, Taqueti VR. "A brief history of the development of mannequin simulators for clinical education and training"//Qual Safe Health Care 2005; p14.
5. Society for Simulation in Healthcare. SSH accreditation standards for simulation programs in healthcare (draft, June 2008). Available at: [http://www.ssih.org/public/index.php?ijeifeifeifjfwf=qhuhqwiduhqwiufe&page=website news](http://www.ssih.org/public/index.php?ijeifeifeifjfwf=qhuhqwiduhqwiufe&page=website%20news). Accessed August 2008.
6. Deering S, Poggi S, Macedonia C, et al. "Improving resident competency in the management of shoulder dystocia with simulation training"//Obstet Gynecology, 2004; 103: 1224-1228.
7. Rodgers DL, Securo S Jr, Pauley RD. "The effect of high-fidelity simulation on educational outcomes in an advanced cardiovascular life support course."// Simul Healthcare 2009; 4: 200-206.
8. McLaughlin S, Fitch MT, Goyal DG, et al. "Simulation in graduate medical education 2008: a review for emergency medicine."// Acad Emerg Med 2008; 15: 1117-1129.
9. Yasuharu Okuda, Ethan O. Bryson, Samuel DeMaria Jr. et al. "The Utility of Simulation in Medical Education: What Is the Evidence?". MOUNT SINAI JOURNAL OF MEDICINE, 76:330-343, 2009.
10. Weller J, Robinson B, Larsen P, et al. "Simulation based training to improve acute care skills in medical undergraduates."// NZMed J 2004; 117: U1119.
11. Devitt H, Kurrek M, Cohen M, et al. Testing the instrument: internal consistency during evaluation of performance in an anesthesia simulator. Anesthesiology 1996; 85: A931.
12. Sachdeva AK, Pellegrini CA, Johnson KA. "Support for simulation-based surgical education through American College of Surgeons-accredited education institutes."// World J Surgery 2008; 32: 196-207.
13. Clauser BE, Margolis MJ, Swanson DB. "An examination of the contribution of computer-based case simulations to the USMLE Step 3 examination"// AcadMed 2002; 77(10 suppl): S80-S82.
14. Berkenstadt H, Ziv A, Gafni N, et al. "The validation process of incorporating simulation-based accreditation into the anesthesiology Israeli national board exams."// Isr Med Assoc J 2006; 8: 728-733.
15. The Girl From the River Seine. Laerdal Web site. Available at: <http://www.laerdal.com/about/default.htm>; 2006. Accessed November 15, 2007.
16. Issenberg SB, McGaghie WC, Petrusa ER, et al. "Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review."// Med Teach 2005; 27: 10-28.
17. Gordon MS. "Cardiology patient simulator: development of an automated manikin to teach cardiovascular disease."//Am J Cardiology 1974; 34: 350-355.
18. Горшков М.Д., Федоров А.В. «Экономический эффект виртуального обучения эндохирургии». // Виртуальные технологии в медицине. № 2 (4), 2010 г.
19. Dieckmann P, Phero JC, Issenberg SB, Kardong-Edgren S, Ostergaard D, Ringsted C. "The first Research Consensus Summit of the Society for Simulation in Healthcare: conduction and d synthesis of the results."// Danish institute for Medical Simulation. Denmark. Simul Healthc. 2011 Aug; 6.
20. Thomas EJ, Sexton JB, Lasky RE, et al. "Teamwork and quality during neonatal care in the delivery room"//Journal Perinatology 2006; 26: 163-169.
21. Goffman D, Heo H, Pardanani S, et al. "Improving shoulder dystocia management among resident and attending physicians using simulations."// Am J Obstet Gynecol 2008; 199: 294.
22. Ottestad E, Boulet JR, Lighthall GK. "Evaluating the management of septic shock using patient simulation."//Critical Care Med 2007; 35: 769-775.

Сукончик Г. П.

Заместитель главного врача по медицинской части

ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАБОТУ СЛУЖБЫ СКОРОЙ ПОМОЩИ ПАВЛОДАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Аталуы: Павлодар облысының жедел жәрдем көмек көрсету қызметіне инновациялық технологиялардың енгізілуі

Авторлары: Г. П. Сукончик, *Бас дәрігердің медициналық бөлімі жөніндегі орынбасары*

Түйіндеме: Соңғы кезде бүкіл әлемде жазтайым оқиғалар, жарақаттар мен көптеген апаттар саны белгіленеді. Жүрек-тамырлары, улану аурулар саны шұғыл балалады. Осыған байланысты денсаулық сақтау жүйесінде жедел жәрдемнің қызметі ерекше жағдай ала отырып, әлеуметті және де аса маңызды болып қалады. Бастапқы кезеңінде толығымен көрсетілген дәрігерлік жәрдем зақымдалған және аурулардың өмірін құтқару үшін шешетін фактор болып саналады.

Title: Introduction of innovative technologies into the work ambulances Pavlodar region

Authors: Sukonchik G. P., *Deputy Chief of the medical unit*

Abstract: In recent years all over the world noticed the number of accidents, injuries and mass disasters. Dramatically increased the number of acute cardiovascular disease and etching. In this regard, the ambulance service in the health care system remains extremely important and socially significant, and occupies a special position. Timely delivery of emergency care in its entirety the earliest time is a critical factor to save lives and affected patients.

В последнее время во всех странах мира отмечается количество несчастных случаев, травм и массовых катастроф. Резко возросло число острых сердечно-сосудистых заболеваний и отравлений. В связи с этим служба скорой помощи в системе здравоохранения остается крайне важной и социально значимой, и занимает особое положение. Своевременное оказание неотложной медицинской помощи в полном объеме в самые ранние сроки, является решающим фактором для спасения жизни пострадавших и больных.

Впервые служба скорой медицинской помощи в г. Павлодаре была организована в 1937 году. В настоящее время Павлодарская областная станция скорой медицинской помощи является медицинской организацией, оказывающей круглосуточную экстренную медицинскую помощь взрослому и детскому населению при угрожающих жизни (пациента и (или) окружающих) состояниях несчастных случаях, острых тяжелых заболеваниях, как на месте происшествия, так и в пути следования по гарантированному объему бесплатной медицинской помощи.

Это мощная структура, которая имеет в своем составе три подстанции и централизованный гараж. Все подстанции расположены так, что достигается 15 минутная доступность скорой помощи населению города. Радиус обслуживания составляет 25 километров. Ежедневно Павлодарской областной станцией выполняется более 600 вызовов.

С 2012 года Павлодарская областная станция скорой медицинской помощи является координатором службы скорой помощи всей области.

Служба скорой помощи – это особая служба, порою в несколько минут решает вопрос жизни или смерти больного.

С целью повышения качества работы в Павлодарской областной станции скорой медицинской помощи с 2010 года внедрены 8 проектов модернизации службы скорой помощи:

1. Автоматизированная система управления СМП;
2. Навигационная система;
3. Электронная медицинская карта;
4. «Пиковые» бригады;
5. Патрулирование бригад с целью прибли-

жения к пациенту;

6. Перевод автотранспорта на газовое оборудование;

7. Специализированный учебный центр.

Внедрение АСУ «Скорая помощь» в работу службы скорой медицинской помощи Павлодарской области – это переход на новый уровень работы.

Автоматизированная система управления – это система, позволяющая оперативно управлять службой скорой помощи.

В результате внедрения АСУ:

- повысилась эффективность работы диспетчеров оперативных служб, повысилась скорость приема и передачи вызовов;
- сократилось время подготовки оперативной и отчетно-статистической информации;
- повысилась оперативность и качество представляемой справочной информации.

С целью повышения оперативности службы скорой помощи Павлодарской области с июля 2012 года произведен монтаж и запуск спутниковой навигации на 70 санитарных автомобилях городов и районов Павлодарской области с центральным пультом управления в диспетчерской станции скорой помощи г. Павлодара.

С внедрением в работу системы GPS появилась возможность:

- сократить время прибытия на место вызова;
- своевременно оказывать помощь пострадавшим на трассах области;
- обеспечить эффективную маршрутизацию;
- осуществлять контроль расхода горюче-смазочных материалов.

В 2011 году впервые в Казахстане на станции скорой помощи г. Павлодара разработана программа и введена электронная форма заполнения медицинской документации врачами бригад, с целью внедрения в программу Е-здравоохранение. Для этого на станции оборудован класс, оснащенный необходимым количеством компьютеров.

Результаты:

- быстрое получение полной информации о пациенте, повышение эффективности внедрения медицинской документации. Для создания автоматизированных рабочих мест спе-

циализированные бригады скорой помощи оснащены индивидуальными планшетами, где заложены алгоритмы оказания неотложной помощи, регистр больных, электронного архива ЭКГ, электронный казахско-русский и русско-казахский словарь. Все эти нововведения совершенствуют работу врачей по оказанию неотложной помощи больным и пострадавшим.

В целях совершенствования и обеспечения доступности медицинской помощи Министерством здравоохранения Республики внедрен пилотный проект по оптимизации службы скорой медицинской помощи в городах Алматы и Астане, Павлодарской областной станции скорой медицинской помощи.

Основные принципы проекта:

- автоматическая система передачи данных;
- доступность и своевременность оказания скорой медицинской помощи согласно международным стандартам и принятия управленческих решений.

Проект Е-скорая был разработан в ответ на Послание Президента РК народу Казахстана с целью повышения качества оказываемых медицинских услуг, а также в составе концепций «Smart Astana» («Умный город»), направленной на модернизацию города с новым управлением, уровнем сервисов и безопасности.

Реализация проекта «Е-скорая» началась в гг. Алматы, Астана в декабре 2011 г. в Павлодарской областной станции скорой медицинской помощи. Разработка и внедрение инноваций по модернизации службы скорой помощи началась еще до внедрения пилотного проекта, с августа 2010 года. Данный проект подразумевает установку на бригадах скорой помощи GPS-навигаторов, планшетных устройств, с вложенными электронными справочниками, которые содержит информацию о заболеваниях по алфавитному перечню, их диагностику и лечение, позволяет уточнить дозировки лекарств и другие необходимые в работе сведения, с быстрым поиском информации во время следования на вызов. На основании данного проекта является интеграция планшетных устройств и диспетчерского комплекса МИСС-03, позволяющим прово-

дить онлайн электронную обработку карт вызовов, что значительно упрощает процесс оформления медицинской документации и дает возможность получать выездным бригадам оперативную информацию о больных.

Проект замечателен своей открытостью для усовершенствований и обновлений.

Ведется ежемесячный мониторинг эффективности проекта, и уже заметны эффекты от внедрения Проекта: при увеличении количества вызовов в среднем на 22% сократилось время доезда, снизились задержки, повысились качественные показатели, такие как уровень диагностики и госпитализации.

Во исполнение плана по предупреждению организационных рисков, организованы «пиковые» бригады для работы в часы увеличения поступления вызовов. Это позволяет обеспечить оперативность в вечернее время, когда на пульт «103» в час поступает вызов вдвое больше, чем, в среднем, в течение суток.

С мая 2013 года на станции введено патрулирование бригад скорой помощи, то есть бригады постоянно находятся в микрорайонах с наибольшей обращаемостью на скорую помощь. Это сокращает время прибытия бригад к месту вызова.

С октября 2011 года на станции скорой помощи работает Учебный центр по непрерывному профессиональному образованию медицинских работников службы скорой помощи области.

Центр оснащен тренажерами и симуляторами для проведения реанимационного пособия. Основной упор направлен на обучение медицинских работников районов.

Результатом обучения является снижение случаев смерти на этапе транспортировки с 45 до 19, т.е. на 21% снизились случаи смерти, на 67% повысилось число успешных реанимаций на догоспитальном этапе.

Первыми в Республике, начиная с

2012 года, Павлодарская областная станция скорой медицинской помощи выполняет координирующую функцию медицинского обеспечения ДТП на трассах области. За 2013 год станция координировала работу медицинских служб области. Во всех случаях пострадавшие получили своевременную, квалифицированную медицинскую помощь, в течении золотого часа пострадавшие были госпитализированы в стационарные отделения.

Итогом модернизации службы скорой помощи Павлодарской области является возросшая эффективность службы скорой медицинской помощи:

1. Повышение оперативности работы станции с 96% до 98%;
2. Уменьшение времени доезда бригад СМП при выполнении вызовов 1-3 категории срочности с 14 мин. до 9 мин.;
3. Уменьшение времени ожидания бригад СМП пациентами с острой коронарной патологией с 14 мин. до 12 мин.;
4. Уменьшение длительности пребывания бригад на вызовах с 41 мин. до 38 мин.;
5. Уменьшение пробега санитарного транспорта за сутки с 365 км. до 213 км.;
6. Уменьшение расхода бензина на 20% в 2012 году.

По индикаторам качества за период 2013 года Павлодарская областная станция скорой медицинской помощи выполнила на 100%.

Служба скорой помощи – одно из важнейших звеньев оказания медицинской помощи населению в нашей стране.

Жизнь, здоровье и хорошее отношение населения к службе скорой помощи зависят от качества медицинской помощи.

Совершенствование службы скорой медицинской помощи в настоящее время является одним из приоритетных направлений.

Работа по совершенствованию службы скорой помощи Павлодарской области будет продолжена.

А.А. Ергалиева

Эксперт-аудитор ТОО «Республиканский Центр Сертификации»

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА КАК ИНСТРУМЕНТ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ УСЛУГ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Аталуы: «Сапа менеджменті жүйесі – денсаулық сақтау саласындағы қызмет ету сапасының жақсарту құралы»

Авторы: Ергалиева А.А., «Республикалық Сертификаттау Орталығы» ЖШС-нің сарапшы-аудиторы

Түйіндемe: Мақалада сапа менеджменті жүйесі – денсаулық сақтау саласындағы қызмет ету сапасының жақсарту құралы ретінде қарастырылады. Медициналық ұйымдардағы сапа менеджменті жүйесі тұтынушыларды қанағаттандыруды жоғарлату мәдениетінің қалыптасуында маңызды рөл атқарады және де медициналық ұйымдардың дамуына, олардың қызметтерінің табысты болуына жол ашады. Сонымен қатар сапа менеджменті жүйесі халықтың талаптарына сәйкес болу үшін көрсетілген қызметтердің сапасын жақсартуға бағытталған кепілді құрылым деп есептелінеді.

Title: «Quality Management System as a tool for services quality improvement in health care»

Author: Yergaliyeva A.A., expert-auditor LLP «Republican Center of Certification»

Summary: The article describes a quality management system as a tool to improve the quality of medical services. Quality management system in medical organizations can play a significant role in shaping the patient oriented culture and regarded as a prerequisite for successful business and development of medical organizations, as well as the most reliable form of guarantee for delivery of quality service demanded by the population.

В настоящее время актуальным и перспективным направлением развития медицинских организаций является создание и внедрение новых подходов к управлению, гарантирующих максимальную эффективность деятельности организаций при минимальных затратах и высоком качестве оказания медицинской помощи. Данные тренды в сфере здравоохранения определены основными положениями Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, утвержденной Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113, одним из важнейших направлений которой является совершенствование организации, управления и финансирования медицинской помощи в Единой национальной системе здравоохранения.

Так, в современных условиях проводимых реформ в сфере здравоохранения, становление и поддержание конкурентоспособности медицинских организаций в значительной степени зависит от улучшения качества оказания медицинских услуг.

Эффективным управленческим инструментом улучшения качества оказания медицинских услуг и деятельности медицинской

организации в целом может явиться система менеджмента качества, основанная на требованиях международных стандартов ИСО серии 9000. Согласно СТ РК ИСО 9000-2007[1], под менеджментом качества понимается скоординированная деятельность по руководству и управлению организацией применительно к качеству. Система менеджмента качества – это система менеджмента для руководства и управления организацией применительно к качеству. Можно сказать, что система менеджмента качества является совокупностью взаимосвязанных и взаимодействующих структур, ресурсов, процессов и документации, обеспечивающих условия для достижения целей, сформулированных руководством организации.

Система менеджмента качества призвана обеспечить качество предоставляемых медицинских услуг и «настраивать» это качество на ожидания потребителей. При этом главная цель системы менеджмента качества – не устанавливать контроль каждой отдельной услуги, процесса, а создать единую систему, которая позволит не допускать появления ошибок, приводящих к плохому качеству услуг, и оказывать медицинскую помощь населению высокого качества. Создавая

и внедряя систему менеджмента качества в медицинской организации надо понимать, что это должна быть строго упорядоченная, стандартизированная в оптимальном объеме деятельность понятная как для менеджеров, так и для медицинского персонала.

В настоящее время в Республике Казахстан повысилась потребность общества в получении качественных медицинских услуг, государством ведется целенаправленная политика по ориентации системы здравоохранения на радикальное решение проблем качества медицинского обслуживания населения. Это и стало предпосылками внедрения аккредитации и системы менеджмента качества в системе здравоохранения Казахстана.

Преимущества, которые дает система менеджмента качества в медицинской организации можно классифицировать следующим образом:

1. Преимущества социального развития включают в себя: возрастание удовлетворенности и доверия пациентов качеством медицинских услуг; полное соответствие качества предоставляемых услуг требованиям и запросам пациентов.

2. Финансовые преимущества включают в себя: достижение более высоких экономических показателей деятельности медицинских организаций; снижению производственных издержек при организации лечебно-диагностического процесса, снижение себестоимости лечения одного пациента; возможность выхода на мировой рынок медицинских услуг; возможность заключения долгосрочных отношений с потребителями и поставщиками.

3. Преимущества развития человеческих ресурсов включают в себя: вовлечение медицинского персонала в решение актуальных задач медицинской организации в результате более эффективной мотивации и повышения степени удовлетворенности медицинских работников результатами своего труда; обеспечение регулярного повышения уровня квалификации кадров, создание приятной рабочей атмосферы, совершенство

вание передачи производственного опыта внутри организации.

4. Преимущества в области управления включают в себя: появление прозрачности работы медицинской организации, повышение имиджа медицинской организации на рынке медицинских услуг; достижение согласованности и эффективности бизнес-процессов медицинских организаций.

5. Преимущества совершенствования новых технологий включают в себя: внедрение новых технологий, постоянные поиски в сфере инновационных технологий.

Примером медицинской организации, внедрившей систему менеджмента качества, может служить АО «Республиканский научный центр нейрохирургии» (далее – АО «РНЦНХ»). В целях стремления к неизменно высокому качеству оказания медицинских услуг, а также повышения удовлетворенности пациентов, в вышеуказанной организации в 2011 году была внедрена и сертифицирована система менеджмента качества в соответствии с требованиями стандарта ISO 9001:2008 (СТ РК ИСО 9001-2009).

Сертифицированная система менеджмента качества АО «РНЦНХ» заложила предпосылки для дальнейшего успешного развития. Так в 2013 году АО «РНЦНХ» был признан флагманом медицинских инноваций, передовым научным и клиническим центром в области нейрохирургии и является второй организацией в Казахстане и третьей в СНГ, получившей аккредитацию Международной Объединенной комиссии JCI. Аккредитация JCI означает объективное международное признание качества и безопасности услуг во врачебной деятельности.

Система менеджмента качества АО «РНЦНХ» распространяется на следующие области медицинской деятельности, согласно государственной лицензии: высокоспециализированная медицинская помощь, стационарная медицинская помощь, консультативно-диагностическая медицинская помощь, лабораторная диагностика.

В целях реализации системы менеджмента качества в АО «РНЦНХ» утверж-

дена Политика в области качества, которой установлены приоритеты Центра в области качества, которыми являются:

- обеспечение материально-технической оснащенности;
- повышение уровня профессионализма и квалификации персонала;
- внедрение современных технологий управления процессами и оказания медицинской помощи;
- внедрение эффективных методов медицинской помощи.

Также в процессе обеспечения качества медицинских услуг персонал Центра использует Руководство по качеству. В Руководстве по качеству определены ответственные

за процессы АО «РНЦНХ». Исполнители и участники процессов определены в соответствующих приказах, процедурах, инструкциях и должностных инструкциях. Документы системы менеджмента качества распространяются на всех работников, деятельность которых связана с обеспечением качества медицинских услуг АО «Республиканский научный центр нейрохирургии».

Система менеджмента для руководства и управления АО «РНЦНХ» применительно к качеству представляет собой совокупность взаимосвязанных и взаимодействующих процессов:

1. Бизнес-процессы управления.
2. Обеспечивающие бизнес процессы.

Таблица 1 – Процессы по управлению деятельностью АО «Республиканский научный центр нейрохирургии»

№	Наименование процесса
1	2
Основные бизнес-процессы	
1.	Медицинская деятельность согласно государственной лицензии
Обеспечивающие бизнес-процессы	
2.	Эксплуатация, техническое обслуживание и ремонт зданий, инженерных сетей
3.	Эксплуатация, техническое обслуживание и ремонт немедицинского оборудования
4.	Управление медицинским оборудованием
5.	Эксплуатация, техническое обслуживание и ремонт транспортных средств
6.	Обеспечение техники безопасности и охраны труда, ГО и ЧГ и экологии
7.	Правовое обеспечение
8.	Управление документацией, записями архива
Бизнес-процессы управления	
9.	Стратегическое управление
10.	Управление персоналом
11.	Управление закупками
12.	Управление качеством
13.	Управление рисками
Примечание: составлено автором	

3. Основные бизнес процессы.

Процессы наглядно представлены в таблице 1.

Вместе с этим в АО «РНЦНХ» разработаны документы системы менеджмента качества, необходимые для обеспечения результативного планирования деятельности и управления осуществляемыми процессами. Документация системы менеджмента качества

АО «Республиканский научный центр нейрохирургии» содержит уровни и виды (таблица 2).

Все процессы по оказанию медицинских услуг АО «РНЦНХ» происходят в управляемых условиях, которые обеспечивают их качество и соответствие установленным требованиям и включают следующее:

- требования к качеству и безопасности ме-

Таблица 2 – Документация системы менеджмента качества АО «Республиканский научный центр нейрохирургии»

1 уровень – внешняя нормативная документация
Законодательные, нормативные правовые и нормативные документы, действующие на территории Республики Казахстан, определяющие деятельность организации
2 уровень – стратегическая и плановая документация
Политика в области качества
Индикаторы качества
Стратегия развития
План развития
Операционный план
Бюджет
Годовой план госпитализации
Планы отделов и клинических отделений
3 уровень – внутренняя нормативная документация
Руководство по качеству
Положения
Программы
Кодекс
Правила
Инструкции
Руководства (клинические)
Регламенты
Протоколы диагностики и лечения N-NS-hospital ncurosurgery (аббревиатура для кодировки протоколов диагностики и лечения)
Стандартные операционные процедуры
Инструкция по ОТ и ТБ
Инструкции по эксплуатации оборудования
4 уровень – организационно-распорядительная документация
Приказы по основной деятельности
Должностные инструкции
Положения об отделах и отделениях
Приказы по личному составу
5 уровень – записи по качеству, регистрационные данные
Журналы
Акты
Базы данных
Отчеты и другие

дицинских услуг четко и однозначно сформулированы в нормативных правовых актах в области здравоохранения и внутренних нормативных документах АО «РНЦНХ»; – в АО «РНЦНХ» имеются типовые договора между медицинской организацией и пациентом, в котором пациент информируется о возможном риске для его здоровья при проведении обследования и лечения. Перед проведением процедур с пациентом или его доверенным лицом и членами се-

мьи пациента проводится предварительная беседа и разъяснение риска для здоровья;

- после подтверждения диагноза с пациентом, родственниками или иными доверенными лицами обсуждается план обследования и лечения пациента;
- имеется необходимое оборудование для проведения процедур лечения и диагностики;

В целях контроля качества медицинских услуг создан Отдел менеджмента качества и безопасности пациентов.

Отдел менеджмента качества и безопасности пациентов:

- проводит сбор информации в области законодательства, регламентирующего деятельность АО «РНЦНХ»;
- проводит анализ передового и международного опыта в области нейрохирургии;
- проводит анализ номенклатуры поставщиков, прайсов и коммерческих предложений на соответствие требований пациентов;
- по результатам анализа направляет Председателю Правления рекомендации по улучшению качества медицинских услуг.

В АО «РНЦНХ» определены и осуществляются мероприятия по поддержанию связи с пациентами:

- создана система обеспечения пациентов информацией, отражающей их права, гарантии и свободы;
- информация о проводимых методах лечения и диагностики доводится до сведения пациентов и его родственников каждым врачом;
- в АО «РНЦНХ» налажена обратная связь с потребителями услуг посредством использования телефонной и факсимильной связи, электронной почты, через официальный веб-сайт, корреспонденции, поступающей через канцелярию;
- обеспечивается доступность информации о качестве и услугах АО «РНЦНХ» посредством издания брошюр, книг, буклетов, стендов. Места отдыха и ожидания пациентов снабжены брошюрами, памятками с информацией, отражающей права, гарантии и свободы пациента на государственном и русском языках.

Кроме того, в АО «РНЦНХ» определены процессы планирования и проведения мониторинга, измерений, анализа и постоянного улучшения, необходимые для:

- демонстрации соответствия медицинских услуг установленным требованиям;
- гарантии соответствия СМК установленным требованиям;
- постоянного улучшения результативности СМК.

Таким образом, в АО «Республиканский научный центр нейрохирургии» основным аспектом повышения качества медицинской помощи является лечение, ориентированное на пациента.

Резюмируя можно отметить, что для обеспечения стабильности в оказании качественных медицинских услуг в интересах пациентов и работников в АО «РНЦНХ» разработана, документирована, внедрена и поддерживается в рабочем состоянии, а также постоянно улучшается система менеджмента качества (СМК) на базе требований стандарта СТ РК ИСО 9001-2009 «Системы менеджмента качества. Требования».

Таким образом, правильное применение и сертификация системы менеджмента качества в медицинских организациях может играть значительную роль в формировании пациенториентированной культуры и рассматриваться как необходимое условие успешной деятельности и развития организаций, а также в качестве наиболее надежной формы гарантии соответствия качества предоставляемых услуг требованиям населения.

Источники

1. СТ РК ИСО 9000-2007 Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь.
2. Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, утвержденная Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113.
3. Руководство по качеству АО «Республиканский научный центр нейрохирургии».
4. Шатаева Н.М. «Система менеджмента качества на основе международных стандартов в медицинских учреждениях».
5. Вишняков О., Крохин В., Молодов М. «Системы менеджмента качества: основы, проблемы, решения» интернет ресурс – <http://quality.eur.ru/docum.html>.
6. Данишгер Д.Г., Харитонов Л.П., Махов В.А. «Построение СМК в многопрофильном медицинском учреждении» журнал «Сертификация» 2009 г., №4.
7. Акшулаков С.К., Турсынов М.И., Шашкин И.С. «Анализ деятельности АО «Республиканский Научный Центр Нейрохирургии» журнал «Нейрохирургия и неврология Казахстана», 2009г., №2,3 (15,16).

ОҚИҒАЛАР / СОБЫТИЯ



Министерство здравоохранения
Республики Казахстан



Международный Банк
Реконструкции и Развития

**Проект «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан
Пресс-релиз»**

Круглый стол «О ходе реализации проекта» по институциональной реформе здравоохранения в Казахстане и задачи на 2014-2015 гг. проходил в рамках обзорной миссии Всемирного Банка в г. Астана

4 марта 2014 года, г. Астана – в конференц-зале гостиницы «КазЖол» состоялся круглый стол, на котором представители заинтересованных министерств и ведомств, международных организаций и зарубежных партнеров обсудили ход реализации проекта «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан», подвели итоги Проекта за 2009-2013 годы и дальнейшую реализацию мероприятий по Проекту на 2014-2015 годы. Мероприятие организовано Министерством Здравоохранения Республики Казахстан в рамках обзорной миссии Всемирного Банка.

Проект является одной из совместных инициатив Правительства Республики Казахстан и Всемирного банка в рамках реализации Стратегии партнерства Группы Всемирного банка с Республикой Казахстан. Реализация Проекта осуществляется в рамках Соглашения о займе между Правительством Республики Казахстан и Всемирным банком, подписанного 2 февраля 2008 года и ратифицированного Законом Республики Казахстан от 6 ноября 2008 года №77-IV ЗРК, Министерством здравоохранения Республики Казахстан и подведомственными

организациями в партнерстве с международными консультационными компаниями, осуществляющими передачу технологий на основе партнерского взаимодействия экспертов таких стран как Канада, Великобритания, Германия, Бельгия, Дания, Нидерланды, Коста-Рика и Австралии, ожидаемый срок окончания 31 декабря 2015 года.

Целью Проекта является внедрение международных стандартов и формирование долгосрочного институционального потенциала в организациях здравоохранения в поддержку ключевых реформ в секторе здравоохранения, проводимых Правительством Республики Казахстан в контексте Государственной программы реформирования и развития системы здравоохранения в Республике Казахстан.

Мероприятия Проекта направлены на улучшение эффективности и справедливости расходов здравоохранения через внедрение полного пакета реформ финансирования и управления здравоохранением, информационных систем здравоохранения; улучшение качества и эффективности медицинской помощи через создание функционирующей системы/институтов по разработке клинических протоколов/руководств; улучшение ка-

чества подготовки медицинских кадров и медицинской науки через обновление системы образования и проведения исследований на основе внедрения международных стандартов; повышение безопасности, действенности, качества и доступности по цене лекарств через проведение реформ в ценообразовании, мониторинге назначения лекарственных средств, предоставления информации о лекарствах; повышения безопасности пищевой продукции и ускорения вступления в ВТО через внедрение международных санитарных и фитосанитарных норм.

В настоящее время в рамках реализации Проекта созданы и функционируют на базе Республиканского центра развития здравоохранения структуры для обеспечения институциональной устойчивости реализуемых по Проекту мероприятий: Центр аккредитации, Лекарственный информационно-аналитический центр, Центр стандартизации, Центр менеджмента, Центр оценки знаний и навыков, Центр экономических исследований, Центр инвестиционных проектов, отделы инновационных технологий в медицинском образовании и науке, Центр информатизации здравоохранения, который согласно Концепции электронного здравоохранения перешел в состав вновь созданного Республиканского

центра электронного здравоохранения.

За время реализации проекта обучено более 90 тыс. медицинских работников, в том числе зарубежом около 800 человек, на долгосрочных курсах магистратуры обучено около 10 человек. Обученные специалисты продолжают работать в системе здравоохранения, приобретенные знания которых являются интеллектуальным потенциалом для системы. В рамках Проекта приобретено оборудование более чем для 300 медицинских организаций, оснащены ИТ-оборудованием Астаны, Акмолинская и Карагандинская области, приобретено 2 центра обработки данных областного уровня; 191 сервер; 9 451 компьютер; 284 ноутбука; 9 448 принтеров; 292 сканера штрих-кодов. Предполагается приобретение 2 центров обработки данных республиканского уровня, интеграционной платформы для обеспечения обмена данными между различными медицинскими информационными системами, как частными, так и государственными.

Круглый стол продолжится серией семинаров в рамках обзорной миссии Всемирного Банка, на которых будет рассмотрена роль и результаты каждого направления Проекта в реализации Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011- 2015 годы.

Біздің қызметіміз Сіздерге арналады!

*«Адам құқығының құндылығы шексіз және елдің бай не кедей, құдыретіне әлсіз болуына қарамастан бірдей деңгейде талқылануы және орындалуы тиіс»
(Х.Старки, ағылшын ғалымы)*

«Жақында маған артериялық гипертензия деген диагноз қойылды. Дәрігерлер бірнеше дәрі-дәрмек тағайындады. Мен бұл дәрі-дәрмектерді тегін ала аламын ба? Олай болса, қайдан...». Осындай және басқа да осыған ұқсас сұрақтарға Дәрі-дәрмек ақпараттық талдау орталығының мамандары, соның ішінде Call-қызметі де күн сайын жауап береді. Қандай дәрі-дәрмек тегін беріледі, қандай ауруларда, оларды кім және қалай алады?

Қазақстан Республикасының азаматтары медициналық көмекті тегін алуға құқылы. Өкінішке орай, барлығы өз құқықтарын біле бермейді.

Сонымен, тегін медициналық көмектің кепілденген көлемі (бұдан әрі - МККБК) шеңберінде амбулаториялық деңгейде белгілі бір аурулары (жай күйі) бар халықты тегін қамтамасыз ету ҚР Денсаулық сақтау министрінің 2011 жылғы 4 қарашадағы №786 бұйрығымен бекітілген Тегін дәрілік заттардың тізбесіне сәйкес тегін рецепт бойынша дәріхана ұйымдары арқылы жүзеге асырылады. Бұл ретте, емделуші міндетті түрде медицина ұйымында диспансерлік есепте болуы тиіс, ал рецептерді учаскелік дәрігерлер немесе бейінді мамандар (гематолог, эндокринолог, пульмонолог және т.б.) тағайындайды.

Өткен жылдың желтоқсан айында берілген Тізбе, тиімділігі дәлелденген дәрілерді енгізу бөлігінде қайта қаралды. Сондай-ақ, халықтың қант диабеті, өкпе қабынуы, бронх демікпесі сияқты аурулар кезінде тегін дәрі-дәрмек алатын санаттары кеңейтілді. Мысалы, Қазақстан «1 түріндегі қант диабеті» диагнозы қойылған 1-ден 18 жасқа дейінгі балаларды шығын материалдары жинағымен қосып қымбат инсулин помпаларымен тегін қамтамасыз ететін ТМД елдері ішіндегі алғашқылардың бірі болып табылады. Бұл ретте бір инсулин помпасының құны жарты миллион теңгеден жоғары.

Помпаларды шприц-қаламдармен ауыстырылды, ал дәріні енгізу көлемі 30 есе қысқарды. Инсулинді енгізудің инсулин помпасы сияқты жаңашыл әдісі мөлшерді дәл анықтайтын қондырылған резервуары бар миникомпьютер болып табылады. Бала үнемі аппаратта, тамақтанып жатқанына, далада серуендеп жүргеніне, футбол ойнап жүргеніне байланыссыз глюкоза өлшеніп жатады, инсулин өздігінен келіп тұрады, балаға қатты қорқатын инъекция алу үшін үйге жүгірудің қажеті жоқ.

Халықты ақпараттандыру, дәрілік сауаттылығын арттыру мақсатында бірыңғай тегін телефон желісі – 8 800 080 88 87 жұмыс істейтіндігін еске саламыз, кез келген стационар телефоннан қоңырау шалу Қазақстан бойынша тегін.

ДАТО Call-қызметінің тікелей телефондары Қазақстанның барлық қалаларында қолжетімді. Call-қызметіне қоңырау шалып, дәрілік заттарды дұрыс қолдану, дәрілердің тиімділігі және мүмкін болатын жанама әсерлері туралы, сондай-ақ азаматтардың дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етілу құқығы туралы толық және шынайы ақпарат аласыз.

Сонымен қатар, әрбір адамға ДАТО ресми сайтында - www.druginfo.kz сұрақ қоюға және жауап алуға болады.

Құрметті қазақстандықтар өз өміріңізді, денсаулығыңызды және жақындарыңыздың денсаулығын бағалаңыз, медициналық көмек алуға өз құқықтарыңызды біліп жүріңіз!

Біздің қызметіміз Сіздерге арналады!

**«Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК
Дәрі-дәрмек ақпараттық талдау орталығы**



**«Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы»
ШЖҚ РМК Дәрі-дәрмек ақпараттық талдау орталығы
Қазақстанда Дәрі-дәрмек ақпараттық-талдау орталығының қызметін
үздік насихаттауға арналған журналистер арасында сайыс жарияланды**

ҚР Денсаулық сақтау министрлігі «Республикалық денсаулық сақтауды дамыту орталығы» ШЖҚ РМК Дәрі-дәрмек ақпараттық-талдау орталығының (ДАТО) қызметін БАҚ-та үздік насихаттауға арналған бірінші сайыстың өткізілуі туралы хабарлайды. Бұл іс-шара ДАТО ашылуының бесжылдығы құрметіне орай жоспарланады.

Сайыстың мақсаты – ДАТО қызметіне жұртшылықтың қызығушылығын тудыру және дәрілік заттарды дұрыс қолдану туралы кәсіби деңгейде халықты ақпараттандыруға және өз денсаулығына жауапкершілікпен қарауға бастамашылық ету.

Сайыс 2014 жылғы 15 наурыздан 1 маусымға дейінгі аралықта өткізіледі.

Сайысқа мына номинациялар бойынша жұмыстар қабылданады: «Үздік автор» (баспа БАҚ), «Үздік телетілші», «Үздік радиотілші».

Сайыс жеңімпаздары дипломдармен және ақшалай жүлделермен марапатталады. Жеңімпаздар туралы ақпарат республикалық және жергілікті БАҚ-та және сайыс ұйымдастырушыларының интернет-сайттарында жарияланады.

Сайысқа қатысу шарттары туралы ақпаратты www.druginfo.kz сайтынан алуыңызға болады.

«Республикалық денсаулық сақтауды дамыту орталығы» ШЖҚ РМК
Дәрі-дәрмек ақпараттық-талдау орталығының
Байланыс телефондары: 8 (7172) 476204, 87027474289
e-mail: druginfo-kz@mail.ru

**В Казахстане объявлен конкурс среди журналистов на лучшее освещение деятельности
Лекарственного информационно-аналитического центра**

РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения РК объявляет о проведении первого конкурса на лучшее освещение в СМИ деятельности Лекарственного информационно-аналитического центра (ЛИАЦ). Данное мероприятие планируется в честь пятилетия открытия ЛИАЦ.

Цель конкурса – вызвать интерес общественности к деятельности ЛИАЦ и инициировать на профессиональном уровне информирование населения о правильном применении лекарственных средств и ответственного отношения к своему здоровью.

Конкурс будет проводиться с 15 марта по 1 июня 2014 года.

На конкурс принимаются работы по следующим номинациям: «Лучший автор» (печатные СМИ), «Лучший тележурналист», «Лучший радиожурналист».

Победители конкурса награждаются дипломами и денежными призами: в каждой номинации по 100 тысяч тенге.

Информация о победителях будет опубликована в СМИ местного и республиканского значения, а так же на интернет-сайте организаторов конкурса.

Информацию об условиях участия в конкурсе Вы можете получить на сайте www.druginfo.kz

Лекарственный информационно-аналитический центр
РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»
Контакты: 8 (7172) 476204, 87027474289
e-mail: druginfo-kz@mail.ru

Тарифы на размещение рекламно-информационных материалов в журнале

Журнал «Менеджер здравоохранения Республики Казахстан» предлагает Вам услуги на размещение рекламно-информационных материалов.

№	Площадь на полосе	Стоимость в тенге с учетом НДС	За 1,0 стр./ 560 кв.см.	За 1/2 стр./ 280 кв.см.	За 1/4 стр./ 140 кв.см.
1	4 (наружная) полоса обложки	120 тенге за 1 кв.см.	67200	33600	16800
2	2,3 (внутренние) полосы обложки	100 тенге за 1 кв.см.	56000	28000	14000
3	вкладыш (возможно с рекламой статей)	100 тенге за 1 кв.см.	56000	28000	14000

Миссия журнала:

Информирование руководителей государственных и частных медицинских учреждений, руководителей и специалистов органов управления здравоохранением о современных направлениях в области менеджмента, о зарубежном опыте администрирования здравоохранения и возможностях трансферта современных управленческих технологий в сферу здравоохранения.

Территория распространения:

Республика Казахстан, страны СНГ, ближнее зарубежье.

Читательская аудитория:

Руководители и специалисты управления здравоохранением, главные врачи областных и региональных медицинских организаций, руководители национальных, научных медицинских организаций, институтов развития и т.д. Журнал регулярно получают представители государственных органов системы здравоохранения (Министерство Здравоохранения, Областные управления здравоохранением, Медицинские высшие учебные заведения). Осуществляется персональная рассылка журнала сотрудникам республиканских и государственных медицинских организаций страны.

По вопросам размещения рекламно-информационных материалов обращаться по телефонам в г. Астане: 8 (7172) 476 201, 700 950 (1105), E-mail: imzrk@bk.ru

Мы будем рады сотрудничеству с Вами!

