

ISSN 2225-9929



9 772225 992125



Наурыз, №1 (6) 2013

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау

МЕНЕДЖЕРІ МЕНЕДЖЕР

здравоохранения Республики Казахстан

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау
МЕНЕДЖЕРІ
МЕНЕДЖЕР
здравоохранения Республики Казахстан



Журналдың аты:

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау менеджері

Бас редактор:

Құлжанов М.К.

Редакциялық кеңес:

Ақанов А.А., Байгенжин А.К.,
Байжүнісов Э.А., Біртанов Е.А., Егеубаева С.А.,
Ергалиев Қ.А., Ермекбаев К.К., Ыбраев С.Е.,
Ковач Л., Кучеренко В.З., Омаров Қ.Т.,
Рахыпбеков Т.К., Телеуов М.К., Шарман А.Т.,
Шоранов М.Е.

Редакциялық коллегия:

Ахимова А.Д., Бейсенбекова Г.К.,
Букебаев А.А. Исатаева Н.М., Қаптағаева А.К.,
Қасқырбаева Д.М., Койков В.В., Костюк А.В.,
Мақашев Д.М., Ниетқалиев К.У., Оспанова Ж.О

Техникалық топ:

Өзэрбаева А.Ж., Березин С.С., Есполова Г.Д.

Меншік несі:

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 сақтауды дамыту
Республикалық орталығы.

Редакцияның мекен-жайы:

Астана қ., Иманов к-сі, 13, 619 кеңсе
email: mz_rcrz@mail.ru

Баспахана мекен-жайы:

"Чернобыль - мүгедектер одағы"
Астана қ., К. Бәйсеитова к-сі, 114/2,
тел. 28 99 21

**Жарияланатын мәліметтердегі
ақпараттардың нақтылығы, авторлардың
жауапкершілігінде**

Наименование журнала:

Менеджер здравоохранения
Республики Казахстан

Главный редактор:

Кульжанов М.К.

Редакционный совет:

Ақанов А.А., Байгенжин А.К.,
Байжунусов Э.А., Біртанов Е.А., Егеубаева С.А.,
Ергалиев К.А., Ермекбаев К.К., Ибраев С.Е.,
Ковач Л., Кучеренко В.З., Омаров Қ.Т.,
Рахыпбеков Т.К., Телеуов М.К., Шарман А.Т.,
Шоранов М.Е.

Редакционная коллегия:

Ахимова А.Д., Бейсенбекова Г.К.,
Букебаев А.А. Исатаева Н.М., Қаптағаева А.К.,
Қасқырбаева Д.М., Койков В.В., Костюк А.В.,
Мақашев Д.М., Нитқалиев К.У., Оспанова Ж.О

Техническая группа:

Азэрбаева А.Ж., Березин С.С., Есполова Г.Д.

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
email: mz_rcrz@mail.ru

Адрес типографии:

"Общество инвалидов - Чернобылец"
г. Астана, ул. К. Бәйсеитова, 114/2,
тел. 28 99 21

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

МАЗМҰНЫ / ОГЛАВЛЕНИЕ

ЖЕКЕ ТҰЛҒА / ЛИЧНОСТЬ

Интервью с директором учебно-практического центра семейной медицины «Демеу» Абзаловой Р.А.6
«Демеу» отбасылық медицинасының оқу-тәжірибелік орталығының директоры Р.А. Абзаловамен сұхбат

РЕДАКТОРДАН / ОТ РЕДАКТОРА

Кульжанов М.К.

Стратегия совершенствования организационных процессов оказания медицинской помощи в Республики Казахстан..... 8
Кульжанов М.К., Қазақстан Республикасында медициналық көмек көрсетудің ұйымдастыру барысын жетілдіру стратегиясы

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУ: ЖЕТІСТІКТЕРІ ЖӘНЕ АҒЫМДАҒЫ МӘСЕЛЕЛЕРІ / ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН: ДОСТИЖЕНИЯ И ТЕКУЩИЕ ПРОБЛЕМЫ

Тулегалиева А.Г., Кулкаева Г.У., Гаркалов К.А.

Развитие первичной медико-санитарной помощи в Казахстане на современном этапе.....12
Тулегалиева А.Г., Кулкаева Г.У., Гаркалов К.А., Қазіргі кезеңде Қазақстанда медициналық-санитариялық алғашқы көмектің дамуы

Ембергенова М.Х., Ахметова Э.А., Биржанова К.Ж., Танаева С.Ж., Есполова Г.Д.

Совершенствование организационных технологий охраны здоровья матери и ребенка15
Ембергенова М.Х., Ахметова Э.А., Биржанова К.Ж., Танаева С.Ж., Есполова Г.Д., Ана мен бала денсаулығын сақтаудағы ұйымдастыру технологияларын жетілдіру

Джусайитова Д.Р., Пономарева С.В., Табаров А.Б.

Оказание высокоспециализированной медицинской помощи населению Республики Казахстан18
Жолсайитова Д.Р., Пономарева С.В., Табаров А.Б., Қазақстан Республикасының халқына жоғары мамандандырылған медициналық көмекті көрсету

Искакова Г.К., Сералиева А.Т., Рахимова Л.Ж.

Реализация мероприятий по совершенствованию службы крови22
Ысқақова Г.К., Сералиева А.Т., Рақымова Л.Ж., Қан қызметін жетілдіру шаралары

Кулкаева Г.У., Сағындықова А.Ж., Кидирбаев Н.И., Азербайбаева А.Ж.

Организационные мероприятия по снижению уровня социально-значимых заболеваний24
Кулкаева Г.У., Сағындықова А.Ж., Қыдырбаев Н.И., Әлеуметтік мәні бар аурулардың профилактикасын, диагностикасын, емдеу мен оңалтуды жетілдіру

Кульжанова А.Т., Рахимова Л.Ж.

Формирование здорового образа жизни – главный принцип в достижении здоровья для всех 35
Кульжанова А.Т., Рақымова Л.Ж., Салауатты өмір салтын қалыптастыру – барлығы үшін денсаулық жетістіктерінің басты қағидасы

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ СТРАТЕГИЯСЫ ЖӘНЕ САЯСАТЫ / СТРАТЕГИЯ И ПОЛИТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Макашев Д.М., Кудабаева Б.Б., Камбарова Г.А., Сулейменова А.Ш., Кашкенова Ж.М.

Результаты реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы по г. Астана за 2012 год 38
Макашев Д.М., Кудабаева Б.Б., Камбарова Г.А., Сулейменова А.Ш., Кашкенова Ж.М., Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011–2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасын Астана қаласы бойынша жүзеге асырудың 2012 жылға нәтижелері

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ МЕНЕДЖМЕНТ / МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Исабеков А.А., Исабеков Н.А.

Вопросы совершенствования организационных технологий управления в медицинской организации41
Исабеков А.А., Исабеков Н.А., Медициналық мекемені ұйымдастыру технологияларын басқаруды жетілдіру сауалдары

Ниткалиев К.У., Азербайбаева А.Ж., Умаров А.М.

Результаты самооценки уровня развития основных направлений менеджмента медицинских организаций44
Нитқалиев К.У., Әзербайбаева А.Ж., Умаров А.М., Медицина мекемелер менеджментінің негізгі бағыттарын дамыту деңгейінде өз-өзін бағалау нәтижелері

КАДРЛЫҚ МЕНЕДЖМЕНТ / КАДРОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Каптагаева А.К., Айдарханова К.К., Калиева М.А., Тапенова А.Е., Кунабаева Р.С. «Если кадры решают всё...». К вопросу необходимости внедрения профессионального регистра кадров здравоохранения.....	49
<i>Каптагаева А.К., Айдарханова К.К., Калиева М.А., Тапенова А.Е., Кунабаева Р.С., «Кадрлар барлығын шешсе...» Денсаулық сақтау жүйесінде кадрлардың кәсіпқойлық регистрін енгізу</i>	

Азербайбаева А.Ж., Ержанова Ж.С., Кайдаров С.К. Совершенствование процедур рекрутинга управленческого персонала в медицинских организациях РК.....	52
<i>Әзербайбаева А.Ж., Ержанова Ж.С., Кайдаров С.К., Қазақстан Республикасының медицина мекемелеріндегі басқарушылық қызметін жалдау және іріктеу рәсімін жетілдіру</i>	

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

Абдрасилова Б.И. Стимулирующий компонент подушевого норматива, борьба за конечный результат, скрининг.....	57
<i>Әбдрәсілова Б.И., Скрининг, түпкілікті нәтиже жолындағы күрестің, адам басына шаққандағы норманың ынталандыру компоненті.</i>	

Мухамбетов Е.С. Из опыта работы отделения экстренной медицинской помощи ГКП на ПХВ «Мангистауская областная больница».....	60
<i>Мұхамбетов Е.С., «Маңғыстау облыстық ауруханасы» ШЖК МКК бойынша жедел медициналық көмек көрсету бөлімшесінің жұмысы»</i>	

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ БІЛІМ БЕРУ/ ОБРАЗОВАНИЕ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Калиева М.А., Байгожина З.А., Нурманбетова Ф.Н., Кабдрахманова Н.М. Анализ данных приема абитуриентов в число студентов и причин отчислений в медицинских вузах.....	63
<i>Калиева М.Ә., Байгожина З.А., Нурманбетова Ф.Н., Кабдрахманова Н.М., Медициналық ЖоО-да талапкерлерді студенттердің қатарына қабылдау деректерін және шығарып жіберу себептерін талдау</i>	

Сыздықова А.А., Калиева М.А., Байгожина З.А., Нурманбетова Ф.Н., Кабдрахманова Н.М. Опыт определения профессиональных ценностей медицинских работников на примере двух медицинских вузов.....	70
<i>Сыздықова А.А., Калиева М.Ә., Байгожина З.А., Нурманбетова Ф.Н., Кабдрахманова Н.М., Екі медициналық жоо-ның мысалында медицина қызметкерлерінің кәсіптік құндылығын айқындау тәжірибесі</i>	

Терекулова А. К. О развитии института независимых экспертов в области здравоохранения.....	77
<i>Терекулова А. К., Денсаулық сақтау саласында тәуелсіз сарапшы институтын дамыту туралы</i>	

МЕДИЦИНАЛЫҚ ҒЫЛЫМ / МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА

Койков В.В., Граф М.А. Роль «Key performance indicators (KPI)» как инструмента оценки достижения стратегических целей в сфере медицинской науки.....	82
<i>Койков В.В., Граф М.А., Медициналық ғылым жүйесінде стратегиялық нәтижелерге жетуді бағалау аспабы ретінде "Key Performance Indicators(KPI)" рөлі</i>	

ОҚИҒАЛАР / СОБЫТИЯ

Заседание коллегии Министерства здравоохранения Республики Казахстан об итогах деятельности за 2012 год и задачах на 2013 год.....	92
<i>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 2012 жылғы жұмысының қорытындысы және 2013 жылға арналған міндеттерді талқылауға арналған алқалар отырысы</i>	

Совместное заседание коллегии Генеральной прокуратуры РК и Министерства здравоохранения РК в селекторном режиме.....	94
<i>Қазақстан Республикасы Бас прокуратура және ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің селекторлық тәртібінде бірлескен алқа отырысы</i>	

Заседание Общественного совета по защите прав пациентов.....	95
<i>Науқастардың құқығын қорғау бойынша Қоғамдық кеңес отырысы</i>	

Совещание «Совершенствование менеджмента в пилотных медицинских организациях Республики Казахстан на основе международных стандартов».....	96
<i>«Қазақстан Республикасының тәжірибелік медициналық ұйымдарында халықаралық үлгілер негізінде менеджментті жетілдіру» тақырыбында өткізілген кеңес</i>	

В Казахстане планируют открыть офис ВОЗ.....	97
<i>Қазақстанда Дүниежүзілік денсаулық сақтау кеңесінің ашылуы жоспарлануда</i>	



Кульжанов М.К.

*Генеральный директор
Республиканского центра развития здравоохранения
Министерства здравоохранения Республики Казахстан*

УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ!

Представляем вам шестой номер журнала «Менеджер здравоохранения Республики Казахстан», который является первым выпуском 2013 года. Этот год обещает быть насыщенным событиями; ожидается дальнейшая реализация и среднесрочная оценка Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, Международная конференция, посвященная 35-летию Алматинской Декларации ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи. Также, ожидаемым событием является ежегодная международная конференция по менеджменту здравоохранения в Астане.

Сотрудники нашей организации совместно с Министерством здравоохранения работают по актуальнейшим проблемам, вставшим перед системой здравоохранения. Продолжается работа по совершенствованию мотивации поставщиков медицинских услуг за качественное, своевременное и безопасное предоставление медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, ведется разработка минимального социального стандарта в области здравоохранения, совершенствуются информационные технологии отрасли, реформируется система медицинского образования и кадровая политика сферы здравоохранения.

Наша редакция, постарается приложить все усилия для своевременного информирования круга наших читателей об управленческих решениях исходящих из стен Министерства здравоохранения и разработках практикующих на территории нашей страны менеджеров здравоохранения.

Данный номер, посвящается управлению организацией медицинской помощи и объединяет информационные материалы реализации проектов по усовершенствованию системы здравоохранения, а также статьи, описывающие практический опыт решения наиболее актуальных и сложных проблем в сфере здравоохранения руководителей медицинских организации Республики Казахстан.

Мы надеемся, что «Менеджер здравоохранения Республики Казахстан» позволит Вам, не отставая от ритма современных преобразований системы здравоохранения, работать над улучшением здоровья наших граждан.

Хотелось бы поблагодарить Департамент организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Казахстан за предоставленные материалы для публикации в этом номере журнала.

С уважением, Главный редактор



Тулегалиева А.Г.

*Директор Департамента организации медицинской помощи
Министерства здравоохранения Республики Казахстан*

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

За последние годы планомерно проводимая работа Министерством здравоохранения Республики Казахстан существенно повысила уровень обеспеченности населения услугами здравоохранения, увеличился объем профилактических, оздоровительных мероприятий, повысилась эффективность и качество диспансеризации больных, снизился уровень временной и стойкой утраты трудоспособности.

Расширение области применения высокоспециализированной медицинской помощи – один из наглядных показателей, указывающих на уровень развития здравоохранения республики. С созданием конкурентной среды между медицинскими организациями различных видов и форм собственности в Единой национальной системе здравоохранения, высокоспециализированная медицинская помощь оказывается во всех регионах Казахстана, начиная с медицинских организаций областного, городского и районного уровней и заканчивая ведущими научно-исследовательскими институтами и центрами. В республиканских научно-исследовательских институтах и в регионах активно ведется работа по трансферу инновационных технологий оказания медицинской помощи. Таким образом, на сегодняшний день внедрено 32 новых вида технологий.

В целях реализации профилактической направленности деятельности здравоохранения функционирует служба формирования здорового образа жизни, включающая в себя Национальный центр проблем формирования здорового образа

жизни, а также 14 областных, 2 городских, 136 районных Центров формирования здорового образа жизни, более того, в настоящее время создано 252 Центра укрепления здоровья, 87 антитабачных центров, 54 Молодежных центра и 3587 школ здоровья. Для формирования здорового образа жизни путем комплексного подхода к профилактике и усилению контроля за поведенческими факторами риска, в 2012 году проведено более 600 тысяч мероприятий с охватом более 15,5 млн. человек.

В результате проведенных комплексных мероприятий, по основным показателям здравоохранения отмечается положительная динамика: повышение рождаемости и снижение смертности, за последние 5 лет материнская смертность снизилась более чем в 3 раза, младенческая смертность в 1,5 раза.

Однако еще очень многое предстоит сделать, так как мы находимся еще на пути к совершенству, но планомерное продвижение по выбранной траектории к обеспечению качества, безопасности и доступности медицинской помощи нашим гражданам позволит нам достичь поставленных стратегических целей.

В данный номер журнала «Менеджер здравоохранения Республики Казахстан» мы предоставили материалы, отражающие деятельность Департамента организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Казахстан, а также подведомственных Министерству медицинских организаций. Надеюсь, что данная информация будет интересна широкому кругу читателей.

ЖЕКЕ ТҮЛҒА / ЛИЧНОСТЬ



Абзалова Р.А.

Директор учебно-практического центра семейной медицины «Демеу»

Доктор медицинских наук, отличник здравоохранения РК, врач высшей квалификационной категории по специальности «Социальная гигиена и организация здравоохранения», победитель конкурса «Лучшее предприятие, возглавляемое женщиной», организованное Национальной комиссией по делам семьи и женщин при Президенте РК, вошла в 100 выдающихся женщин Казахстана, автор многочисленных научных трудов, посвященных организации здравоохранения, развитию общественного здравоохранения, в частности, актуальным проблемам социально ориентированной медико-санитарной помощи. Награждена орденом «Күрмет», нагрудным знаком «Алтын дәрігер».

– Уважаемая Роза Абзаловна, нам известно, что Вы являетесь одной из успешных топ-менеджеров здравоохранения Республики Казахстан. Вы проработали на разных должностях во многих медицинских организациях, у Вас богатейший опыт работы в сфере здравоохранения, это бесспорно нелегкий путь. Скажите, как Вам удалось добиться таких успехов, ведь сфера здравоохранения, если не самое сложное направление, то одно из таковых в жизни общества?

– То, что в обществе называют успехом, не что иное, как полезность людям. И одно из слагаемых успеха – это окружающие тебя хорошие люди. Я всегда обращалась к светлой стороне сотрудников – и это был беспроигрышный вариант и высшая ценность для меня. Что касается успеха в понимании большинства – то, мы судим о себе по тому, чего мы добились, в то время как другие судят о нас по тому, чего мы не добились. Поэтому все так неоднозначно. Но если вопрос задан в таком ключе, значит, считается, что я добилась успеха.

Мне, конечно, приятно это признание, но «Давно пора заменить идеал успеха идеалом служения» (А. Эйнштейн).

– Так как этот выпуск нашего журнала посвящен организациям медицинской помощи в Республике Казахстан: достижения и текущие проблемы, хотелось бы узнать Ваше мнение касательно проведенных реформ в системе здравоохранения за последние годы в Казахстане?

– На мой взгляд, фундаментом нынешних реформ является Государственная программа развития здравоохранения на 2011-2015 гг. «Саламатты Қазақстан», воплотившая в себе новое видение казахстанского здравоохранения и заложившая модель системы здравоохранения, которая повлияет на социальные, экономические и политические причины состояния здоровья населения.

С 2010 года внедрена Единая национальная система здравоохранения (далее ЕНСЗ). Главным достижением ЕНСЗ является, то что в стране установлен единый

тариф на оказание стационарных услуг.

Развитие социально ориентированной модели первичной медико-санитарной помощи, основанной на общеврачебной практике с внедрением Института социальных работников.

Впервые в организациях амбулаторно-поликлинической помощи появились немедицинские специалисты: социальные работники, психологи, юристы; открылись социально-психологические службы, Молодежные центры здоровья, Школы укрепления здоровья. То есть претворяются в жизнь новые подходы в улучшении качества жизни населения, где в центре внимания находятся пациент и его семья. Создаются новые механизмы финансирования и стимулирования ПМСП.

С начала 2013 года в сельском здравоохранении введены новые подходы в финансировании по принципу «глобальный бюджет», т.е. по комплексному подушевому тарифу на 1 сельского жителя. Это позволит сохранить и укрепить сеть сельского здравоохранения, в котором амбулаторная и стационарная помощь будут сбалансированы. При этом будет развиваться первичная медицинская и профилактическая помощь.

Хорошие перемены отмечаются в области образования и науки, подготовке врачей и медицинских сестер. Однако надо отметить, что имеет место развитие здравоохранения методом отраслевых приоритетов, неоправданно много уделяют внимания специализированной медицинской помощи, концентрируют выделяемые ресурсы на дорогостоящее оборудование. Имеет место нехватка кадров, к примеру, в ПМСП, связанная с непрестижностью профессии, а также межпоколенческий разрыв в кадровом составе, в среднем укомплектованность врачами и медсестрами составляет 65%, слабая подготовка специалистов врачебного корпуса и сестринского дела, а также отмечается нескоординированные действия науки, образования и практического здравоохранения.

– Какую модель Вы бы предложили для доступности и улучшения качества предоставленных услуг в сфере здравоохранения?

– Прежде всего, я считаю, что модель

здравоохранения в нашей стране должна быть социальноориентированной, в которой работали бы менеджеры и специалисты, которые бы внедряли пациенториентированные подходы, врачебную, сестринскую практику, основанную на доказательной медицине, а также справедливое финансирование. А эффективное управление на всех уровнях осуществлялось бы высокопрофессиональными менеджерами в области общественного здравоохранения.

– Какими проектами Вы сейчас заняты, каковы Ваши цели на ближайшие годы?

– В нашей организации осуществляются ряд интересных и новых проектов. В первую очередь, это самостоятельная практика медицинских сестер с развитием у них критического мышления, новые технологии профилактики и новые подходы в деятельности Молодежного центра здоровья. Совместно с ЮНИСЕФом с ноября 2012 года начали медико-социальный проект «Профилактика отказа от детей от 0-3 лет на уровне ПМСП и родильного дома». Одним из приоритетов является образовательная деятельность: проводим различные обучения по востребованным направлениям в ПМСП для всего Казахстана. А также прилагаем усилия по совершенствованию практики в области социальной науки и психологии в здравоохранении.

– Из всех Ваших достижений, какое Вы считаете самым значимым и судьбоносным в Вашей профессиональной деятельности?

– В моей жизни было много значимых событий и встреч с необыкновенными личностями, которые особо повлияли на формирование моего мировоззрения и моего развития. Но, пожалуй, самое главное – это то, что я пришла к высоким духовным ценностям, понимания смысла жизни, своего предназначения и возможности через свою профессию передавать другим знания, вдохновение в осуществлении новых идей, поделиться опытом, подарить многим лучшее, что есть во мне. Все это дает мне силы и поддержку быть удовлетворенной и счастливой, потому что видишь «хорошие плоды» своих идей и действий.

Беседовала Есполова Г.Д.

РЕДАКТОРДАН / ОТ РЕДАКТОРА

Кульжанов М.К.*Главный редактор, Генеральный директор Республиканского центра развития здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан*

СТРАТЕГИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

На сегодняшний день, в любой сфере деятельности, никто не подвергает сомнению тот факт, что наличие успешной стратегии стимулирует рост и модернизацию производственных процессов, которые в свою очередь повышают конкурентоспособность организации. Не является исключением и сфера здравоохранения, для которой важнейшим результатом является укрепление здоровья населения страны, а также совершенствование медицинской помощи всем жителям Казахстана. Показатели здоровья населения страны определяют направление работы по совершенствованию организации медицинской помощи и эффективности проводимых преобразований в системе здравоохранения в целом. Знание основных показателей здоровья населения позволяет менеджерам отрасли здравоохранения оценить «производственную» среду своей деятельности, и рационально распределять усилия в зависимости от актуальнейших

потребностей страны.

Государственная программа развития системы здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» 2011-2015 гг. является основополагающей стратегией по совершенствованию организационных процессов оказания медицинской помощи в Республике Казахстан, основными стратегическими целями которой являются: укрепление здоровья казахстанцев путем достижения согласованности усилий всего общества в вопросах охраны здоровья, а также формирование конкурентоспособной системы здравоохранения.

Данная стратегия реализуется на протяжении двух лет, и соответственно, имеются определенные качественные и количественные достижения, за счет реализации определенных управленческих решений, направленных на совершенствование организации медицинской помощи в Республике Казахстан. Процесс совершенствования

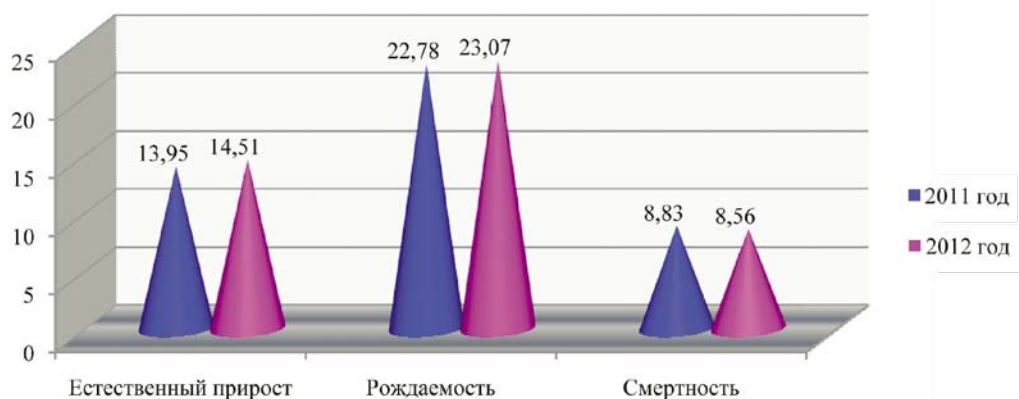


Рисунок 1 – Основные демографические показатели по состоянию на 1 декабря 2012 года по республике

организационных процессов в отрасли все еще продолжается, и максимально объективное описание результативности управленческих решений направленных на улучшение показателей здоровья населения и проделанных шагов в прошлом году можно оценить по динамике показателей состояния здоровья народа на основании данных Агентства Республики Казахстан по статистике.

Основными показателями, определяющими благополучие граждан нашей страны, является естественный прирост, рождаемость и смертность. Данные Агентства Республики Казахстан по статистике, указывают на то, что основные демографические показатели по состоянию на 1 декабря 2012 года имеют тенденцию к улучшению (рисунок 1).

Одним из главных показателей, указывающих на тенденцию к улучшению жизни населения Республики Казахстан, является показатель рождаемости, который составил 23,07 на 1 тыс. человек населения, в то время как в 2011 году этот показатель составил 22,78. Наиболее высокая рождаемость по-прежнему отмечается в южных и западных областях Казахстана. Показатель смертности населения снизился до 8,56 на 1 тыс. человек населения, в 2011 году он составлял 8,83, при анализе данного показателя отмечается, что наиболее высокая смертность отмечается в областях с более высоким удельным весом лиц пожилого и старческого возраста. Основными причинами смертности населения Казахстана по-прежнему являются: болезни системы кровообращения; новообразования; несчастные случаи, травмы и отравления; а также болезни органов пищеварения и дыхания.

Учитывая тот факт, что рождаемость увеличена, а показатель смертности стабилизирован и имеет тенденцию

к снижению, отмечается увеличение естественного прироста с 13,95 на 1 тыс. населения в 2011 году до 14,51 в 2012 году.

Одним из немаловажных достижений является увеличение ожидаемой продолжительности жизни (далее – ОПЖ) и разрыв в продолжительности жизни женщин и мужчин. В 2012 году ожидаемая продолжительность жизни при рождении в республике составила 69,6 (2011 г. – 69,01) лет, у мужчин – 64,8 (2011 г. – 64,23) года и у женщин – 74,3 (2011 г. – 73,79) года. Разрыв в продолжительности жизни женщин и мужчин в Казахстане снизился с 11,63 лет в 2007 году до 9,5 лет в 2012 году.

В целом, сложившаяся картина по состоянию здоровья населения нашей страны указывает на верность выбранной стратегии и конкретных решений по совершенствованию организации здравоохранения, поэтому дальнейшая планомерная работа по выбранным направлениям должна дать существенные результаты в виде дальнейшего улучшения показателей здоровья. В настоящее время необходимо, чтобы каждый руководитель организации здравоохранения в рамках своей управленческой деятельности оценил проблемные зоны и предпринял шаги по их решению. Следует помнить, что исполнение Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг., является целью управленцев всех уровней сферы здравоохранения и руководителей учреждений всех профилей оказания медицинских услуг и мероприятий по охране здоровья граждан нашей страны. Только командная работа менеджеров всех уровней и профилей может привести к дальнейшей успешной реализации управленческих решений, направленных на достижение поставленных целей.

Для успешной реализации выбранной

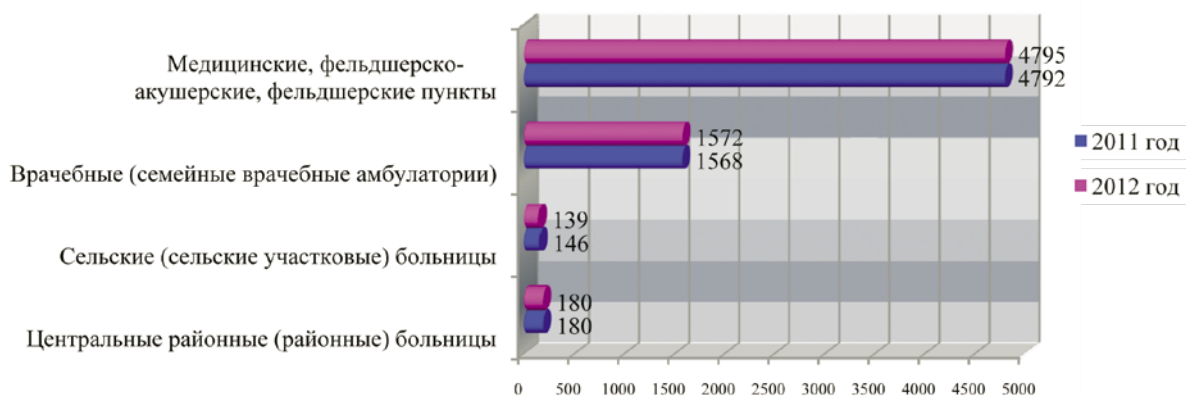


Рисунок 2 – Информация об организациях здравоохранения, предоставляющих медицинскую помощь сельскому населению

стратегии немаловажную роль играют структура организации медицинской помощи, представленная сетью медицинских организаций и ресурсы системы здравоохранения, важнейшим из которых является квалифицированный медицинский персонал. Сеть организаций здравоохранения, состоит из поставщиков медицинских услуг, являющихся основной движущей силой в секторе здравоохранения. Только при оптимальной организации сети системы здравоохранения и обеспечения эффективного взаимодействия медицинских организаций можно обеспечить равенство прав граждан Республики Казахстан на получение безопасной, эффективной и качественной медицинской помощи.

В настоящее время сеть медицинских организаций состоит из 884 больничных и 2741 амбулаторно-поликлинических организаций.

Государственный сектор здравоохранения представлен 752 больницами (в т.ч. 180 центральных районных и районных больниц, а также 139 сельских участковых и участковых больниц) и 1802 амбулаторно-поликлиническими организациями (в т.ч. 1543 врачебных амбулаторий). Особое внимание следует обратить на оказание медицинской помощи сельским жителям, учитывая географические особенности нашей страны (рисунок 2).

Для оказания специализированной медицинской помощи населению, проживающему в отдаленных районах (на станциях и разъездах, в прилегающих к ним селах), где в повседневном режиме нет доступа к отдельным видам медицинских услуг, реализованы управленческие решения по созданию транспортной медицины. Реализация данного проекта способствует решению проблем по оказанию медицинской помощи при крупномасштабных чрезвычайных ситуациях, в том числе, оказание медицинской помощи пострадавшим в любом регионе республики, в объеме неотложных оперативных вмешательств, с временной госпитализацией и дальнейшей эвакуацией пострадавших.

Республиканским координационным центром по санитарной авиации за 2012 год осуществлено 1005 вылетов, оказано – 1304 медицинских услуг. Для службы санитарной авиации приобретены 4 вертолета ЕС-145 и 2 вертолета типа Ка-32А11ВС.

Медицинские услуги санитарной авиации представлены в 3 видах – вылет с оказанием медицинской помощи на

месте, консультативная помощь на месте и транспортировка пациентов. Последний вид медицинской услуги занимает первое место (59% за 2012 год), и здесь доминируют внутрирегиональные транспортировки (57%).

В структуре причин вызовов санитарной авиации – на первом месте неотложные состояния в акушерской практике (28% – 370 случаев, в 2011 г. – 27% – 103 случая), затем неотложные состояния у детей и в травматологии (17%). Всего проведено 763 транспортировки (2011 г. – 219), оказано – 451 консультативных услуг (2011 г. – 134), проведено – 90 оперативных вмешательств на месте (2011 г. – 27).

Тремя консультативно-диагностическими поездами «Денсаулык», «Жәрдем» и «Саламатты Қазақстан» оказана медицинская помощь населению республики на 234 станциях, где осмотрено 63 397 человек, в том числе 24 571 детей. В рамках данных мероприятий проведены диагностические исследования, требующие специализированного оборудования, такие как УЗИ-исследования внутренних органов, спирография, эхоэнцефалография, электрокардиографии, измерения внутриглазного давления, эндоскопические и рентгенологические исследования.

В результате данного мероприятия жителям этих станций проведено 448 малых амбулаторных операций, 7901 женщин осмотрены маммологом, 14 512 жителям оказана стоматологическая помощь.

Это мероприятие оказалось значительным подспорьем в обеспечении граждан, проживающих в отдаленных от крупных медицинских центров регионах, специализированной медицинской помощью, и охватить скрининговыми исследованиями максимальное число жителей нашей страны.

Что касается крупных и средних медицинских учреждений, одним из важнейших стратегических решений было поэтапное снижение больничных коек, с параллельным повышением эффективности пребывания пациента в стационаре, за счет внедрения инновационных высокотехнологичных методов лечения, которые сокращают длительность пребывания пациента в стационаре.

По итогам 2012 года число больничных коек по республике составило 106 695, что гораздо меньше, чем 108 663 в 2011 году, в результате чего показатель обеспеченности койками на 10 тыс. населения составил 63,6 в 2012 году и 65,6 в 2011 году

соответственно. Однако, обеспеченность койками в Казахстане все еще выше, чем во многих странах с развитой высокотехнологичной системой оказания медицинской помощи. К примеру, показатель обеспеченности койками у нас в 1,5 раза превышает данный показатель в Австралии, в 1,3 раза в Нидерландах, в 1,2 раза в Канаде. В тоже время, средняя длительность пребывания пациента на стационарной койке в нашей стране в 4 раза выше, чем в Австралии и в 2 раза выше, чем в Нидерландах и Канаде.

В настоящее время подход к ресурсам часто определяется, как затратная составляющая производственной деятельности, что в корне неверно и искажает их роль и значение. Относительно кадровых ресурсов, которые являются движущей силой любой деятельности, система здравоохранения имеет положительные показатели. Количество врачей в республике увеличилось с 62 674 в 2011 году до 63 171 в 2012 году, обеспеченность населения врачебными кадрами составила, соответственно, 37,6 и 37,8 на 10 000 населения. Количество средних медицинских работников увеличилось со 143 094 в 2011 году до 147 360 в 2012 году. Обеспеченность населения средними медицинскими работниками составила по итогам 2012 года 87,8 на 10 000 населения (2011 год – 86,4).

Обеспечение отрасли профессиональными компетентными кадрами, к сожалению, все еще является сложной и актуальной задачей. Следует понимать, что обеспеченность кадрами, вопрос двоякий, в стране имеются 6 ВУЗов, занимающихся подготовкой специалистов с высшим медицинским образованием, и относительный дефицит в ближайшие годы они бы восполнили. Однако, одной из отраслевых специфик, является то, что для формирования квалифицированного специалиста медицинского профиля необходимы глубокие знания, с погружением в новейшие технологические достижения медицинской науки, необ-

ходимы навыки, которые формируются только в результате определенного срока практической деятельности, а также необходимы определенные морально-нравственные характеристики личности. Все эти компетенции не могут быть сформированы в короткое время, любой квалифицированный практикующий врач – это очень ценный ресурс для любой организации здравоохранения. В связи с этим, первоочередной задачей управленцев здравоохранения является удержание именно таких представителей медицинских профессий через мотивационные механизмы. Учитывая положительную динамику роста финансирования отрасли, совершенствования материально-технического оснащения медицинских организаций, на фоне которых все еще имеют место проблемы с обеспечением качества медицинских услуг, все более явно выступают проблемы качества квалифицированной подготовки медицинских работников и управленцев в сфере здравоохранения. Для решения этих проблем необходимы верные стратегические решения в области кадровой политики сферы здравоохранения и управления человеческими ресурсами на уровне каждой медицинской организации.

Таким образом, сегодня можно сказать, что организация медицинской помощи в соответствии со стратегическими направлениями Государственной программы «Саламатты Қазақстан» отражают реальные потребности нашего общества. Разумеется, данные показатели являются промежуточными в настоящий момент, но по ним легко судить о степени эффективности мероприятий по обеспечению населения качественными, доступными и прозрачными услугами здравоохранения. Проблемные вопросы, с которыми сталкивается отрасль, требуют последовательного, системного решения с привлечением управленцев различных уровней и обязательным акцентом на непрерывное профессиональное обучение, как специалистов, так и их руководителей.

КАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУ: ЖЕТІСТІКТЕРІ ЖӘНЕ АҒЫМДАҒЫ МӘСЕЛЕЛЕРІ / ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН: ДОСТИЖЕНИЯ И ТЕКУЩИЕ ПРОБЛЕМЫ

Тулгалиева А.Г.

Директор Департамента организации медицинской помощи МЗ РК

Кулкаева Г.У.

Заметитель директора Департамента организации медицинской помощи МЗ РК

Гаркалов К.А.

Начальник отдела центра развития служб здравоохранения и стандартизации медицинской помощи РЦРЗ МЗ РК

РАЗВИТИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО- САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В КАЗАХСТАНЕ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Прошло почти 35 лет с тех пор, как в 1978 году была принята Алма-Атинская декларация по первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). За этот период времени здравоохранение претерпело значительные изменения на глобальном уровне. Те идеи, которые были заложены в Алма-Атинскую декларацию, составляют основу Устава Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), на базе которого она разработана. Они прошли испытание временем и остались неизменными. Однако, не всем странам удается действовать сообща и реализовывать эти идеи. Кроме того, глобальные изменения, которые происходят в политической и экономической жизни планеты, являются предметом озабоченности как руководства ВОЗ, так и специалистов в области развития здравоохранения. Анализируя международный опыт реформирования здравоохранения в ежегодных докладах, ВОЗ традиционно подводятся итоги и определяются перспективы. В докладе ВОЗ за 2008 год звучит призыв к странам интенсифицировать внедрение практики первичной медицинской помощи, которая сегодня «актуальнее, чем когда-либо». По мнению ВОЗ это обеспечит реальные возможности, чтобы предпринимаемые реформы «делали системы здравоохранения равноправными, открытыми для всех и справедливыми». Изменения, происходящие в мире, естественно наложили отпечаток на основные направления развития ПМСП, которые в современных условиях выглядят несколько иначе (таблица 1) [1].

Отвечая на новые вызовы современности в рамках Государственной программы развития системы здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 гг. большое значение уделяется совершенствованию и дальнейшему развитию оказанию первичной медико-санитарной помощи. Данная Программа определила первичную медико-санитарную помощь – как приоритетное направление развития здравоохранения в нашем государстве [2].

Планомерно проводимая работа Министерством существенно повысила уровень обеспеченности населения услугами здравоохранения, увеличился объем профилактических, оздоровительных мероприятий. Повысилась эффективность и качество диспансеризации больных, уровень временной и стойкой утраты трудоспособности снизился за счет расширения гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

Министерством, совместно с местными исполнительными органами, продолжена работа по укреплению материально-технической базы сельских объектов здравоохранения.

За счет средств республиканского бюджета укреплена материально-техническая база родовспомогательных и детских организаций здравоохранения республики, а также центральных районных больниц, больниц и станций скорой медицинской помощи, организаций ПМСП, санитарной авиации. Приобретено оборудование для оказания экстренной и неотложной, плановой медицинской помощи

населению.

Первичная медико-санитарная помощь в настоящее время определяется как «зона первого контакта» населения с медико-санитарными службами, как первый этап охраны здоровья населения. Именно ПМСП

определяет осуществление основного принципа отечественного здравоохранения — профилактики, так как является наиболее массовой медицинской службой. Оказание ПМСП является одной из гарантий медико-социальной помощи [3].

Таблица 1 – Направления развития ПМСП на современном этапе.*

Предыдущие задачи внедрения ПМСП	Текущие задачи реформирования ПМСП
Более широкий доступ к базовому пакету мероприятий в области здравоохранения и основным лекарственным средствам для сельской бедноты	Реорганизация и регулирование существующих систем здравоохранения с целью обеспечения всеобщего доступа и социальной защиты здоровья людей
Упор на охрану здоровья матери и ребенка	Охрана здоровья каждого члена общины
Первоочередное внимание немногочисленным отдельным заболеваниям, прежде всего инфекционным и острым	Всеобъемлющие меры реагирования на ожидания и потребности населения, касающиеся целого ряда рисков и болезней
Улучшения в области гигиены, водоснабжения, санитарии и санитарного просвещения на уровне деревни	Пропаганда здорового образа жизни и смягчение последствий для здоровья вредных социальных факторов и факторов окружающей среды
Простые технологии, предназначенные для использования добровольными непрофессиональными медико-санитарными работниками	Бригады медико-санитарных работников, облегчающих доступ к технологиям и лекарственным средствам и надлежащее их использование
Участие в виде мобилизации местных ресурсов и управления центрами здоровья посредством местных комитетов здравоохранения	Институционализация участия гражданского общества в политическом диалоге и механизмах отчетности
Предоставление финансируемых государством услуг при централизованном управлении по нисходящему принципу	Плюралистические системы здравоохранения, функционирующие в глобализированном контексте
Решение проблем растущего дефицита и сокращения ресурсов	Управление ростом ресурсов на цели здравоохранения для обеспечения всеобщего охвата
Двусторонняя помощь и техническое содействие	Глобальная солидарность и совместное получение информации и знаний
Первичная помощь как антитеза больничной помощи	Первичная помощь как метод координации всеобъемлющих мер реагирования на всех уровнях
Первичная медико-санитарная помощь, будучи дешевой, требует лишь незначительных инвестиций	Первичная медико-санитарная помощь не дешевая и требует значительных инвестиций, но обеспечивает лучшее соотношение цены и качества, чем альтернативные подходы
*- Источник: Доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г.	

Особая роль в оказании медицинской помощи на участке отводится развитию общей врачебной практики и изменению роли участковой медицинской сестры. Деятельность сестринского персонала характеризуется большим разнообразием и включает как проведение высокотехнологичных клинических вмешательств, так и оказание широкого спектра услуг в рамках первичной медико-санитарной помощи. Это требует дальнейшего развития и совершенствования деятельности сестринского персонала, особое значение которой приобретает в оказании первичной медико-санитарной помощи с акцентом на профилактическую работу, реабилитационную и медико-социальную помощь хронически больным, старикам и

инвалидам. Возрастает роль сестринского персонала в санитарном просвещении населения по таким его важнейшим направлениям, как формирование здорового образа жизни, профилактика заболеваний, отравлений и несчастных случаев, половое воспитание, планирование семьи и безопасное материнство. На сестринский персонал возлагается обязанность обеспечить обучение населения приемам оказания неотложной помощи и методам ухода за больными и нетрудоспособными лицами, что позволит облегчить решение ряда медико-социальных проблем силами населения и самих пациентов, а также повысит эффективность деятельности специальных служб в условиях чрезвычайных ситуаций и ликвидации последствий

стихийных бедствий.

В связи с чем, Министерством здравоохранения РК продолжена работа по усовершенствованию модели организации ПМСП с введением для участкового врача второй медсестры для проведения патронажа больных с хроническими формами заболеваний, оказания содействия врачу при обслуживании вызовов, переданных на ПМСП со скорой медицинской помощи в часы работы ПМСП, и для врача общей практики третьей медсестры для проведения профилактической работы с прикрепленным населением (скрининги, формирование целевых групп, обучение здоровому образу жизни и профилактике).

9 ноября 2012 года проведена I Международная научно-практическая конференция по сестринскому делу «Актуальные проблемы и новые парадигмы в развитии сестринского дела в отечественной и международной практике». Данная конференция проведена для обобщения отечественного, международного опыта и новых перспектив в развитии сестринской службы, профессионального образования и научных исследований в сестринском деле.

Для повышения эффективности работы первичного здравоохранения, начиная с 2011 года, в структуру поликлиник включены социально-психологическая служба, центры укрепления здоровья, молодежные центры здоровья, позволившие сформировать новую форму оказания ПМСП, как Центры семейного здоровья. Эти службы облегчают проведение скрининговых профилактических осмотров целевых групп населения и выявление лиц с болезнями на ранних стадиях, обеспечивают

оказание помощи гражданам, находящимся в трудной жизненной ситуации, проблемам по улучшению их бытовых условий, изменению образа жизни, питания, в конечном результате уменьшая выраженность факторов, способствующих росту заболеваемости среди населения. По итогам 2012 года количество штатных единиц по укомплектованности психологами составляет 505 и социальными работниками – 2 128.

Во всех учреждениях ПМСП успешно внедряется Единая национальная система здравоохранения (ЕНСЗ), развиваются стационарозамещающие технологии, реализуется право свободного выбора пациентом врача, стационара.

Работает механизм финансирования медицинских услуг с переносом акцента со стационарной медицинской помощи на первичную медико-санитарную помощь со значительным увеличением подушевого финансирования. С начала прошлого года внедрен стимулирующий компонент подушевого норматива, ориентированного на конечный результат, что позволило значительно улучшить финансовое положение специалистов первичного звена и получить хороший материальный стимул.

Кроме того, Министерством объявлен и проводится 2 этап республиканского конкурса «Поликлиника без очередей». Данное мероприятие направлено на определение лучших поликлиник по республике, критериями оценки определены оперативность и качество оказываемой медицинской помощи, отсутствие очередей.

Стратегическая важность первичной медико-санитарной помощи делает ее



Рисунок 1 – Хорошая организация работы регистратуры – снижение ожидания пациентов медицинской помощи

одним из приоритетных направлений реформирования системы здравоохранения, суть которого заключается в укреплении медицинской помощи, оказываемой на амбулаторно-поликлиническом уровне, в структуре государственного здравоохранения, дальнейшего развития института врача общей практики, позволяющей повысить ее эффективность.

Реформирование ПМСП в структуре государственного здравоохранения связано с реформами правового, финансового и организационного порядка, требующих системного подхода к их решению. При этом важно отметить системообразующую роль управления в проводимых преобразованиях. Применение управленческих инноваций обеспечивает решение организационных проблем реформирования ПМСП. Изменения в отношении менеджмента медицинских организаций, переход их на форму ПХВ, также должно способствовать рациональному использованию, имеющихся ресурсов для достижения высокого уровня качества оказываемой медицинской помощи.

Основными направлениями перемен в

оказании медицинской помощи являются: преобладание при оказании медицинской помощи акцента на профилактику, изменение порядка оказания медицинской помощи населению, переход от круглосуточного пребывания пациентов в больнице к стационарозамещающим технологиям, от узкоспециализированной амбулаторно-поликлинической помощи к первичной медико-санитарной помощи по принципу врача общей практики, от объединенной скорой и неотложной помощи к их разделению с передачей функций неотложной помощи в амбулаторное звено и в общеврачебные практики. Амбулаторно-поликлинические медицинские организации должны стать основными организациями по оказанию медицинской помощи, оказывающим до 90 % услуг.

Таким образом, проводимые реформы должны сместить акцент оказания медицинской помощи на первичное звено, на развитие профилактических, социально-ориентированных мероприятий для достижения главной цели – улучшения здоровья Нации.

Источники:

1. Доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г.
2. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.
3. Руководителю ЛПУ / Здравоохранение сегодня / Том 3, 2012 / Алексеев В.А., Борисов К.Н. Первичная медико-санитарная помощь на современном этапе с позиций ВОЗ и полезны ли современной России её рекомендации по модернизации.

Ембергенова М.Х.

Начальник отдела охраны здоровья матери и ребенка Департамента организации медицинской помощи МЗ РК

Ахметова Э.А.

Главный эксперт отдела охраны здоровья матери и ребенка Департамента организации медицинской помощи МЗ РК

Биржанова М.Х.

Главный эксперт отдела охраны здоровья матери и ребенка Департамента организации медицинской помощи МЗ РК

Танаева С.Ж.

Эксперт отдела охраны здоровья матери и ребенка Департамента организации медицинской помощи МЗ РК

Есполова Г.Д.

Ведущий специалист Центра менеджмента здравоохранения РЦРЗ МЗ РК

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

Состояние здоровья женщин фертильного возраста и детей имеет особую социально-политическую зна-

чимось, обусловлено это, прежде всего тем, что оно определяет сохранность человеческого потенциала страны, так как

репродуктивные потери и утрата здоровья детей при рождении или в детском возрасте представляют собой невосполнимую потерю трудовых и интеллектуальных ресурсов страны. Большую значимость данного вопроса определяет и тот факт, что его состояние обусловлено социальными условиями жизни и зависит от факторов, связанных с организацией медицинской помощи.

Для системы здравоохранения Республики Казахстан, совершенствование службы родовспоможения и охраны здоровья матери и ребенка является одной из главных приоритетных задач, поэтому руководителям организаций оказывающих помощь при родовспоможении и амбулаторное наблюдение за женщинами фертильного возраста, а также организаторам здравоохранения всех уровней необходимо понимать социальную значимость результативности их деятельности.

В рамках системных мер по снижению материнской и младенческой смертности на уровне ПМСП организованы мероприятия по улучшению репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста и раннего выявления заболеваний для диспансерного наблюдения и их оздоровления.

В стране функционируют 759 организаций, имеющих женские консультации и кабинеты, в структуре которых предусмотрены школы матерей. Для мониторинга беременных создан регистр, осуществляется контроль над госпитализацией женщин с факторами риска в соответствии с регионализацией. Для улучшения показателей материнской и младенческой смертности организовано внедрение ежедневного мониторинга

критических состояний, благодаря которой оказана экстренная помощь более 2000 беременным и родильницам, а также усилиями Республиканской санитарной авиации оказана помощь по неотложным состояниям в акушерской практике 370 женщинам, в то время как за прошлый год к авиации прибегли лишь в 103 подобных случаях.

Продолжается работа по совершенствованию протоколов диагностики и лечения в области охраны здоровья матери и ребенка в соответствии с международными требованиями. В настоящее время по данному направлению разработано 40 протоколов диагностики и лечения, в том числе 8 клинических руководств.

Серьезным толчком для совершенствования перинатальной помощи является переход на критерии живого и мертворождения, рекомендованные ВОЗ. В стране активно началось внедрение в практику простых, экономичных, доступных, основанных на доказательной медицине международных технологий, таких как регионализация перинатальной помощи и эффективный перинатальный уход.

Наряду с этим была усовершенствована инфраструктура организаций родовспоможения и перинатальной помощи, в связи с чем, в настоящее время в стране функционируют 21 перинатальный центр и 9 роддомов 3-го уровня. Оснащенность медицинским оборудованием роддомов и перинатальных центров возросла с 61,0% в 2011 году до 63,0% в 2012 году.

Немаловажное значение имеют и совершенствование кадровых ресурсов организаций данного профиля, за 2012 год современным технологиям

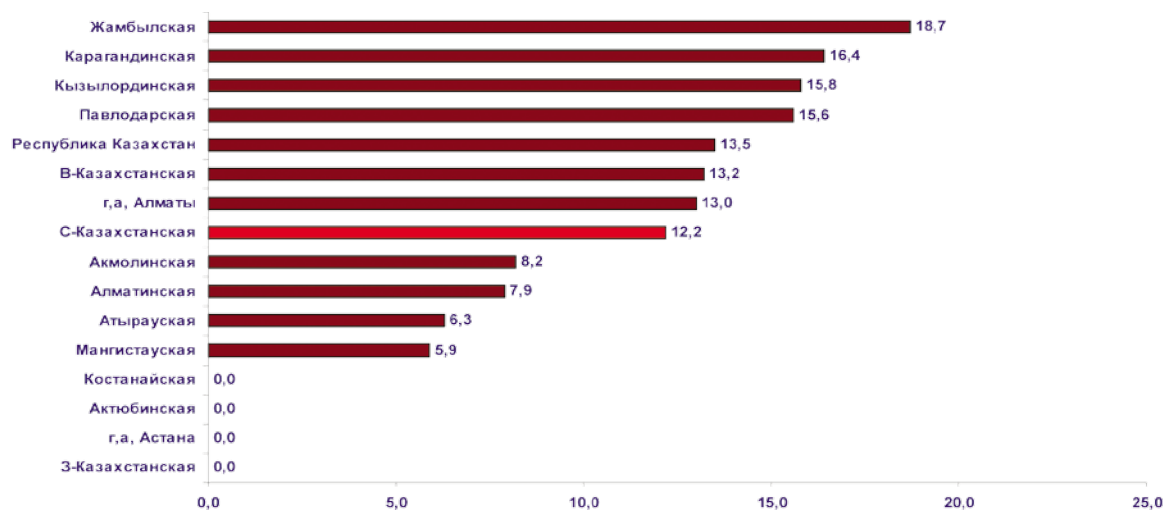


Рисунок 1 – Показатели материнской смертности в 2012 году в разрезе регионов

по перинатальному уходу обучено 180 специалистов из числа врачей акушеров-гинекологов, неонатологов и средних медицинских работников, работающих в ряде регионов.

В результате совершенствования организационных процессов оказания перинатальной помощи отмечается положительная динамика ряда показателей в целом по стране. За последние пять лет (с 2007г.) материнская смертность снизилась более чем в 3 раза, младенческая смертность с 2008 года снизилась в 1,5 раза.

В 2012 году показатель материнской смертности, который снизился на 22,4% и составил 13,5 на 100 тыс. родившихся живыми (2011 г. – 17,4). Показатель младенческой смертности снизился на 8,7% и составил 13,6 на 1000 родившихся живыми в сравнении с 14,9 в 2011 году.

Наиболее высокие показатели материнской смертности отмечаются в Южно-Казахстанской, Жамбылской, Карагандинской и Кызылординской областях.

В структуре материнской смертности 42% составляют заболевания, связанные с осложнениями при беременности, 58% составляют заболевания, не связанные с беременностью (экстрагенитальные заболевания). В структуре причин материнской смертности от заболеваний, связанных с беременностью, I место занимают акушерские кровотечения – 18 %, на II месте преэклампсия тяжелой степени, эклампсия, удельный вес которых составил 8 %.

Летальность от экстрагенитальной патологии составила 58 %, где преобладают заболевания сердечно-сосудистой патологии – 28 %, болезни органов дыхания – 14 %, онкопатология – 6 %, гепатит – 4%, болезни органов пищеварения – 2 %, туберкулез – 2 %, прочие – 2 %.

Все эти данные свидетельствуют о правильности выбранного направления. В настоящее время Министерством планируются дальнейшие мероприятия по снижению материнской смертности, в частности от экстрагенитальных заболеваний у женщин репродуктивного возраста, а также для усиления профилактических мероприятий по планированию семьи, улучшению знаний и информированности населения на уровне первичной медико-санитарной помощи и повышения солидарной ответственности граждан.

Для снижения младенческой смертности, также разработаны и выполнены ряд системных мероприятий, прежде всего уровень оснащенности детских стационаров

возрос с 58,0% в 2011 году до 63,4% в 2012 году. По неотложным состояниям у новорожденных (недоношенных) была привлечена санитарная авиация в 2012 году в 156 случаях (12%), в то время как в 2011 году подобная услуга была оказана в 53 (14%) случаях.

Для реализации программы ВОЗ «Интегрированное ведение болезней детского возраста» внедрено патронажное профилактическое наблюдение детей до 5 лет, организовано 600 кабинетов здорового ребенка, где медицинскими работниками проводится психофизический скрининг детей раннего возраста, обучение и консультирование родителей по вопросам питания.

Центром интегрированного ведения болезней детского возраста подготовлены координаторы, внедрены схемы (сортировки) по оценке тяжести и оказания неотложной помощи детям в стационарах, внедрены технологии игровой терапии и консультирование родителей по оценке физического и интеллектуального развития.

В настоящее время интегрированному ведению болезней детского возраста обучено 49,0% врачей-педиатров, 52,0% врачей общей практики, 25,3% фельдшеров, 31,8% средних медицинских работников, 73 руководителя организаций ПМСП и детских медицинских организаций и 97 преподавателей высших медицинских учебных заведений. Также организован выпуск карманных справочников по ведению детей до пяти лет.

Министерство, совместно с ЮНИСЕФ и ВОЗ, проводит широкомасштабную кампанию по информированию матерей по правилам ухода за детьми до 5 лет. Каждая молодая мама в Казахстане получает Руководство по уходу и развитию ребенка раннего возраста с описанием опасных признаков и рекомендациями для каждого периода жизни с 0 месяцев до 5 лет.

Совершенствуются организационные мероприятия по неонатальной хирургии и кардиохирургической помощи детям. Число кардиохирургических операций детям первого года жизни выросло с 24% в 2011 г. до 41,9% в 2012 г. Послеоперационная летальность за истекший период снизилась в 2 раза (2011 г. – 21,7%, 2012 г. – 10,5%). В 2012 году проведено 952 хирургических операций новорожденным с пороками развития, в сравнении с 722 в 2011 году.

Обеспечивается модернизация онкологической помощи детям: свое развитие получила трансплантация костного мозга у детей с онкогематологическими

заболеваниями, в 2012 году, впервые в истории нашей страны, в стенах Научного центра педиатрии и детской хирургии, а также в Национальном научном центре материнства и детства проведено 7 трансплантаций гемопоэтических стволовых клеток, из них 3 аллогенные и 4 аутологичные.

Немаловажное значение имеет и трансферт технологий в регионы. В регионах специалистами республиканских организаций проведено 22 операции и 76 консультаций новорожденным с врожденными пороками развития. Возросла оперативная активность в 1,2 раза, и увеличился процент выживаемости в послеоперационном периоде до 87%. Наряду с этим, принимаются меры по совершенствованию оказания неврологической помощи детям, реабилитации, развитию школьной медицины.

Большую роль в улучшении информированности населения, усилении ответственности за свое собственное здоровье

играют неправительственные организации. В 2012 году реализованы социальные проекты, направленные на охрану здоровья матери и ребенка («Здоровая семья», «Услуги консультативной телефонной линии по вопросам контрацепции, профилактике ИППП/ВИЧ», «Охрана здоровья женщин с ограниченными возможностями», «Мать и дитя», «Семья может все»).

Таким образом, можно отметить, что мероприятия, реализуемые для снижения материнской и детской смертности, имеют определенный успех, и выбранная стратегия по решению поставленных задач оправдывает себя. Не вызывает сомнений, необходимость дальнейшего последовательного совершенствования профилактических мероприятий, стандартных операционных процедур в виде алгоритмов и внедрение новых технологий в практику организаций родовспоможения, педиатрии и первичной медико-санитарной помощи для дальнейшего их совершенствования.

Джулсаитова Д.Р.

*Начальник управления стационарной медицинской помощи
Департамента организации медицинской помощи МЗ РК*

Пономарева С.В.

*Начальник отдела совершенствования СМП и ВСМП
Центра развития служб здравоохранения и стандартизации медицинской помощи РЦРЗ МЗ РК*

Табаров А.Б.

*Начальник отдела ОМТ Центра развития служб здравоохранения и стандартизации
медицинской помощи РЦРЗ МЗ РК*

ОКАЗАНИЕ ВЫСОКОСПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Одной из основных задач развития здравоохранения Республики Казахстан на период 2012-2015 годы является повышение эффективности и доступности медицинской помощи путем внедрения в медицинскую практику современных организационных и высокоэффективных, высокотехнологичных видов медицинской помощи.

Обеспечение населения республики высокоспециализированной медицинской помощью (далее – ВСМП) является одним из приоритетов государственной программы

развития здравоохранения на 2011-2015 годы «Саламатты Қазақстан». Реализация программы способствует обеспечению равных прав граждан на современную медицинскую помощь, повышению эффективности использования бюджетных средств и приведению в соответствие объемов медицинской помощи, в том числе ВСМП.

Всемирная организация здравоохранения определяет следующие три уровня оказания помощи:

1) Первичная медико-санитарная помощь: первый уровень контакта человека,

семьи и общества с национальной системой здравоохранения, обеспечивающим наибольшее приближение здравоохранения к местам проживания и работы.

2) Вторичная медицинская помощь: медицинские услуги, предоставляемые узкими специалистами, как правило, в условиях стационара или амбулатории, и не входящие в объем первичной помощи.

3) Третичная медицинская помощь: высокоспециализированная медицинская помощь, предоставляемая в условиях стационара с применением современных технологий.

В развитых странах включение новых технологий и исключение устаревших, менее эффективных из пакета медицинских услуг, финансируемых из государственного (страхового) источника осуществляется посредством оценки медицинских технологий (далее – ОМТ).

ОМТ – это междисциплинарный процесс, в ходе которого обобщается информация о медицинских, социальных, экономических и этических вопросах, связанных с применением медицинской технологии, на систематической, открытой, непредвзятой, устойчивой основе. Ее цель – помочь разработке безопасной, эффективной политики здравоохранения, которая ориентируется на нужды больных и стремится достичь наилучшего вложения средств.

Нормативная правовая база оказания ВСМП представлена приказом МЗ РК от 31 июля 2013 года № 513 «Об утверждении Инструкции внедрения технологий ВСМП» (далее – Инструкция), которым утвержден пошаговый алгоритм оценки, отбора и формирования перечня технологий ВСМП. Согласно Инструкции Перечень технологий ВСМП на следующий год формируется и утверждается до 1 ноября текущего года, при этом в него включаются медицинские технологии, прошедшие оценку по критериям ВСМП и набравшие определенное количество баллов. Заявителями на включение медицинских технологий в Перечень ВСМП могут быть НИИ, НЦ и главные внештатные специалисты МЗ РК. Оценку медицинских технологий на соответствие критериям ВСМП проводит РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения», окончательное решение о включении/исключении или отказе принимается Экспертной комиссией по вопросам развития здравоохранения МЗ РК.

Анализ оказания ВСМП показал переход системы высокотехнологичной помощи на

более качественный уровень, что явилось результатом проведенной реформы в системе здравоохранения в целом и в ВСМП, в частности. К ним можно отнести:

- четко определенные приоритетные направления развития ВСМП;
- существенное увеличение государственного финансирования ВСМП, что позволяет улучшать оснащение медицинских организаций и внедрять передовые медицинские технологии;
- развитие сети медицинских организаций, оказывающих ВСМП;
- внедрение новых медицинских технологий в лечебно-диагностический процесс;
- наличие пунктов телемедицины в медицинских организациях сельской местности, что позволяет охватить практически все отдаленные районы страны качественной консультативной помощью.

Расширение географии применения высокоспециализированной помощи (ВСМП) – один из важнейших индикаторов уровня развития здравоохранения республики. На сегодня с созданием конкурентной среды между медицинскими организациями различных видов и форм собственности в ЕНСЗ, ВСМП охватывает все регионы Казахстана, начиная с медицинских организаций областного, городского и районного уровней и заканчивая ведущими НИИ и НЦ.

В 2012 году количество организаций, оказывающих ВСМП, в сравнении с 2011 годом увеличилось на 60,2% и составило 149, среди них 116 региональных медицинских организаций (МО), в том числе 9 ведомственных и 17 частной формы собственности, а также в 15 республиканских НИИ и НЦ. Наряду с расширением географии выполнения ВСМП пересматривается перечень оказываемых услуг. Если в 2011 году перечень ВСМП состоял из 299 технологий, то в 2012 он был оптимизирован на 10,4% и составил 268.

В разрезе профилей заметна постоянная положительная динамика. Так, в гинекологии отмечен рост выполненных случаев ВСМП с 527 в 2011 году до 2 455 в 2012 году, т.е. в 3,6 раза, в сердечно-сосудистой хирургии – с 10 411 в 2011 году до 15 758 в 2012 году, т.е. на 51,3%, в онкологии – с 117 в 2011 году до 662 в 2012 году, т.е. в 4,6 раза, в нейрохирургии – с 1 075 в 2011 году до 1284 в 2012 году, т.е. на 19,4%, в офтальмологическом профиле – с 814 в 2011 году до 1 471 в 2012 году, т.е. на 80,7%.

Среди абсолютных показателей количества случаев ВСМП отмечается устойчивый рост. Так, общее количество

случаев ВСМП по республике увеличилось в 2012 году на 28,5%. В целом, в стране активно ведется работа по трансферу новых технологий в республиканские научно-исследовательские институты и по дальнейшему трансферу технологий в регионы по 32 видам технологий. За последнее время в республике предпринимаются серьезные меры по развитию отечественной трансплантологии, которые позволили из года в год увеличить количество проводимых трансплантаций органов и тканей.

2012 год был знаменателен в плане успешно проведенных трансплантаций органов. Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова является первым и ведущим центром в РК, занимающийся трансплантацией органов с 1979 года. За 2012 год данным Центром проведено 5 трансплантаций печени с коллегами из Японии и 20 трансплантаций почек.

В общем, в 2012 году проведено 50 трансплантаций почек (Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, Национальный научный центр материнства и детства, Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи, Городская клиническая больница №7), в т.ч. 1 от трупного донора, 5 трансплантаций печени, 1 трансплантация поджелудочной железы (Городская клиническая больница №7), 1 трансплантация сердца (Национальный научный кардиохирургический центр), 22 трансплантации костного мозга взрослым (Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи), 8 трансплантаций костного мозга детям (Национальный научный центр материнства и детства, Научный центр педиатрии и

детской хирургии).

В клиниках Холдинга (Национальный научный центр материнства и детства, Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи, Национальный научный кардиохирургический центр, Республиканский научный центр нейрохирургии) используются новейшие технологии хирургической нейронавигации, трансплантация органов, стереотаксической хирургии, малоинвазивной реконструктивной хирургии, малоинвазивной кардиохирургии.

По поручению Главы государства, с октября 2011 года начал функционировать Национальный научный кардиохирургический центр – современная клиника мирового класса, специализирующаяся в области диагностики, лечения и реабилитации сердечно-сосудистых заболеваний. Уникальностью Центра является синергия всех направлений современной кардиологии, кардиохирургии и интервенции. С момента открытия Центра внедрено более 13 инновационных технологий диагностики и лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы.

В 2012 году Центром оказано 2050 услуг высокоспециализированной медицинской помощи, в т.ч. 1574 операций на открытом сердце, из которых 87 уникальных операций (49 операций по имплантации вспомогательного устройства левого желудочка).

Одним из крупнейших достижений Центра и настоящим прорывом в отечественной медицине стала впервые проведенная в Казахстане трансплантация донорского сердца пациенту с хронической сердечной недостаточностью в августе 2012 года (рисунок 1).



Рисунок 1 – Трансплантация донорского сердца пациенту с хронической сердечной недостаточностью, 2012

В планах у врачей Центра проведение трансплантации комплекса «сердце – легкие» и имплантация полностью искусственного сердца, а также проведение высокотехнологичных кардиохирургических и интервенционных вмешательств с применением малоинвазивных и гибридных технологий. Только в 2012 году в Центре внедрены 7 инновационных технологий в области кардиохирургии и интервенционной кардиологии, в том числе чрескожная транскатетерная имплантация аортального клапана, транскатетерное закрытие ушка левого предсердия, почечная денервация при резистентной артериальной гипертензии и другие.

В 2012 году в Республиканском научном центре нейрохирургии внедрены технологии нейростимуляции спинного мозга, операций с использованием стереотаксической системы, применение нейронавигации при операциях на позвоночнике и спинном мозге, комбинированные трансбазальные доступы при опухолях основания черепа с применением интраоперационного нейромониторинга.

Успешно внедрена технология нейростимуляции спинного мозга при хроническом нейропатическом болевом синдроме позвоночника и нижних конечностей. Выполнено 4 операции по имплантации системы нейростимуляции спинного мозга. Данная услуга подразумевает применение высокотехнологичных электронных устройств, которые имплантируются в организм человека.

Стереотаксическая хирургия является малоинвазивным методом хирургического вмешательства, когда доступ осуществляется к целевой точке внутри тела или толщи тканей какого-либо органа с использованием пространственной схемы по заранее рассчитанным координатам по трехмерной Декартовой системе координат. Впервые в Казахстане внедрен метод стереотаксической хирургии. Выполнено 4 успешных операций стереотаксической биопсии головного мозга.

Национальным научным медицинским центром широко проводится научно-исследовательская работа в области клеточных технологий у больных с нейросенсорной тугоухостью, сахарным диабетом, у пациентов с ишемической болезнью сердца и постинфарктным кардиосклерозом, при хронических диффузных заболеваниях печени, при

аутоиммунных заболеваниях нервной системы, дегенеративных изменениях сетчатки глаза, воспалительно-деструктивными заболеваниями суставов. Так, в 2012 году проведено 950 трансплантаций фетальных клеток, в т.ч. гепатоцитов – 396, нефроцитов – 123, поджелудочной железы – 188, нейроцитов – 113, хондроцитов – 107, тиреоцитов – 23.

Кроме того, центром разработан ряд высоких технологий, таких как тканеинженерная конструкция на основе коллагенового матрикса, технология получения жизнеспособных и функционально активных клеток костного мозга *in vitro* и другие. Внедрены современные технологии эндопротезирования при злокачественном поражении суставов, гортани и молочной железы на базе Казахского научно-исследовательского института онкологии и радиологии.

На внедрение современных технологий эндопротезирования при злокачественном поражении суставов, гортани и молочной железы на 2012 год в рамках Программы развития онкологической помощи в Республике Казахстан на 2012-2016 годы выделено 34,7 млн.тенге, за отчетный период проведено 6-маммологических эндопротезирований, 33 по костной патологии и 5 по злокачественным поражениям гортани.

Внедрены радикальные лапароскопические операции при онкогинекологическом раке, в 2012 году выполнено 15 эндоскопических операций. Также внедрены органосохраняющие операции при раке шейки матки, позволяющие сохранить фертильную функцию у женщин с ранними стадиями заболеваниями, подобные операции – радикальные трахелэктомии – выполнены у двух женщин.

Внедренная технология по установке подкожных порт-систем позволяет сохранить качество жизни при проведении многочисленных курсов химиотерапии у онкобольных, проведена у 33 пациентов.

В 2012 году Научно-исследовательским институтом травматологии и ортопедии широко внедрены в практику современные коленные и тазобедренные эндопротезы Де Пью, эндокорректоры (Мосс Майями), артроскопические методы лечения (вапоризация, артроскопическая криодеструкция, транспедикулярный спондилодез при переломах позвоночника, блокирующий интрамедуллярный остеосинтез и др.) (рисунок 2).



Рисунок 2 – Рентгенологический снимок больного после эндопротезирования тазобедренного сустава, 2012

Государством предпринимается ряд действенных мер по развитию ВСМП, так, происходит увеличение финансирования доли ВСМП, вводится дополнительное стимулирование медицинских организаций «инновационным коэффициентом», проводится постоянное обучение и повышение квалификации медицинских работников, закупается

инновационное высокотехнологичное медицинское оборудование.

Исходя из вышеизложенного, по результатам анализа внедрение ВСМП способствует интенсификации работы медицинских организаций, увеличению числа пролеченных больных и увеличению оборота койки стационаров.

Искакова Г.К.

*Начальник управления амбулаторно-поликлинической помощи
Департамента организации медицинской помощи МЗ РК*

Сералиева А.Т.

*Главный эксперт управления амбулаторно-поликлинической помощи
Департамента организации медицинской помощи МЗ РК*

Рахимова Л.Ж.

Ведущий специалист Центра менеджмента здравоохранения РЦРЗ МЗ РК

РЕАЛИЗАЦИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СЛУЖБЫ КРОВИ

Служба крови является одной из актуальных областей отечественного здравоохранения. Эффективность неотложной медицинской помощи, внедрение новых технологий по различным направлениям медицины и, как следствие, состояние показателей здоровья граждан напрямую зависят от развития службы крови. Производимые службой крови компоненты и препараты представляют один из факторов национальной безопасности страны.

В целях определения основных направлений дальнейшего развития службы крови республики, в рамках госу-

дарственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы была разработана Концепция развития службы крови Республики Казахстан на 2011-2015 годы. Цель создания службы крови, соответствующей лучшей международной практике и обеспечивающей качество, эффективность и безопасность трансфузионной терапии предполагает реализацию следующих задач: совершенствование нормативной базы службы и развитие кадрового потенциала; развитие безвозмездного добровольного

донорства; совершенствование системы лабораторного скрининга и заготовки компонентов крови; создание единого информационного пространства службы крови республики; внедрение и развитие эффективной системы менеджмента качества продукции в каждом центре крови; обеспечение эффективного функционирования оборудования в центрах крови; структурное преобразование службы крови в регионах в соответствии с международными принципами; планирование и организация научно-прикладных исследований в области трансфузиологии; принятие мер по изучению и использованию опыта применения компонентов крови, основанного на доказательствах; обеспечение препаратами крови через развитие контрактного фракционирования сырья [1].

За последние два года в Казахстане проведена большая работа по совершенствованию нормативной базы Службы крови в соответствии с международными стандартами. Принято 12 приказов Министра здравоохранения РК, в разработке находятся постановления Правительства РК по службе крови. Новые нормативные положения направлены на внедрение международных стандартов в казахстанскую практику. В 2012 году были внесены изменения в Кодекс республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», внесены новые понятия, такие как контрактное фракционирование, Регистр доноров гемопоэтических стволовых клеток, HLA-система. Нормативная база, регулирующая деятельность службы крови, нуждается в дальнейшем совершенствовании [2-3].

Служба крови республики представлена Научно-производственным центром трансфузиологии (далее – НПЦТ) в городе Астане, Республиканским центром крови (далее – РЦК) в городе Алматы, 14 областными центрами крови и 4 городскими центрами в городах Алматы, Экибастуз, Семей, Каскелен.

В год заготавливается по республике порядка 190 тысяч литров донорской крови, осуществляется 285 тысяч донаций, из них 84% являются безвозмездными. Ежегодный прирост объемов заготовки донорской крови в республике составляет 3-5%. Количество донаций в среднем по республике за 2012 год составляет 17,3 на 1000 населения против 17,2 в 2011 году. Удельный вес донаций в выездных условиях составляет в 2012 году - 27%, против 26 % в 2011 году.

Для обеспечения безопасности донорской крови во всех регионах внедрен

двухступенчатый скрининг донорской крови на инфекции – ИФА + ПЦР, для которого с 2012 года применяются только автоматизированные анализаторы. Создана референс-лаборатория для службы крови, проведена первая оценка качества лабораторных исследований, проводимых центрами крови.

Кроме того, в целях улучшения качества, безопасности и доступности трансфузионной терапии в Казахстане применяются современные технологии заготовки и переработки донорской крови. В 2012 году в сравнении с предыдущим годом выросли объемы применения современных ресурсосберегающих методов заготовки компонентов крови (аппаратный плазмаферез – на 18%, цитаферез – на 40%), вирусинактивации – на 42%, лейкофилтрации – на 11%.

Ведется работа по формированию Регистра доноров гемопоэтических стволовых клеток (далее – ГСК). На сегодняшний день уже свыше 1200 человек дали свое согласие стать донорами ГСК в случае совпадения их фенотипов с реципиентами. При этом, организованная на базе НПЦТ лаборатория иммунологического типирования тканей, осуществляет сопровождение процесса трансплантации органов и тканей в Астане. Следует отметить, что в 2012 году при участии данной лаборатории в клиниках Астаны пересажено 28 почек, 1 сердце и проведено 7 аллогенных трансплантаций гемопоэтических стволовых клеток.

Эффективное развитие службы крови и обеспечение безопасности трансфузионной терапии невозможно без создания единого информационного пространства. В 5 регионах республики внедрена единая программа, что позволит в перспективе приступить к созданию Национального регистра доноров. В настоящее время прорабатывается вопрос объединения данных центров в единое информационное пространство.

С целью развития безвозмездного добровольного донорства на постоянной основе проводятся телевизионные и радиопрограммы, флеш-мобы, концерты, направленные на пропаганду и продвижение идей донорства в обществе, организована школа донорства. Ежегодно в Международный День донора по республике повсеместно проводятся массовые пропагандистские мероприятия, в 2012 году в Астане проведено восемь информационно-просветительских акций, из них две – республиканского масштаба. Основная цель проведения подобных мероприятий –

привлечение как можно большего количества людей к вопросу развития донорства крови. Акции в поддержку донорства крови являются одним из наиболее верных способов не только увеличить количество доноров, но и просветить людей о необходимости становиться донором на добровольной безвозмездной основе.

Для привлечения внимания со стороны СМИ и массовой заинтересованности к участию в акциях привлекаются известные люди. В частности, в 2012 году в акциях приняли участие депутаты Мажилиса Парламента Республики Казахстан, глава представительства ВОЗ в Казахстане г-жа М. Вуйнович, послы Швеции и Сербии в Казахстане г-н М. Вэнгборг и г-н Б. Радойичич. С видеообращением к населению Республики Казахстан встать в ряды доноров крови и стволовых клеток выступил олимпийский чемпион И.Ильин. Участие в акциях людей такого уровня подает гражданам Казахстана замечательный пример. Кроме того, проведение акции Всемирного дня донора поддерживают своим выступлением различные детские

и подростковые коллективы, проводятся конкурсы на лучший детский рисунок по теме донорства крови, что, несомненно, вызывает положительный резонанс среди доноров.

Как показывает опыт последних трех лет, подобные мероприятия являются неотъемлемой частью и весьма эффективным методом в работе пропаганды добровольного безвозмездного донорства крови среди населения.

Таким образом, обеспечение безопасности, качества и доступности трансфузионной помощи гражданам требует совершенствования современных технологий заготовки и переработки донорской крови, применения современных ресурсосберегающих методов заготовки компонентов крови, создания единого информационного пространства службы крови, развития безвозмездного добровольного донорства на постоянной основе и требует дальнейшего совершенствования нормативной правовой базы и организационной структуры службы крови.

Источники:

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.
2. Кодекс республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения».
3. Концепция развития службы крови Республики Казахстан на 2011-2015 годы.

Кулкаева Г.У.

Заместитель директора Департамента организации медицинской помощи МЗ РК

Сагындыкова А.Ж.

*Главный эксперт управления стационарной медицинской помощи
Департамента организации медицинской помощи МЗ РК*

Кидирбаев Н.И.

*Эксперт управления стационарной медицинской помощи
Департамента организации медицинской помощи МЗ РК*

Азербайева А.Ж.

*Начальник отдела оценки технологий управления
Центра менеджмента здравоохранения РЦРЗ МЗ РК*

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО СНИЖЕНИЮ УРОВНЯ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Одной из задач в области устойчивого развития страны является увеличение средней продолжительности жизни населения с внедрением и совершен-

ствованием механизмов, обеспечивающих оздоровление нации.

Сегодня мероприятия по предупреждению и борьбе с социально значимыми

заболеваниями, ввиду масштабности проблемы, находятся под контролем государства. Такая необходимость вызвана рядом факторов социально-экономического характера, влияющих на снижение качества жизни населения, в том числе чрезмерными стрессовыми нагрузками, снижением уровня санитарно-гигиенической культуры, а также все еще высокими показателями заболеваемости, инвалидности и смертности.

В рамках Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, проводятся меры по усилению профилактических мероприятий, скрининговых исследований, совершенствование диагностики, лечения и реабилитации, основных социально значимых заболеваний и травм: сердечно-сосудистые заболевания, онкопатологии, туберкулез, психические болезни, эндокринные заболевания (диабет), а так же травмы (дорожные и производственные травмы, ожоги).

Указанные заболевания были выбраны ввиду того, что они характеризуются: высокой и быстро увеличивающейся распространенностью, занимают первые места по обращаемости в структуре заболеваемости; существенной долей в структуре причин смерти и выхода на инвалидность; тяжестью течения (снижают качество жизни больных, ограничивают функциональную активность) и высокой вероятностью неблагоприятного исхода; значительным влиянием на глобальный индекс конкурентоспособности.

Болезни системы кровообращения

На сегодняшний день в стране создана эффективная кардиологическая и кардиохирургическая служба. Создание в регионах кардиохирургических центров и наличие подготовленных специалистов позволило

значительно увеличить количество кардиохирургических операций. В 2012 году проведено по республике более 20 000 кардиохирургических операций (из них операции на открытом сердце взрослым – 9 633 и интервенционных оперативных вмешательств – 11 333), в том числе 1 976 детям. В 2012 году на раннее выявление болезней системы кровообращения осмотрено 2,6 млн. человек, из них с заболеваниями выявлено 209 603 человек.

В рамках Госпрограммы одним из приоритетных направлений на 2012-2013 годы с целью снижения смертности и инвалидизации населения от острого нарушения мозгового кровообращения (далее – ОНМК) Министерством определено создание инсультных центров (далее – ИЦ) во всех регионах страны. Потребность в ИЦ по республике составляет 48. В 2012 году организовано 20 ИЦ, оснащены минимальным перечнем оборудования. Обучены специалисты мультидисциплинарных бригад ИЦ, врачи неврологи, терапевты/ВОП. В 2013 году планируется открытие еще 28 центров, с последующим их оснащением и подготовкой кадров.

Принимаемые меры позволили снизить смертность от сосудистого поражения мозга на 15% в сравнении с аналогичным периодом 2011 года. Для улучшения оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом (далее – ОКС) и ОНМК осуществляется внедрение алгоритмов лечения больных с ОКС/ОНМК в соответствии с последними международными рекомендациями.

За последние годы в связи с проведением профилактических и скрининговых осмотров населения в республике наметилась тенденция роста заболеваемости болезнями системы кровообращения. В республике отмечается увеличение

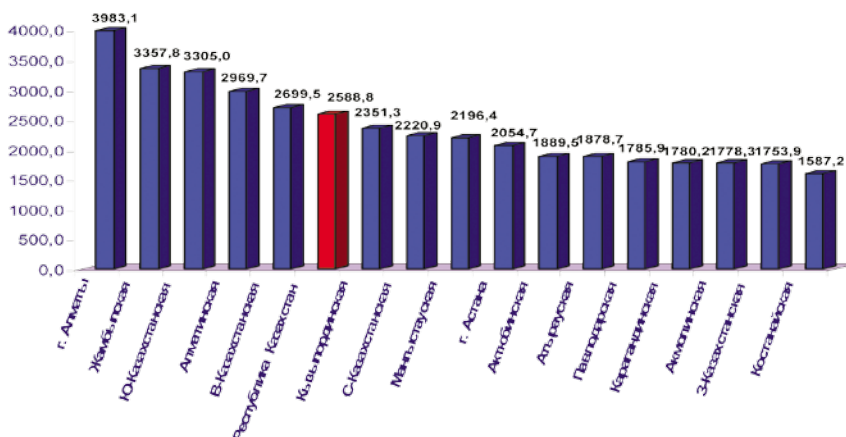


Рисунок 1 – Заболеваемость болезнями системы кровообращения в 2012 году (на 100 тыс. населения)

показателя заболеваемости болезнями системы кровообращения с 2277,1 на 100 тыс. населения в 2011 году до 2588,8 в 2012 году. Наиболее высокие показатели заболеваемости болезнями системы кровообращения наблюдаются в городе Алматы (3983,1), Жамбылской (3357,8), Южно-Казахстанской (3305,0), Алматинской

(2969,7), Восточно-Казахстанской (2699,5) областях.

В структуре причин смертности на первом месте - смертность от болезней системы кровообращения (46,6%). Однако следует отметить, что отмечается снижение показателя смертности на 100 тыс. человек населения с 315,8 в 2011 году до 253,3 в 2012 году.

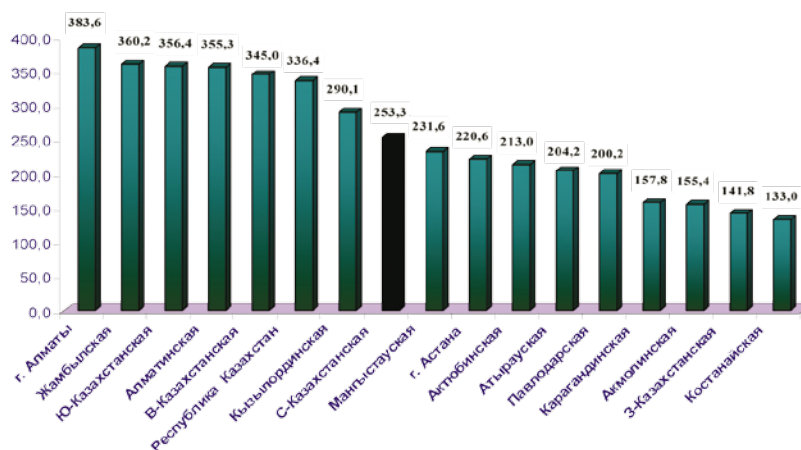


Рисунок 2 – Смертность от болезней системы кровообращения в 2012 году (на 100 тыс. населения)

Снижение показателя смертности от болезней системы кровообращений указывает на правильность выбранной стратегии по совершенствованию кардиологической и кардиохирургической помощи, и дальнейшей нашей задачей является закрепление данной положительной динамики за счет регионов, где показатели смертности от данной группы заболеваний все еще остаются высокими.

Онкозаболевания

В соответствии с Посланием Главы государства Н.А. Назарбаева народу Казахстана «Социально-экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана» от 29 марта 2012 года, постановлением Правительства РК №366 утверждена Программа развития онкологической помощи в Республике Казахстан на 2012-2016 годы, которая явилась последовательным продолжением государственной политики развития системы здравоохранения, заложенной в Госпрограмме. Целью отраслевой программы определено: повышение ожидаемой продолжительности и качества жизни казахстанцев путем снижения смертности населения от онкологических заболеваний.

На реализацию Программы будут направлены средства из республиканского и местного бюджетов, которые составят 178,6 млрд. тенге.

В рамках Программы в 2012 году по республике реализованы 3 скрининговые программы: рака молочной железы, шейки матки, колоректального рака и пилотный проект по скринингу рака предстательной железы в Восточно-Казахстанской области. В отчетном году внедрен скрининг рака шейки матки с использованием жидкостных цитологических аппаратов (осмотрено 450 463 женщин, выявлено заболевание в 117 случаях (0,03%).

Результаты первого года реализации:

- Подготовлено 85 тренеров, 46 преподавателей медицинских колледжей.
- Повышено квалификации для 50 хирургов хирургических кабинетов районных и городских поликлиник по вопросам колопроктологии.
- Обучены на базе Алматинского государственного института усовершенствования врачей (далее – АГИУВ) 43 специалиста хирургических кабинетов районных и городских поликлиник по вопросам колопроктологии, за рубежом – 54 специалиста по онкохирургии и радиологии для онкологических кабинетов в городских и районных поликлиник медицинских организаций республики.
- Закуплено оборудование (аппараты жидкостной цитологии) для скрининга рака шейки матки;
- Осмотрено свыше 583 000 женщин в возрасте 30, 35, 40, 45, 50, 55 и 60 лет, выявлено 180 случая рака (0,03%) и 28 805

случаев предопухолевых состояний (4,94). Из числа выявленной патологии на Д-учет поставлено 90,02% пациентов, которым проводится оздоровление;

- В рамках пилотного проекта скрининга рака предстательной железы в ВКО обследовано свыше 51 000 мужчин в возрасте 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64 лет. Охват подлежащих к обследованию составил 97,6%. Произведено 306 биопсий, из них выявлено 50 (16,3%) случаев рака предстательной железы. 48 случаев (98%) составили пациенты I-II стадии. 42 пациента с выявленной патологией госпитализированы на стационарное лечение, 8 пациентов – на этапе госпитализации;

- На раннее выявление предопухолевых и злокачественных новообразований толстой и прямой кишки обследовано свыше 1,2 млн. мужчин и женщин в возрасте 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 66, 68 и 70 лет. Рак выявлен в 213 случаях (0,02%), в том числе 61,6% в 1-2 стадии. Выявлено 1063 случаев доброкачественных новообразований (0,09%), всем пациентам проводится лечение и оздоровление;

- Открыты кабинеты амбулаторной химиотерапии в 17 онкологических диспансерах и 2 (отделениях), всего (19 кабинетов);

- Подписано соглашение с Медицинским центром Университета Питтсбурга (University of Pittsburgh Medical Center, UPMC) и разработана дорожная карта по созданию нового мощного онкологического Центра;

- На территории регионального онкологического диспансера г. Семей ведется строительство корпуса ядерной медицины;

- Внедрены современные технологии эндопротезирования при злокачественном поражении суставов, гортани и молочной железы на базе КазНИИОиР;

- Проводятся исследования мульти-модальных технологии лечения злокачественных новообразований основных локализаций по 8 научным темам;

- На базе 6 онкодиспансеров созданы койки паллиативного лечения – в Алматы (80), Павлодар (15), Караганды (20), Усть-Каменогорск (34), Костанай (25), Семей (10), Уральск (30) и

койки реабилитационного лечения в онкодиспансерах городов Алматы, Усть-Каменогорск, Кызылорда, Павлодар;

- На базе 4 онкодиспансеров созданы койки для реабилитационного лечения в форме дневного стационара.

Разработаны методология и методическое сопровождение скринингов рака печени, рака пищевода и желудка в Восточно-Казахстанской, Западно-Казахстанской, Кызылординской, Павлодарской областях, городах Астане и Алматы. Разработаны и утверждены Экспертным Советом МЗ РК методические рекомендации по повышению онконастороженности и раннему выявлению рака молочной железы, шейки матки, толстой кишки, предстательной железы, пищевода, желудка, печени.

На постоянной основе проводится информационная работа среди населения по профилактике злокачественных новообразований с привлечением неправительственных организаций.

Лекарственными средствами больные со злокачественными новообразованиями на стационарном уровне обеспечены на 100%.

Подготовлен Проект технического сотрудничества с МАГАТЭ KAZ/6/010 «Повышение качества и радиационной безопасности в радиотерапии в рамках национальной программы борьбы с раковыми заболеваниями» для обучения специалистов по подготовке физиков, работающих в лучевой терапии на 2013 год.

В рамках консорциума между АГИУВ и региональными медицинскими колледжами обучено 85 тренеров из числа преподавателей медицинских академий, 46 преподавателей медицинских колледжей.

5-7 сентября 2012 года в г. Астана прошел VII съезд онкологов и радиологов стран Содружества Независимых Государств. Мероприятие собрало свыше 1500 ученых и врачей из 36 стран, специализирующихся на лечении онкологических заболеваний. Ведущие онкологи СНГ, а также ближнего и дальнего зарубежья обсудили в Астане проблемы и перспективы развития современной онкологической службы.

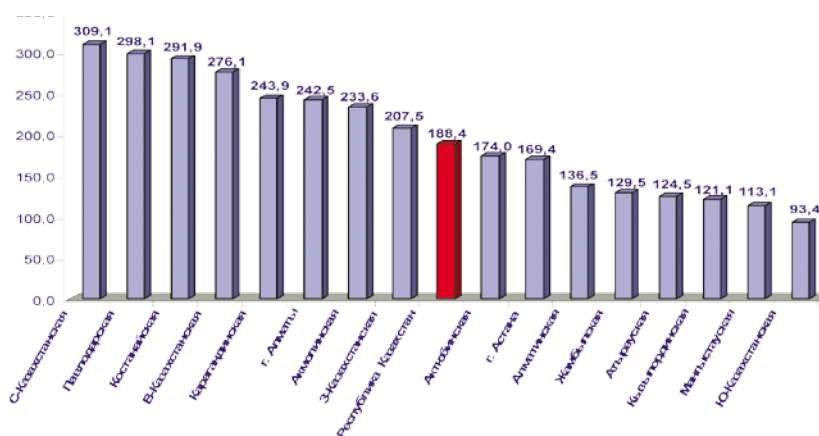


Рисунок 3 – Заболеваемость злокачественными новообразованиями в разрезе регионов в 2012 году (на 100 тыс. населения)

Отмечается рост уровня заболеваемости злокачественными новообразованиями на 3%, который составил 188,4 на 100 тыс. населения против 183,0 в 2011 году. Выше среднереспубликанского уровня данный показатель отмечается в Северо-

Казахстанской (309,1), Павлодарской (298,1), Костанайской (291,9), Восточно-Казахстанской (276,1), Карагандинской (243,9), Ақмолинской (233,6), Западно-Казахстанской (207,5) областях и городе Алматы (242,5).

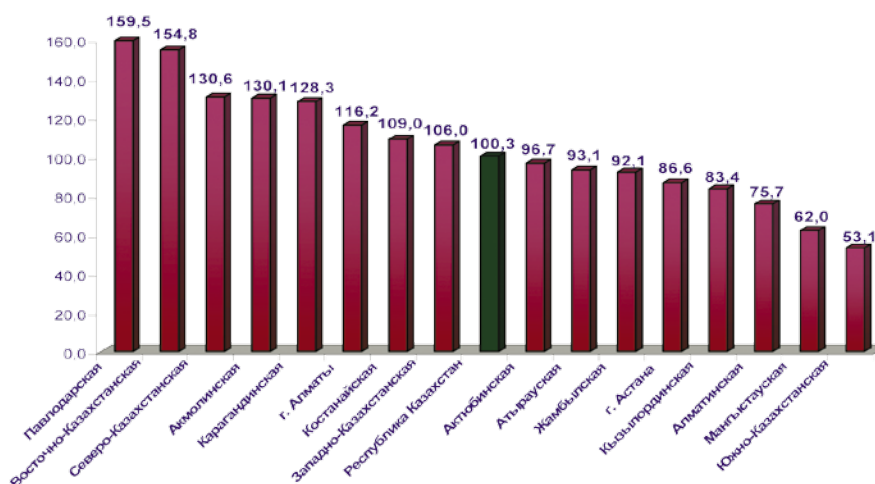


Рисунок 4 – Смертность от злокачественных новообразований в 2012 году в разрезе регионов (на 100 тыс. населения)

Новообразования занимают второе место в структуре причин смертности населения. Показатель смертности от злокачественных новообразований в республике составил 100,3 против 103,4 на 100 тыс. населения в 2011 году. Выше среднереспубликанского уровня данный показатель отмечается в Павлодарской (159,5), Восточно-Казахстанской (154,8), Северо-Казахстанской (130,6), Ақмолинской (130,1), Карагандинской (128,3), Костанайской (109,0), Западно-Казахстанской (106,0) областях и городе Алматы (116,2).

Рост уровня заболеваемости злокачественными новообразованиями связан с активизацией мероприятий по выявлению новообразований на ранних

стадиях, проводимая модернизация системы финансирования онкослужбы должна в ближайшем будущем оказать значительное влияние на качество помощи онкобольным, что позволит снизить летальность.

Травматизм

Одной из приоритетных задач Госпрограммы является также снижение дорожно-транспортного травматизма и смертности от него. Анализ ситуации с дорожно-транспортным травматизмом в республике определил разработку и реализацию Министерством инновационного проекта «Совершенствование оказания неотложной помощи пострадавшим в дорожно-транспортном происшествии».

Проект предусматривает организацию 40 межрайонных травматологических отделений вдоль автомобильных трасс республиканского значения с повышенным уровнем травмоопасности и оснащение их современным медицинским диагностическим и лечебным оборудованием.

Снижение смертности при ДТП на трассах республики предлагается решить путем перепрофилирования коек хирургического профиля центральных районных больниц и городских больниц, расположенных вдоль аварийно опасных участков автодорог. Тем самым, оказание квалифицированной травматологической помощи позволит сохранить жизни пострадавших в период «золотого часа».

На первом этапе реализации данного приказа на базе НИИ травматологии и ортопедии (далее – НИИТО) проведено обучение 148 врачей, 80 фельдшеров и медсестер районных больниц, разработан алгоритм оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим в ДТП на догоспитальном и госпитальном этапах. Разработаны и утверждены алгоритмы оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим в

ДТП на догоспитальном и госпитальном этапах. В них четко расписаны действия служб оповещения при возникновении ДТП, алгоритм оказания медицинской помощи пострадавшим в период «золотого часа» на до- и госпитальном этапах.

Кроме того, в 2012 году проведены 3 научно-практические конференции, в том числе в г. Петропавловске республиканская научно-практическая конференция «Организация медицинской помощи при дорожно-транспортных происшествиях». Выпущены учебно-методическое пособие «Правила оказания само- и взаимопомощи, доврачебной и первой медицинской помощи при дорожно-транспортных происшествиях»; аналитический обзор «Дорожно-транспортный травматизм как актуальная проблема общественного здравоохранения Республики Казахстан»; аналитический обзор «Состояние и перспективы развития травматолого-ортопедической помощи в Республике Казахстан».

В сравнении с 2011 годом, число несчастных случаев, травм и отравлений снизилось с 3678,6 на 100 тыс. населения до 3440,3 в 2012 году.

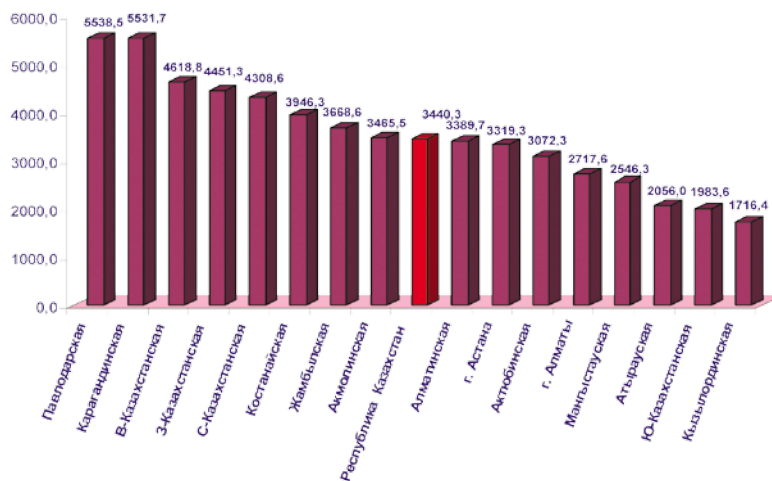


Рисунок 5 – Число несчастных случаев, отравлений и травм в разрезе регионов в 2012 году (на 100 тыс. населения)

Туберкулез

Эффективное выполнение комплекса мероприятий позволило стабилизировать эпидемиологическую обстановку по туберкулезу. Показатель заболеваемости туберкулезом населения снизился на 5,7% и составил 81,7 против 86,6 в 2011 г., смертность от туберкулеза снизилась с 8,4 до 7,2 на 100 тыс. населения (на 14,3%). Заболеваемость туберкулезом среди детей снизилась на 6,6% и составила 14,1 против 15,1 на 100 тыс. в 2011 г., а среди

подростков снизилась на 12,2% и составила 85,5 против 97,4 на 100 тыс. в 2011 г.

В 2012 году последовательно осуществлялась реструктуризация противотуберкулезных организаций с оптимизацией коечного фонда, с четким разделением потоков и содержания больных по моностатусу в соответствии с международными требованиями инфекционного контроля, направленная на предупреждение распространения нозокомиального туберкулеза. В результате

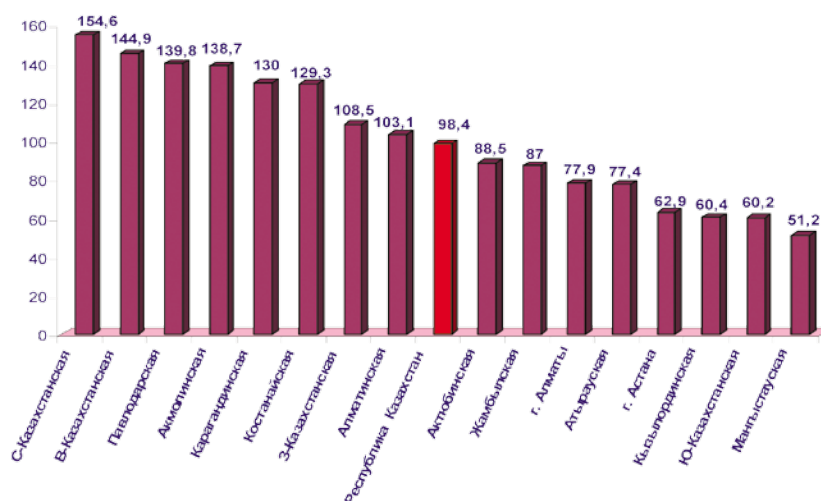


Рисунок 6 – Смертность от несчастных случаев, отравлений и травм в разрезе регионов в 2012 году (на 100 тыс. населения)

организованы 18 специализированных отделений принудительного лечения на 550 коек для больных заразной формой туберкулеза, уклоняющихся от лечения, 41 отделение на 2792 койки для адекватного лечения больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (далее – МЛУ ТБ) и 22 отделения на 755 коек для больных с хроническими формами туберкулеза с постоянным бактериовыделением, нуждающихся в симптоматическом лечении.

В 2012 году в соответствии с требованием инфекционного контроля, в 11 областях (Ақмолинской, Ақтөбе, Алматы, Восточно-Қазақстан, Запдно-Қазақстан, Қарағанды, Қызылорда, Қостанай, Павлодар, Северо-Қазақстан және Южно-Қазақстан) оптимизированы маломощные неэффективно используемые противотуберкулезные стационары с сокращением в них 895 коек.

В республике, благодаря внедрению новой инновационной лабораторной технологии, практически все больные с активным туберкулезом охватываются культуральными методами исследования (Левенштейн-Йенсен и БАКТЕК) и при получении роста микобактерии туберкулеза тестируются на лекарственную чувствительность (далее – ТЛЧ) к противотуберкулезным препаратам первого и второго ряда.

В 10 регионах, включая Национальную референс-лабораторию и лабораторию Қарағанды противотуберкулезной больницы уголовно-исполнительной системы (далее – УИС), внедрен ускоренный высокоспецифичный молекулярно-

генетический метод Hain-test, который позволяет в течение 2 суток диагностировать МЛУ ТБ.

С 2012 году в Национальном центре проблем туберкулеза (далее – НЦПТ) применяются новые методики хирургического лечения больных туберкулезом с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ ТБ) – торакопластические операции с применением бронхоблокатора и силиконового импланта. За год проведено 10 операций с применением данной методики. Методика клапанной бронхоблокации успешно применена у 50 больных туберкулезом с МЛУ/ШЛУ ТБ.

В 2012 году в 4 пилотных регионах (Ақмолинская, Восточно-Қазақстанская области, г. Алматы, НЦПТ РК) внедряется наиболее ускоренный метод Gen-Xpert для диагностики туберкулеза и определения устойчивости к одному из основных противотуберкулезных препаратов (рифампицину), который позволяет в течение 2 часов получить результат и выбрать правильную тактику лечения.

Охват ТЛЧ МБТ к противотуберкулезным препаратам первого ряда среди вновь зарегистрированных больных с положительным посевом по республике составляет 94,5%, у повторных с положительным посевом – 91%.

В соответствии с требованиями инфекционного контроля в 2012 году завершена установка вентиляционной системы в 5 бактериологических лабораториях противотуберкулезных организаций Алматы, Жамбыл, Қарағанды (учреждение АҚ-159/11 УИС) областей, гг. Алматы и Астаны.

Благодаря политической поддержке Главы Государства и Правительства, в 2012 году противотуберкулезной службой достигнут уровень охвата лечением больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ) 85%, рекомендуемый ВОЗ.

«Успешность лечения» впервые выявленных больных туберкулезом легких с бактериовыделением и сохраненной чувствительностью, зарегистрированных в 2011 г., составила 81,4%. Усилены профилактические мероприятия на уровне сети ПМСП по раннему выявлению и диагностике туберкулеза.

Акиматами регионов ежегодно решается вопрос оказания социальной поддержки больных туберкулезом на амбулаторном этапе лечения. Если в 2011 г. было выделено 257,8 млн. тенге, то в 2012 году сумма, выделенная на эти цели, составила 326,0 млн. тенге для 15852 больных туберкулезом.

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в пенитенциарной системе характеризуется высокой заболеваемостью, смертностью и высоким уровнем лекарственной устойчивости среди осужденных, и связана с отсутствием системы инфекционного контроля в тубучреждениях и четкого разделения потока больных по инфекционному статусу. В рамках Госпрограммы при-

нимается комплекс мер. Так, лечебно-профилактические учреждения УИС дооснащаются медицинским оборудованием и изделиями медицинского назначения.

Обеспечение противотуберкулезными препаратами I и II ряда для учреждений УИС осуществляется через Единого дистрибьютора ТОО «СК-Фармация». Исследования на ТЛЧ к противотуберкулезным препаратам основного ряда проводятся на базе лабораторий противотуберкулезных организаций гражданского сектора здравоохранения в рамках заключенного межведомственного меморандума.

С учетом высокого уровня лекарственно-устойчивых форм заболевания и наличия достаточного количества препаратов второго ряда, лечение больных МЛУ ТБ проводится во всех тубучреждениях УИС.

Показатель заболеваемости населения туберкулезом снизился на 5,7% и составил 81,7 против 86,6 на 100 тыс. населения в 2011 году. Снижение отмечается во всех областях. Выше среднереспубликанского уровня показатель заболеваемости туберкулезом отмечается в городе Астане (111,5), в Костанайской (103,1), Атырауской (102,1), Восточно-Казахстанской (101,1), Акмолинской (94,0), Кызылординской (92,0), Павлодарской (88,8), Северо-Казахстанской (86,3) областях.

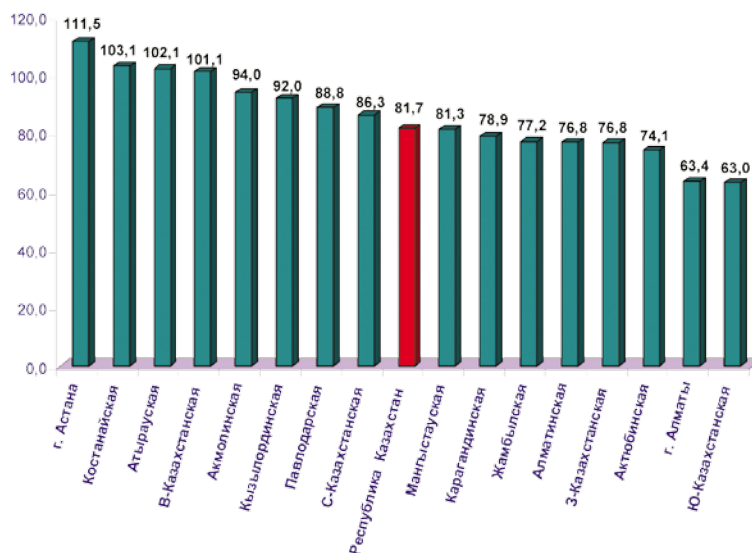


Рисунок 7 – Заболеваемость туберкулезом в разрезе регионов в 2012 году (на 100 тыс. населения)

Показатель смертности от туберкулеза также снизился и составил 7,2 на 100 тыс. населения против 8,4 в 2011 году. Выше среднереспубликанского уровня показатель смертности отмечается в Восточно-

Казахстанской (12,0), Костанайской (10,2), Карагандинской (9,8), Павлодарской (8,3), Кызылординской (8,2), Мангыстауской (7,7), Северо-Казахстанской (7,7) областях и городе Алматы (7,5).

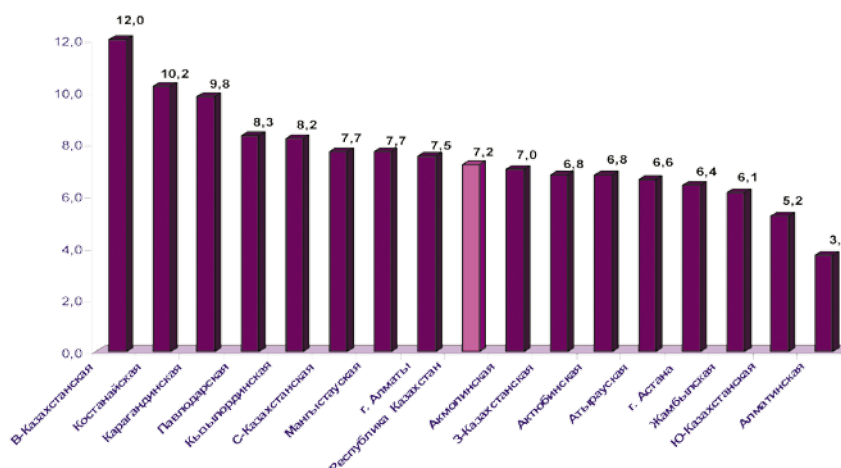


Рисунок 8 – Смертность от туберкулеза в разрезе регионов в 2012 году (на 100 тыс. населения)

Проводимые организационные мероприятия по снижению заболеваемости туберкулезом и смертности от него по стране определенно имеют эффект, однако по данному направлению необходимо продолжать поиск эффективных решений, особенно в регионах, где показатели по данной нозологии значительно превышают общенациональные цифры.

Сахарный диабет

В целях повышения качества и продолжительности жизни населения проводятся мероприятия по профилактике, раннему выявлению, эффективному лечению и реабилитации больных с сахарным диабетом.

В 2012 году на раннее выявление сахарного диабета осмотрено 2 596 686 человека, из них выявлено заболевание у 9 653 человека. Начиная с 1996 года, из республиканского бюджета выделяются средства на централизованный закуп противодиабетических препаратов и средств доставки, при этом выделяемая сумма ежегодно увеличивается. Все больные сахарным диабетом 100% обеспечены инсулинами.

В организациях здравоохранения, начиная с уровня районной и городской поликлиники, создаются школы больных с сахарным диабетом, кабинеты диабетической стопы и кабинеты диабетической ретинопатии.

В 2012 году впервые в Казахстане, как новая технология, внедрен масштабный проект помповой инсулинотерапии. На средства государственного бюджета для детей от 5 до 15 лет, страдающих сахарным диабетом I типа, были закуплены инсулиновые помпы. Основная цель внедрения – снизить частоту развития специфических осложнений сахарного диабета, приводящих к инвалидности и значительно ухудшающих

качество жизни пациентов. Важность события подчеркивается еще и тем, что Казахстан – единственная страна в мире, предоставившая инсулиновые помпы больным сахарным диабетом.

В результате проводимых мер отмечено уменьшение количества осложнений сахарного диабета.

Диализная помощь

Хроническая болезнь почек занимает среди хронических неинфекционных болезней особое место, поскольку она широко распространена, связана с ухудшением качества жизни и в терминальной стадии приводит к необходимости применения дорогостоящих методов заместительной терапии – диализа и пересадки почки.

В рамках государственно-частного партнерства функционирует 40 диализных центров (2011 г. – 35, 2010 г. – 25). Внедряются высокотехнологичные методы лечения в соответствии с международными стандартами диагностики и лечения.

В Казахстане в 2012 году различные виды заместительной почечной терапии получали более 2000 человек, ежегодный прирост числа этих больных в среднем составляет 10,5%. При этом на лечение одного диализного больного в течение года в нашей стране расходуется не менее 4,0 миллионов тенге.

Психические и наркологические расстройства

Показатель заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами снизился до 102,5 на 100 тыс. населения против 114,4 за 2011 год. Высокие показатели заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами сохраняются в Костанайской (178,3), Карагандинской (158,4), Павлодарской (130,5), Северо-Казахстанской

(121,0), Западно-Казахстанской (131,7), Кызылординской (140,0), Восточно-Казахстанской (106,2) областях и городе Алматы (123,3).

Актуальной социальной и медицинской проблемой является наркомания. Отмечается снижение показателя заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (далее – ПАВ) до 309,3 на 100 тыс. населения против 330,9 за 2011 год. Наиболее высокие показатели заболеваемости отмечаются в городе Алматы (1 230,4), Восточно-Казахстанской (664,1) и Атырауской (541,0) областях.

С целью объединения усилий органов внутренних дел, здравоохранения, образования для обеспечения общественной безопасности, предупреждения правонарушений со стороны несовершеннолетних и молодежи Министерством здравоохранения совместно с Министерством внутренних дел РК начата работа по обучению сотрудников органов внутренних дел по вопросам раннего выявления наркотической зависимости.

В 2012 году проведено обучение 450 инспекторов по делам несовершеннолетних в Павлодарской, Костанайской, Актюбинской, Жамбылской, Мангистауской областях. Подготовлены видеопособия антиалкогольной, антинаркотической направленности с целью их последующего внедрения в организациях образования.

В рамках председательства Республики Казахстан в Организации договора о коллективной безопасности (далее – ОДКБ) 20 июня 2012 года Министерством была проведена Вторая встреча главных наркологов государств-членов ОДКБ. В работе данной встречи приняли участие: Генеральный секретарь ОДКБ Н.Н. Бордюжа, Ответственный секретарь Министерства здравоохранения С.Р. Мусинов, сотрудники Федеральной службы по контролю за наркотиками Российской Федерации и Комитета по борьбе с наркоманией и наркобизнесом МВД РК, главные наркологи министерств здравоохранения государств – членов ОДКБ.

Основными приоритетами председательства Республики Казахстан в Организации Договора о коллективной безопасности в 2012 г. является формирование антинаркотической стратегии ОДКБ, принятие мер по сокращению внутреннего спроса на наркотики в государствах-членах Организации, а также внедрение эффективных мер профилактики

наркомании с отработкой механизмов и форм взаимодействия ОДКБ с другими государствами и международными организациями в противодействии наркобизнесу. В ходе встречи был заслушан имеющийся опыт по реализации заместительной поддерживающей терапии в Республике Армения, Беларусь, Кыргызстан, Таджикистан.

Вопрос о реализации заместительной поддерживающей терапии (далее ЗПТ) в Республике Казахстан был обсужден 21 июня 2012 года на рабочем совещании под руководством Министерства здравоохранения с участием сотрудников Комитетов по борьбе с наркоманией и наркобизнесом и уголовно-исполнительной системы Министерства внутренних дел РК.

В работе совещания приняли участие представители международных организаций, включая представителей Всемирной организации здравоохранения, Управления Организаций Объединенных Наций по наркотикам и преступности, Глобального фонда и Агентства США по международному развитию. Заслушан отчет «Оценка программы опиоидной заместительной терапии в Республике Казахстан» проведенной международными экспертами Колумбийского университета, инициированной Министерством.

В ходе работы совещания принято решение о поэтапном расширении проекта ЗПТ в Казахстане с открытием в 2012 году новых сайтов с выходом программы ЗПТ на национальный уровень в 2015 году.

На сегодняшний день программа ЗПТ реализуется на базах наркологических диспансеров в городах Павлодар, Усть-Каменогорск, Караганда, Актюбе, Костанай, Семей, Тараз, Уральск, Экибастуз, Темиртау Карагандинской области и рассчитана на 400 пациентов. Финансирование проекта осуществляется программой Глобального Фонда для борьбы со СПИД, туберкулезом и малярией.

В 2012 году разработана научно-обоснованная методология проведения массового психологического тестирования сотрудников правоохранительных органов РК по определению уровня психологической устойчивости.

Было обследовано более 122 тыс. сотрудников правоохранительных органов, получены результаты, которые напрямую влияли на прохождение аттестации и возможность работы лиц в системе правоохранительных органов в зависимости от уровня их психологической устойчивости.

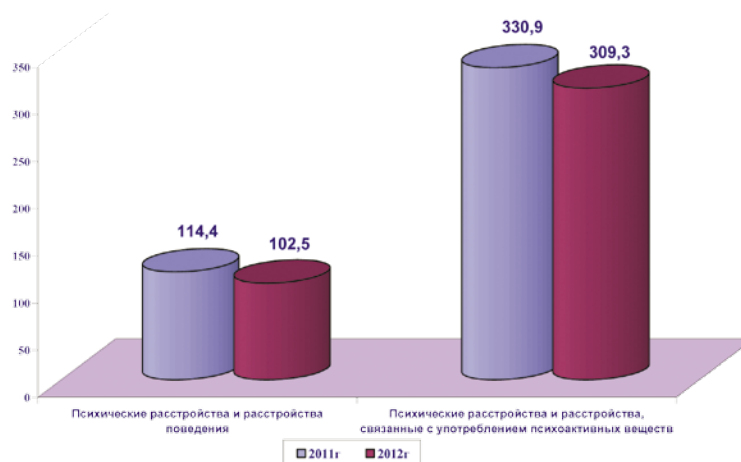


Рисунок 9 – Заболеваемость психическими и наркологическими расстройствами в 2011-2012 годах (на 100 000 населения)

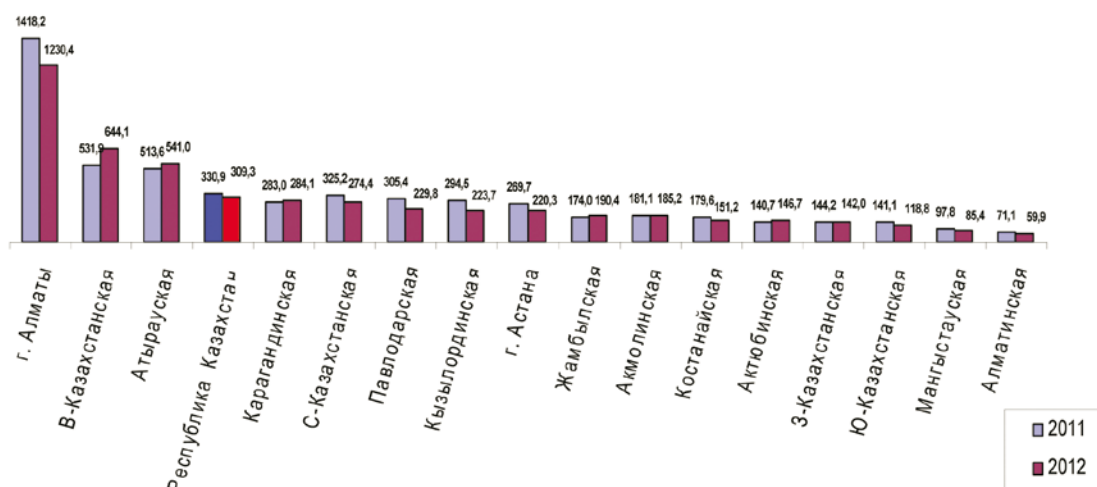


Рисунок 10 – Показатели заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением ПАВ

Показатель заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами снизился до 102,5 на 100 тыс. населения против 114,4 за 2011 год. Высокие показатели заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами сохраняются в Костанайской (178,3), Карагандинской (158,4), Павлодарской (130,5), Северо-Казахстанской (121,0), Западно-Казахстанской (131,7), Кызылординской (140,0), Восточно-Казахстанской (106,2) областях и городе Алматы (123,3).

Заболеваемость психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ (далее – ПАВ), также имеет тенденцию к снижению и составил 309,3 на 100 тыс. населения против 330,9 за 2011 год.

Наиболее высокие показатели заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с

употреблением ПАВ отмечаются в городе Алматы (1230,4), Восточно-Казахстанской (664,1) и Атырауской (541,0) областях.

Положительные тенденции, отмеченные по заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения, указывают на эффективность мероприятий выполняемых психиатрической службой и комплексных мероприятий на межведомственном уровне, которые нуждаются в дальнейшем развитии и совершенствовании.

С целью стабилизации заболеваемости, инвалидности и смертности от социально значимых заболеваний улучшается оснащение медицинских организаций современным диагностическим оборудованием, принимаются меры по улучшению подготовки кадров, расширяется объем стационарозамещающей помощи больным, с обеспечением их лекарственными средствами бесплатно и на льготных

условиях.

Следует отметить, что в сравнении с 2011 годом, показатели основных социально значимых заболеваний значительно снизились в 2012 году, в результате:

- проводимых комплексных и организационных мероприятий;
- поэтапного внедрения международных стандартов, протоколов и методов диагностики, лечения и реабилитации основных социально значимых заболеваний;
- расширения перечня медицинских услуг и лекарственных средств в рамках ГОМБП;
- ежегодного мониторинга пациентов с основными социально значимыми заболеваниями.

В целях устранения высокого уровня показателей социально значимых заболеваний и травматизма, необходимо дальнейшее совершенствование комплексных и организационных мер, направленных на повышение уровня информированности населения о профилактике социально значимых

заболеваний и травматизма, их первых признаков возникновения и последствий.

Раннюю диагностику социально значимых заболеваний проводить с использованием передовых технологий, совершенствовать подходы к ранней диагностике путем проведения выборочных исследований, скрининга, определения повышенного артериального давления, уровня холестерина и сахара в крови, а также их информационного сопровождения для активного вовлечения населения.

Для привлечения внимания всей общественности к данной проблеме необходимо, разработать информационно-образовательные материалы для распространения, проводить мероприятия с участием СМИ, для освещения проблем социально значимых заболеваний и травматизма, информирования и обучения всех слоев населения первым признакам и последствиям заболеваний, а также основам безопасности жизни, само- и взаимопомощи при получении травм.

Источники:

1. Программа «Здоровый образ жизни» на 2008-2016 гг.
2. Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг.

Кульжанова А. Т.

Главный эксперт управления охраны здоровья матери и ребенка
Департамента организации медицинской помощи МЗ РК

Рахимова Л. Ж.

Ведущий специалист отдела методологии и образования
Центра менеджмента здравоохранения РЦРЗ МЗ РК

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ – ГЛАВНЫЙ ПРИНЦИП В ДОСТИЖЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ВСЕХ

Здоровье каждого человека, как составляющая здоровья всего населения, все больше становится определяющим звеном в улучшении полноценности его существования и потенциала его возможностей. Состояние здоровья народа, в свою очередь, определяет меру социально-экономического, культурного и индустриального развития страны.

Формирование здорового образа жизни было определено как одно из приоритетных стратегических направлений и механизмов

реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.

Здоровье — бесценное достояние не только каждого человека, но и всего общества. При встречах, расставаниях с близкими и дорогими людьми мы желаем им доброго и крепкого здоровья, так как это — основное условие и залог полноценной и счастливой жизни. Здоровье помогает нам выполнять наши планы, успешно решать

основные жизненные задачи, преодолевать трудности, а если придется, то и значительные перегрузки. Доброе здоровье, разумно сохраняемое и укрепляемое самим человеком, обеспечивает ему долгую и активную жизнь. Какой бы совершенной ни была медицина, она не может избавить каждого от всех болезней. Человек сам творец своего здоровья!

Каждый может найти множество тому подтверждений, что заботиться о своем здоровье люди обычно начинают только после того, как недуг даст о себе знать. А ведь можно предотвратить эти заболевания намного раньше, в корне, и для этого нужно всего лишь вести здоровый образ жизни.

В целях реализации профилактической направленности деятельности в республике функционирует служба формирования здорового образа жизни, включающая в себя Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни, 14 областных, 2 городских, 136 районных Центров формирования здорового образа жизни, 252 Центра укрепления здоровья, 87 антитабачных центров, 54 Молодежных центров здоровья, 3587 школ здоровья.

В рамках реализации Госпрограммы, для формирования здорового образа жизни путем комплексного подхода к профилактике и усилению контроля за поведенческими факторами риска, за 2012 год службой формирования здорового образа жизни было проведено более 600 тысяч мероприятий с охватом более 15,5 млн. человек. В республике организованы и проведены информационные кампании по пропаганде здорового образа жизни, профилактике поведенческих факторов риска и заболеваний, месячники, декадни, спортивно-массовые мероприятия, информационная кампания через средства массовой информации и другие мероприятия.

Воспитание культуры здорового образа жизни актуальная тема на сегодняшний день. В последние десятилетия во всем мире наметилась тенденция к ухудшению здоровья людей. Идет увеличение заболеваемости по всем основным группам болезней, рост смертности, снижение рождаемости, продолжительности жизни. Остановить этот процесс, надеясь только на медицину, невозможно, так как в большинстве случаев врачи имеют дело с уже заболевшими людьми. Для того чтобы не заболеть, человеку необходимо научиться оставаться здоровым. Достигнуть высокого уровня всех видов здоровья (психического,

физического и других) значительно легче, если оно заложено в детстве. Необходимо, начиная со школьной скамьи, формирование культуры здорового образа жизни, привитие жизненных навыков противостояния поведенческим факторам риска.

В целях популяризации здорового образа жизни среди школьников с 3 по 8 сентября 2012 года во всех школах республики была проведена «Неделя здоровья». В школах были организованы стенды с девизом «Я, ты, он, она – мы здоровая страна» с фотогалереями знаменитых спортсменов Казахстана. При поддержке управлений образования в школах проведены спортивные эстафеты, футбольные матчи, баскетбольные соревнования, веселые старты с участием родителей и учащихся. В период «Недели здоровья» по всей республике было охвачено более 670 тысяч человек.

Здоровый образ жизни – это, прежде всего отказ от различных вредных привычек (курение, пьянство, употребление наркотиков). С целью ограничения и профилактики табакокурения, алкоголизма и наркомании усовершенствована законодательная база республики, устанавливающая запрет продажи сигарет лицам до 18 лет, спиртных напитков лицам, не достигшим 21 года, поштучную продажу сигарет, ограничение курения в определенных общественных местах, обязательное размещение предупреждений о вреде курения, в местах, осуществляющих продажу табачных изделий с 31 декабря 2011 года, запрет наружной рекламы и рекламы в печатных изданиях, на ТВ и радио, запрет распития алкогольных напитков в общественных местах, а также ужесточение мер за вождение в состоянии алкогольного опьянения.

В соответствии с Кодексом «О здоровье народа и системе здравоохранения», с 2013 года на пачки сигарет будут нанесены графические изображения о вреде табакокурения (рисунок), а также сведения о составе, об уровне содержания смолистых веществ, никотина и о не менее трех вредных соединениях – системных ядах, канцерогенных и мутагенных веществах, порядок размещения которых утвержден постановлением Правительства РК от 22 ноября 2011 года №1366. Казахстан станет второй страной после Канады, которая уже демонстрирует на пачках сигарет уровень 6-ти ядов и раскрывает правду о составе табачного дыма.

Кроме того, постановлением Прави-

тельства РК утверждены предупреждения о вреде курения, размещаемые в местах, осуществляющих продажу табачных изделий. Данные нововведения также будут первыми на территории СНГ.

По исследованиям ВОЗ, вследствие внедрения пиктограмм на пачки сигарет, ожидается, что более миллиона казахстанских курильщиков навсегда оставят опасную привычку (210 000 человек бросят сигарету незамедлительно и еще 840 000 в последующие три года).

Центрами формирования здорового образа жизни в школах, ВУЗах проводятся беседы, читаются лекции о вреде курения, распространяются информационно-образовательные материалы (профилактика наркомании, табакокурения и т.д.).

С целью повышения информированности населения растиражировано и распространено более 30,6 млн. экземпляров информационно-образовательного материала по основным аспектам формирования здорового образа жизни. На республиканском и региональном уровнях проведено более 70 пресс-конференций (Всемирный день борьбы с онкологическими заболеваниями, Всемирный день борьбы с туберкулезом, Всемирный день борьбы с артериальной гипертензией, Всемирный день борьбы с курением, Профилактике ОРВИ и гриппа). Вышли в эфир на республиканском уровне свыше 2 904 сюжетов аналитического, публицистического, образовательно-ознакомительного характера, к данной работе привлечены республиканские телеканалы «Казахстан», «Хабар», «31 канал», «СТВ», «Мир», печатные издания общереспубликанского и регионального уровней. По всей республике установлены билборды, лайтбоксы по аспектам здорового образа жизни.

Функционируют и постоянно обновляются 2 веб-сайта (www.hls.kz, www.zhas.kz). Используется активное усиление

пропаганды здорового образа жизни через Интернет посредством размещения видеороликов на www.youtube.com

С мая 2012 года в городе Алматы функционирует Национальный круглосуточный телефон горячей линии (150) для подростков и молодежи, организованный Национальным центром проблем формирования здорового образа жизни совместно с Союзом кризисных центров. За период работы было более 5700 обращений.

С целью улучшения качества проводимых скрининговых исследований ежеквартально специалистами Национального центра проблем формирования здорового образа жизни проводятся выездные республиканские семинары - совещания на тему: «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Повышение эффективности проведения скрининговых осмотров по раннему выявлению социально - значимых заболеваний» для специалистов организаций первичной медико-санитарной помощи различных регионов республики, Республиканского центра развития здравоохранения. В 2012 году было проведено 7 выездных семинаров с освещением в средствах массовой информации, в которых приняли участие более 1000 человек.

Здоровый образ жизни достаточно дорог и сложен. Но он окупается с лихвой, ведь здоровый человек способен вести достаточно продуктивную жизнь. По определению Всемирной организации ВОЗ - «здоровье – это состояние физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов». Здоровье – это первая и важнейшая потребность человека, за реализацию которой отвечает как система здравоохранения страны, так и сам человек. Принципы здорового образа жизни может выполнять каждый человек, для этого не требуется специальная подготовка, а поддержание отличного уровня здоровья и всей жизни в целом доступно всем.

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ СТРАТЕГИЯСЫ ЖӘНЕ САЯСАТЫ / СТРАТЕГИЯ И ПОЛИТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Макашев Д.М., Кудабаяева Б.Б., Камбарова Г.А., Сулейменова А.Ш., Кашкенова Ж.М.

Центр медико-экономической экспертизы и анализа РЦРЗ МЗ РК

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН «САЛАМАТТЫ ҚАЗАҚСТАН» НА 2011-2015 ГОДЫ ПО г. АСТАНА ЗА 2012 ГОД

Состояние здоровья населения является интегральным показателем социальной ориентированности общества, социальных гарантий, характеризующих степень ответственности государства перед своими гражданами.

Ключевой проблемой для всех направлений охраны здоровья является формирование культуры здоровья, повышение престижности здоровья, самосознание ценности здоровья как фактора жизнестойкости, активного долголетия; социальный и экономический мотив к сохранению и укреплению здоровья.

Для города Астана присущи все характеристики феномена «молодого растущего города». Вместе с ростом промышленности, инфраструктуры, соответственно выросла и численность, как взрослого, так и детского населения. Как известно, технический прогресс не всегда сопровождается улучшением состояния здоровья населения. В связи с этим, на протяжении последних лет перед системой здравоохранения столицы ставятся новые задачи, решение которых может быть связано с социально-экономическими условиями и внешними факторами, в частности, с миграцией населения, в основном за счет молодого возраста.

Управлением здравоохранения в течение 2012 года целенаправленно проводилась работа по реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты

Қазақстан» на 2011-2015 годы (далее – Программа) по следующим направлениям:

- повышение эффективности межсекторального и межведомственного взаимодействия по вопросам охраны общественного здоровья;
- усиление профилактических мероприятий, скрининговых исследований, совершенствование диагностики, лечения и реабилитации;
- основных социально значимых заболеваний и травм;
- совершенствование санитарно-эпидемиологической службы;
- совершенствование организации, управления и финансирования медицинской помощи в Единой национальной системе здравоохранения;
- совершенствование медицинского, фармацевтического образования; развитие и внедрение инновационных технологий в медицине;
- повышение доступности и качества лекарственных средств для населения, улучшение оснащения организаций здравоохранения медицинской техникой.

Существенным отличием Программы от предыдущих состоит в том, что одним из ее основных приоритетов является преимущественно социальная направленность здравоохранения, обеспечивающая поэтапное улучшение качества медицинских услуг и развитие высокотехнологичной системы здравоохранения. Особое внимание в Программе уделено

как работе управленческих структур, так и качеству работы каждой медицинской организации. Существенно возросла роль первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) по решению социальных проблем прикрепленного населения и проведению профилактики, снижению заболеваемости и смертности населения от социально значимых заболеваний.

Во исполнение межведомственного соглашения Управлением здравоохранения города Астаны и подведомственными медицинскими организациями совместно с Управлениями Акимата города Астаны проводилась широкая информационно-образовательная работа среди учащихся по профилактике дорожно-транспортного и бытового травматизма среди детей школьного возраста, реализовывался межведомственный план профилактических мероприятий по противодействию эпидемии ВИЧ\СПИД, профилактике табакокурения и злоупотребления алкоголем, своевременному выявлению и лечению туберкулеза и социальной поддержке больных активным туберкулезом из социально неимущих слоев.

Управлением здравоохранения в течение 2012 года проведен комплекс мер, направленных на снижение материнской и младенческой смертности с оснащением детских и родовспомогательных организаций медицинским оборудованием, регионализацией (централизацией) медицинского обслуживания женщин с тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологией в организациях родовспоможения и мониторингом всех критических случаев в акушерской и педиатрической практике.

Проведено обучение 342 врачей и 499 средних медицинских работников по вопросам эффективных перинатальных технологий и интегрированного ведения болезней детского возраста.

Во всех медицинских организациях города внедрены протоколы и стандарты оказания перинатальной и педиатрической медицинской помощи на основе доказательной медицины и стандарты оказания медицинской помощи детям до 5 лет согласно Программе интегрированного ведения болезней детского возраста (ИВБДВ).

Организациями ПМСП проведена значительная работа, направленная по профилактике и раннему выявлению социально значимых заболеваний, существенно влияющих на показатели здоровья населения и его смертности. Также организована работа службы социально-психологической помощи и осмотр жителей отдаленных

районов и студентов передвижными медицинскими комплексами. Скрининги на раннее выявление социально значимых неинфекционных заболеваний ежегодно охватывают более 33% населения города Астаны с выявлением до 8,5% больных с различными патологиями, которые берутся на учет и оздоравливаются.

С января 2012 года в городе Астана внедрена программа «Информационная система лекарственного обеспечения» (ИСЛО). Рецепты выписываются и отпускаются через систему (электронный рецепт). В соответствии с утвержденным Приказом МЗ РК от 04.11.2011г. № 786 на бесплатной основе выписаны рецепты 74 753 больным с различными заболеваниями.

В рамках реализации Единой национальной системы здравоохранения продолжена работа по развитию и совершенствованию стационарозамещающих технологий с увеличением перечня заболеваний, подлежащих лечению на уровне дневных стационаров. В стационарах города продолжено дальнейшее внедрение высокотехнологических видов медицинской помощи с увеличением объема оказываемой ВСМП по сердечно-сосудистой патологии, онкозаболеваниям, травматологии и ортопедии, интервенционной кардиологии и ортодонтической помощи детям. Высокотехнологичная медицинская помощь оказывается в 9 больницах Управления здравоохранения.

Более 12 400 жителей города Астаны получили высокоспециализированную медицинскую помощь (ВСМП).

Всеми медицинскими организациями реализуется право населения на свободный выбор медицинской организации.

Государственный заказ Управления здравоохранения на медицинское обеспечение населения размещен в 9 медицинских организаций негосударственной формы собственности.

Все 24 подведомственные управлению здравоохранения города Астаны медицинские организации, осуществляющие медицинское обслуживание населения, прошли аккредитацию на соответствие.

В целях стимулирования заинтересованности медицинских работников в конечных результатах своей деятельности продолжена работа по изменению юридического статуса медицинских организаций с переводом их в предприятия на ПХВ и внедрением дополнительного стимулирующего компонента для организаций ПМСП за счет средств

республиканского бюджета. В статус ГКП на ПХВ переведены 14 подведомственных УЗ медицинских организаций. На конец отчетного года деятельность на ПХВ осуществляет 21 медицинская организация.

В результате внедрения дифференцированной оплаты труда в среднем на 7,5% повысилась заработная плата медицинских работников.

Продолжено обучение медицинских работников. За 12 месяцев 2012 года в странах ближнего и дальнего зарубежья 3032 человека прошли курсы повышения квалификации и первичной специализации, из них 1 723 врачей.

Показателем эффективности проводимых мероприятий по итогам 2012 года

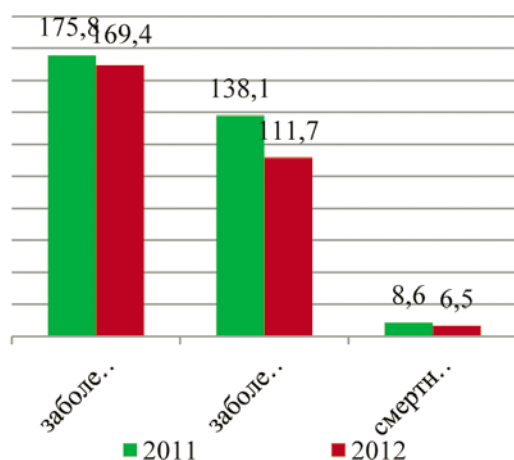


Рисунок 1 – Заболеваемость злокачественными новообразованиями на 100 тыс. населения

Заболеваемость болезнями системы кровообращения с 2166,2 на 100 тыс. населения в 2011 году снизилась до 2054,7 в 2012 году. Смертность от болезней системы кровообращения (БСК) снизилась за 2012 год до 114,2 на 100 тыс. населения против 147,5 в 2011 году (рисунок 2).

В результате реализации Программы:

- обеспечен оптимальный баланс ответственности и интересов граждан, поставщиков медицинских услуг и государства в вопросах охраны и укрепления здоровья граждан;
- улучшились показатели глобального индекса конкурентоспособности (ГИК);
- обеспечен существенный вклад в экономику города за счет сокращения прямых и косвенных потерь общества от болезней, инвалидности и преждевременной смерти граждан;
- обеспечено рациональное использование средств, выделенных на гарантированный

является:

Снижение показателя младенческой смертности с 11,08 в 2011 г. до 10,5 по итогам 2012 года и стабилизация материнской смертности по итогам 2012 года на уровне 4,7 на 100 тыс. живорожденных.

Снижение заболеваемости и смертности населения по социально значимым заболеваниям. Заболеваемость туберкулезом снизилась со 138,1 в 2011 году до 111,7 на 100 тыс. населения в 2012 году, а смертности от туберкулеза с 8,6 на 100 тыс. населения за 2011 год до 6,5 в 2012 году.

Заболеваемость злокачественными новообразованиями со 175,8 на 100 тыс. населения в 2011 году снизилась до 169,4 в 2012 году (рисунок 1).

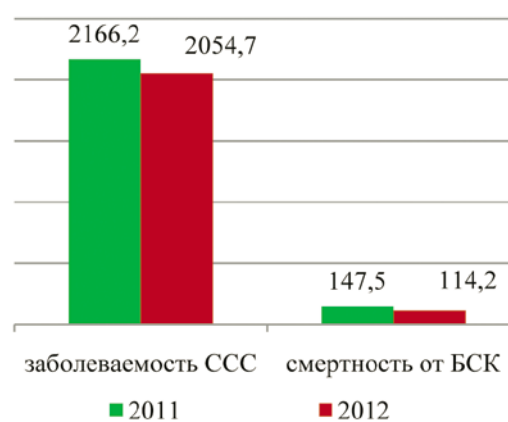


Рисунок 2 – Смертность от болезней системы кровообращения на 100 тыс. населения

объем бесплатной медицинской помощи, ориентированной на результат;

- достигнута прозрачность и предсказуемость в отрасли здравоохранения.

Достижениями реализации Программы является:

- соблюдение прав каждого жителя г. Астаны на свободный выбор врача, стационара и поликлиники;
- обеспечение населения города высокотехнологичными методами лечения;
- решение медико-социальных проблем населения;
- обеспечение населения города бесплатными лекарственными средствами в объеме ГОБМП;
- повышение эффективности скрининговых осмотров населения города на раннее выявление социально значимых заболеваний и факторов риска;
- повышение заработной платы медицинских работников в зависимости от объема и результата работы.

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ МЕНЕДЖМЕНТ /
МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**Исабеков А.А.***Управление здравоохранения, г. Алматы***Исабеков Н.А.***Мақтааральская центральная районная больница, Южно-Казахстанская область*ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ
ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
УПРАВЛЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ
ОРГАНИЗАЦИИ**Аталуы:** Медициналық мекемені ұйымдастыру технологияларын басқаруды жетілдіру сауалдары.**Автор:** *Исабеков А.А., Алматы қалалық денсаулық сақтау басқармасы; Исабеков Н.А., «Мақтаарал аудандық орталық ауруханасы» МКҚК.***Түйіндеме:** Денсаулық сақтау жүйесіндегі өзгерістерді тиімді жүзеге асыру үшін бірінші кезекте мемлекеттік саясатты реформалау және денсаулық сақтауды дамыту шегінде ауруханалық істі модернизациялау, жана формациядағы кадрларды дайындау мен қайта даярлау және ауруханаларды басқару деңгейінде қазіргі менеджментті енгізу қажет.**Title:** Issues of organizational technologies' improvement in health care organizations.**Authors:** *Isabekov A.A., Almaty city Management of health; Isabekov N.A., South-Kazakhstan state Mahtaaral central regional hospital.***Abstract:** First of all, there are need in modernization of hospital business in State policy reforming and Health care development framework, staff training and retraining and introduction of modern management at hospitals and in hospitals levels for effective realization of transformations in health care.

Для осуществления структурных преобразований в здравоохранении необходима модернизация больничного дела в рамках государственной политики реформирования и развития здравоохранения, подготовка и переподготовка кадров новой формации, а также внедрение современного менеджмента как на уровне управления больницами, так и внутри больницы.

Задачей менеджмента является наиболее эффективное достижение цели путем повышения качества лечебно-профилактических мероприятий и рационального использования ресурсов здравоохранения. Управление качеством в медицинской организации эффективно осуществляется, когда оно признается руководством на всех уровнях управления как основная стратегическая цель деятельности. Обеспечение качества – это не техническая функция, а системный процесс, пронизывающий всю

организационную структуру медицинской организации. Качество ориентировано на удовлетворение требований пациентов, а не на удобство (или недостаточные возможности) «производителя» медицинских услуг, и в соответствие с этим, требование к качеству определяется во многом пациентом, а улучшение качества идет по возрастающей.

Для повышения качества медицинской помощи и услуг требуется совершенствование существующих медицинских технологий и применение эффективных инноваций, современного документирования производственных процессов в медицинской организации, создания комплексных систем мотиваций. Это достигается заинтересованным участием всех сотрудников данного учреждения. И не маловажно установление конкретных задач и выделение средств на реализацию этих задач.

Необходимо научиться разделять

сложную задачу на множество простых и ясных и распределить ответственность при выполнении задач и обеспечивать равенство прав и возможности с одной стороны и ответственность с другой стороны. Задания должны быть выполнимы и исполнителям необходимо предоставить все средства для его выполнения.

Управление качеством в медицинской организации эффективно осуществляется, когда оно признается руководством на всех уровнях управления как основная стратегическая цель деятельности. Нужно принимать качество не как техническую функцию, а как системный процесс, пронизывающий всю организационную структуру медицинской организации.

Повышение качества медицинской помощи и услуг требует совершенствования и применения существующих медицинских технологий, применения эффективных инноваций, современного документирования производственных процессов в медицинской организации и создания комплексных систем мотиваций. Процесс обучения и повышения квалификации персонала должен быть ориентирован на конкретные рабочие места.

Одной из важнейших задач в управлении персоналом является построение системы мотиваций. При реализации важнейших задач для повышения качества медицинской помощи и экономической эффективности работы ЛПУ актуальными являются стимулирование кадрового потенциала. Это мотивирует персонал на выполнение работ качественно и с максимальной отдачей. Необходимо изменить отношение к труду – сотрудник должен знать, что его труд напрямую связан с качеством и количеством оказанных услуг, и что его зарплата будет зависеть от конечного результата его труда.

Мотивация – это высокая зарплата, когда сотрудник является наемным высокооплачиваемым работником с четко прописанными обязанностями, либо это, когда сотрудник также является совладельцем больницы в любой ее форме, и его труд напрямую зависит от его вклада. Когда сотрудники вовлечены в разрешение проблем, затрагивающих их лично или как коллективное целое, то повышается вероятность создания творческих решений и успешных стратегий, и чем выше процент участия рядовых сотрудников в процессе управления качеством, тем успешнее и надежнее будет обеспечено качество

работы данного учреждения.

В нашей клинике, помимо оказания медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, оказываются медицинские услуги на платной основе, доходы, от оказания которых по сравнению с 1996 годом выросли более, чем в 600 раз. Это позволило администрации больницы ввести для сотрудников, получающих зарплату за счет внебюджетных средств, стимулирующую систему оплаты труда. Помимо тарифной системы оплаты труда, сотрудникам за выполненный объем и качество, дополнительно начисляются доплаты, в зависимости от полученной прибыли. Кроме этого, за счет внебюджетных средств, сотрудники больницы, в том числе сотрудники, работающие в бюджетных отделениях, получают премии по итогам работы за квартал, полугодие, год, а также в связи с праздничными датами. С 2009 года с переходом больницы на хозяйственное ведение, дополнительные надбавки за качественное оказание лечебно-диагностической помощи будут получать также и сотрудники, оказывающие медицинскую помощь в рамках ГОБМП.

Хочется также отметить, что очень важно, чтобы сотрудник видел перспективы профессионального роста и ощущал свое вовлечение в вопросы руководства, для чего необходимо активно внедрять в практическую деятельность менеджеров отделений – медсестер.

В нашей клинике в этом году, впервые в городе, в качестве пробного шага, была введена должность менеджера приемного отделения и одна из старших медсестер полгода проработала в этой должности. Но в связи с недостаточностью определения правовых основ деятельности менеджеров и механизмов ее регулирования не получилось ввести должность менеджера официально. Также, на это повлиял факт того, что врачи в большинстве своем еще психологически не подготовлены и не перестроены к вопросу передачи специалисту сестринского дела организационных функций того или иного подразделения и невозможно моментально изменить традиционно сложившееся среди врачей представление о второстепенной роли медицинской сестры.

Следует отметить, что хороший руководитель – не только тот, кто владеет наукой управления, но и тот, кто становится лидером, освоив науку общения, имеющий

целью помочь работникам выполнять их работу наилучшим образом. Со стороны руководителей различного уровня необходимо умение выделять главные направления, поощрять эффективные двусторонние связи, разъяснять сотрудникам цели, задачи, этические правила поведения, поддерживать корпоративную культуру, основанную на сотрудничестве, уважении, доверии, творчестве и инициативе.

Контроль – одна из важнейших функций управления, где конечной целью является не обнаружение ошибок и наказание за них, а достижение общего результата. Контроль нужен не сам по себе, он является необходимым составным элементом любой системы управления и позволяет получать информацию о фактическом положении дел, таких как выполнение управленческих решений, должностных инструкций, качество лечебно-диагностического процесса, соблюдение требований санитарно-эпидемиологического режима, качество сестринского ухода и т.д. Контроль позволяет оценить саму управленческую деятельность руководителей различного уровня.

В нашей больнице контрольные функции реализуются в двух видах: ведомственных и вневедомственных. Внутри больницы существует двух уровневый контроль качества лечения – на уровне заведующих отделениями и на уровне заместителей главного врача по лечебной работе и по хирургии. Также, в

нашей больнице, заместителями главного врача контролируется осуществление лечебного процесса в субботные и воскресные дни, и в ночное время.

В заключение следует сказать, что одной из актуальных проблем стоящей перед системой здравоохранения в целом является недостаток профессиональных кадров, имеющих специальные знания по управлению. Менеджер здравоохранения – это профессиональный управляющий, организующий работу подчиненных ему сотрудников, который использует знания, опыт, интеллект и мотивы поведения людей для достижения целей организации. Для повышения эффективности управления необходимо нести ответственность за принятые решения, проводить анализ своих сильных и слабых сторон, заниматься самообразованием и самосовершенствованием. Для того чтобы создаваемая система управления качеством соответствовала всем требованиям, необходимо не только удовлетворять нужды потребителя, но и постоянно улучшать качество медицинской услуг в лечебно-профилактических учреждениях. Руководитель должен быть инициатором создания системы качества, так как от умело организованной деятельности руководящего состава в значительной степени зависит качество оказания медицинской помощи, оказываемой пациентам и он должен создать такой климат в организации, чтобы качество было не только формальной целью деятельности, но и главной ценностью.

Источники:

1. Мескон М., Альберт М., Хедоури Ф. Основы менеджмента. Издательство «Дело», Москва, 1998 г.
2. Иванов В.В., Богаченко П.В. Медицинский менеджмент. Москва, 2007 г.
3. Поляков И.В., Твердохлебов А.С., Максимов А.В. Управление качеством работы медицинской организации. Санкт-Петербург, 2007 г.
4. Аканов А.А. Здравоохранение Казахстана: на пороге структурных преобразований (взгляд в будущее). Астана, 2006 г.
5. Кадырова Ф.Н. Модернизация здравоохранения: сто ответов на актуальные вопросы. Москва, 2007 г.
6. Бейсенова Г.С. Менеджмент в сестринском деле. Алматы, 2001 г.

Ниткалиев К.У.,

Руководитель Центра менеджмента здравоохранения РЦРЗ МЗ РК

Азербаета А.Ж.

Начальник отдела оценки технологий управления Центра менеджмента здравоохранения РЦРЗ МЗ РК

Умаров А.М.

Ведущий специалист Центра экономических исследований РЦРЗ МЗ РК

РЕЗУЛЬТАТЫ САМООЦЕНКИ ОТДЕЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕНЕДЖМЕНТА ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК

На сегодняшний день много говорится о необходимости совершенствования менеджмента в системе здравоохранения, и наряду с этим делается немало необходимых в этом направлении мероприятий. Совершенствуется система оплаты медицинских услуг, создаются условия для формирования рынка и автономии поставщиков медицинских услуг. Однако для значительного продвижения на пути совершенствования менеджмента здравоохранения необходимо пройти ряд шагов, обязательных для формирования рынка медицинских услуг. Каждый руководитель организации здравоохранения, особенно в период активной модернизации технологий управления периодически оценивает их результативность, сделав своего рода самооценку. Несмотря на некоторую субъективность данной оценки, менеджеры в результате анализируют реальные факты, в том числе свою компетентность по ряду вопросов. Возможно, большинство руководителей уже сделали этот шаг самостоятельно, и даже провели работу над ошибками, однако нельзя исключить и вероятность системных ошибок, которые требуют совсем иного уровня, в этой связи результаты такой самооценки интересны широкому кругу управленцев сферы здравоохранения.

В рамках совместного исследования Центром менеджмента и центром экономических исследований РЦРЗ была разработана анкета, по которой руководители организаций здравоохранения РК произвели самооценку отдельных показателей эффективности менеджмента в их организациях. Анкета состояла из

18 вопросов, касающихся ключевых направлений менеджмента медицинских организаций: вопросы по стратегическому планированию, по организации внутренних процедур аудита и совершенствования качества, также немаловажными разделами были вопросы по кадровому, финансовому менеджменту и внедрению инновационных технологий. Для всех вопросов разработаны стандартные ответы, которые соответствовали определенной шкале баллов. Центру экономических исследований данное анкетирование позволило дать характеристику общего уровня развития менеджмента для оценки готовности внедрения наблюдательных советов, в то же время результаты этого анкетирования явились стартовым этапом пилотного внедрения стандартов для менеджеров организаций здравоохранения, так как позволил оценить ключевые проблемные зоны менеджмента медицинских организаций РК. Анкетирование охватило 407 организаций здравоохранения РК из всех регионов РК. В число этих организаций вошли 264 организации перешедших на правовую форму ПХВ и 143 организации планирующие перейти на ПХВ в 2012 г. Раздельный анализ результатов сделан в связи с тем, что внедрение ЕНСЗ и получение организациями элементов автономии, должно стимулировать совершенствование технологий управления организацией, так ли это на самом деле, возможно предположить по результатам ответов на поставленные вопросы при анкетировании.

Для оценки стратегического планирования организации были заданы

вопросы касательно плана развития государственного предприятия на пятилетний период, организационной структуры предприятия и проведения изучения внешней организационной среды.

Касательно плана развития государственного предприятия, 27,5% руководителей организаций ответили, что он утвержден и на стадии начального этапа реализации, от 22,4% организаций последовал ответ, что план развития имеется, но нуждается в доработке, 21,1% организаций отметили, что первый этап плана

развития реализован и частично достигнуты промежуточные индикаторы, 9,6% организаций отметили, что промежуточные индикаторы достигнуты в полном объеме и к сожалению отсутствие плана развития государственного предприятия на 5 лет отметили 19,4% руководителей (рисунок 1).

Ответ пятой части руководителей о том, что у них отсутствует план развития государственного предприятия говорит больше о компетентности руководителя, так как это одна из основных функций руководителя организации.

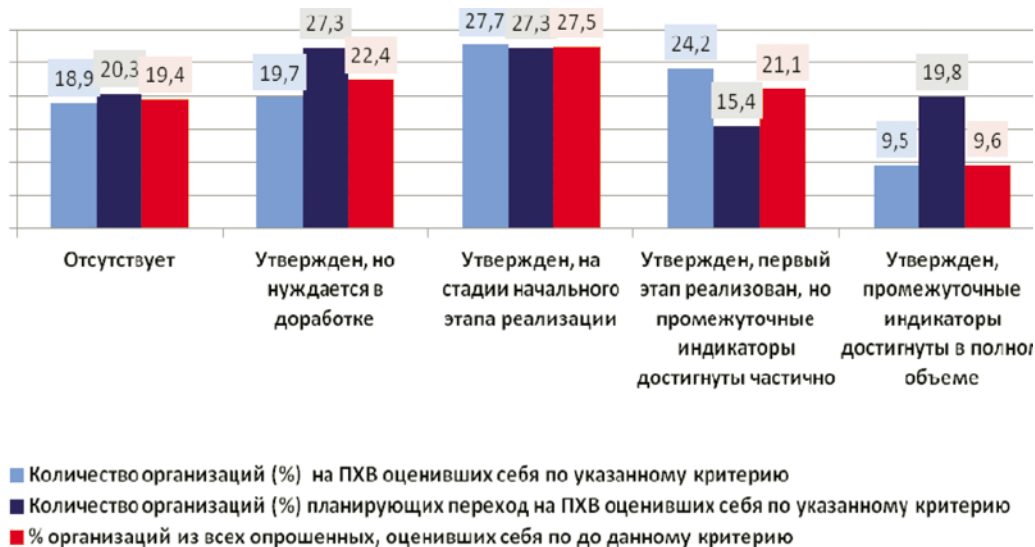


Рисунок 1 – План развития государственного предприятия

На вопрос об организационной структуре предприятия ответ о том, что она утверждена и охватывает все структурные подразделения и внутренние организационные процессы выбран 75,2% руководителями, ответ о том, что она утверждена но нуждается в доработке последовал от 15,5% руководителей, 6,4% руководителей отметили что она на стадии разработки и 2,9% руководители ответили, что она отсутствует. Ответы по данному вопросу, в отличие от предыдущего, характеризуют тем, что большинство руководителей организаций здравоохранения осознают важность организационной структуры предприятия, причем важность эту понимают в равной мере как руководители перешедших ПХВ, так и планирующих этот переход.

По вопросу изучения внешней организационной среды (маркетинговое исследование) ответ о том, что оно не проводилось мы получили от более чем половины опрошенных руководителей внешнюю среду не исследовали, 25,6% организаций только лишь планируют

начать подобные исследования, 11,5% провели данное исследование, большая часть которых находится на ПХВ, 9,6% организаций помимо того, что провели данные исследования, их результаты использовали в стратегическом планировании. Лишь 3 организации ответили, что при проведении данного исследования проводили совместно с консалтинговыми компаниями, которые разработали предложения и рекомендации по стратегическому развитию (рисунок 2).

Ответ на данный вопрос отражает то, что к сожалению в настоящее время руководители не достаточно внимания уделяют вопросам конкурентоспособности своего предприятия на рынке медицинских услуг, так как «рыночные отношения» в сфере здравоохранения в настоящее время находятся лишь на этапе становления. Однако, следует отметить, что стремление отдельных руководителей проводить подобные исследования, продиктованы уже имеющейся тенденцией и желанием быть лидерами в формирующейся конкурентной среде.



Рисунок 2 – Изучение внешней организационной среды (маркетинговое исследование)

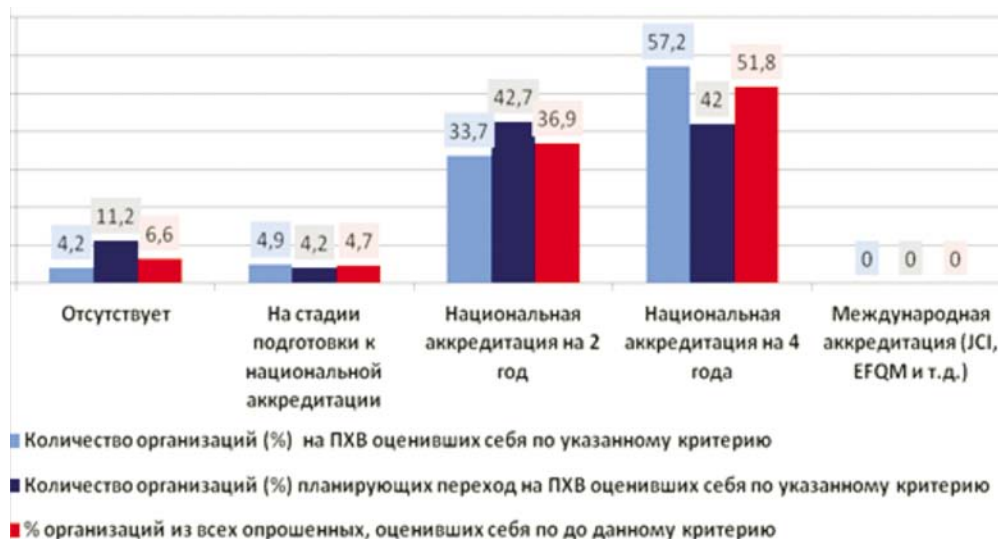


Рисунок 3 – Аккредитация

По организации внутренних процедур аудита и совершенствования качества были заданы вопросы о наличии и состоянии развития системы менеджмента качества, внутреннего аудита и результатах аккредитации. На вопрос о наличии системы менеджмента качества большинство руководителей отметило, что занимаются данным вопросом, активно внедряют, однако находятся на стадии становления, так как нуждаются в совершенствовании процедур, чуть более четвертой части руководителей отмечают, что в данном направлении прослеживается положительная динамика и достигнуто большинство целевых показателей по улучшению качества. Однако достижением целевых показателей

по улучшению качества, соответствующих ISO 9000:2005 похвастаться могут только 2% опрошенных.

Самооценка по внедрению и качеству функционирования внутреннего аудита у опрошенных руководителей организаций здравоохранения достаточно высокая, большинством руководителей отмечено, что в их организациях внутренний аудит эффективно функционирует, в 67,1% внутренний аудит функционирует в соответствии с утвержденным регламентом, а в 14,5% организаций показывает реальную свою эффективность за счет преимущественного выявления дефектов на внутреннем уровне, перед внешней проверкой, в 8,8% организаций внутренний

аудит позволил сократить потери от штрафных санкций на 50% и более затрат.

Вышеуказанная динамика, не могла не привести к росту такого показателя, как число аккредитованных организаций, число организаций опрошенных нами, указавших на то, что ими пройдена национальная аккредитация на 4 года составила 51,8% и 36,9% прошли национальную аккредитацию на 2 года, однако прошедших международную аккредитацию среди организаций, руководителей которых мы опросили не было (рисунок 3).

Совершенствование процедур внутреннего аудита и внедрение системы менеджмента качества являются важнейшими шагами к пациентоориентированному и эффективному производству медицинских услуг, в этом направлении разрабатывается множество стандартов, совершенствуется нормативно-правовая база, однако без понимания руководителями важности практической реализации всех стандартов, направленных на качество и безопасность производства медицинских услуг, успешная реализация всей стратегии системы здравоохранения РК невозможна.

Для характеристики оценки развития кадрового менеджмента нами были заданы вопросы о текучести кадров (рисунок 4) предприятия и его обучении и профессиональном развитии.

Текучесть кадров, по результатам ответов руководителей опрошенных организаций сравнительно низкая, составляя до 7% в 52,8% организаций; организаций и организаций, обучающих на свои средства более 21% своего персонала в год составляет 40,3%, что могло бы свидетельствовать о хорошей кадровой политике в целом проводимой в данных организациях, однако учитывая специфику отрасли, возможно, что главную роль по данному факту играет узкая специализированность специалистов и недостаточное развитие рынка квалифицированных медицинских кадров. Формирование конкурентной среды поставщиков медицинских услуг в настоящее время приведет к борьбе за квалифицированный медицинский персонал, что создаст предпосылки внедрения технологий мотивации персонала, как экономического так и неэкономического содержания.

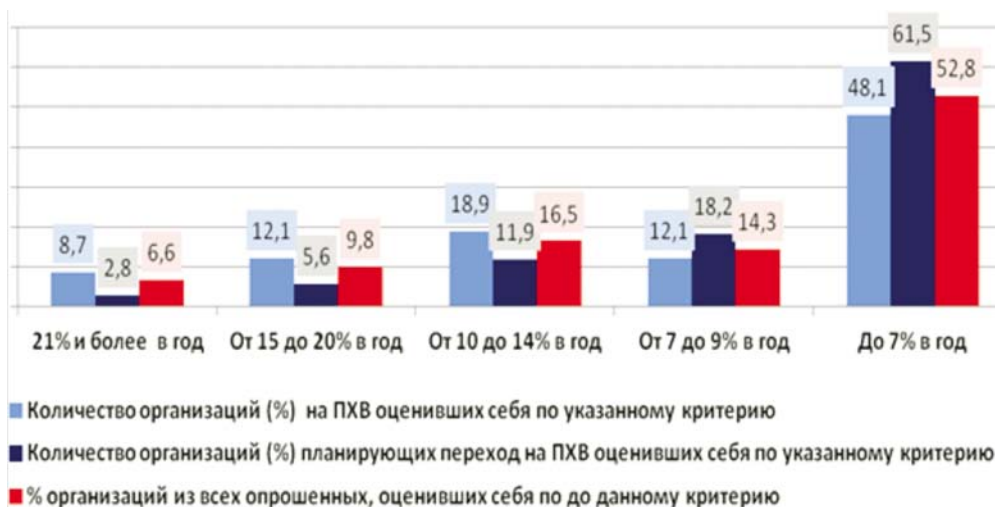


Рисунок 4 – Текучесть кадров

Если говорить об экономической мотивации медицинского персонала на сегодняшний день по внедрению дифференцированной оплаты труда респондентов, то картина не такая уж и радужная. В 38,8% опрошенных организаций дифференцированная оплата

труда не внедрена, в 38,8% организаций дифференцированная оплата выплачивается не регулярно, и лишь в 2,5% организаций дифференцированная оплата сотрудникам выплачивается регулярно и она повышает доход сотрудников на 30% и более (рисунок 5).

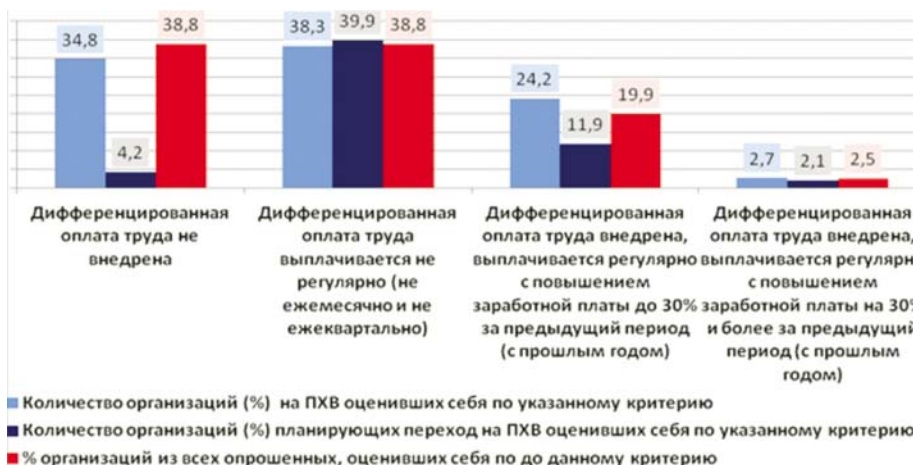


Рисунок 5 – Повышение заработной платы труда сотрудников за счет внедрения дифференцированной оплаты

Что касается вопросов финансового менеджмента, то исполнение плана поступления доходов опрошенными организациями составило 80,1%; в 68,1% организаций внедрены механизмы электросбережения, в 45,9% организаций внедрены механизмы ресурсосбережения при отоплении помещений, в 29% организаций внедрены механизмы ресурсосбережения при

использовании расходных материалов в процессе эксплуатации оборудования и помещения. К сожалению, на низком уровне остаются вопросы внедрения инноваций, в 53,3% внедрение инновационных методов диагностики и лечения относящихся к ВСМП по требованиям ККМФД не планируется в ближайшее время (рисунок 6).



Рисунок 6 – Внедрение в практику инновационных методов оказания медицинских услуг (относящиеся к ВСМП согласно требованиям ККМФД)

Таким образом по результатам данного анкетирования нами сделан некий срез проблемных зон, в рамках которых предстит в дальнейшем совместная работа с руководителями организаций здравоохранения. В первую очередь, вопросы компетенций руководителей на сегодняшний день являются самыми актуальными, так как отсутствие понимания поставленных перед ними задач и возникающих проблем имеют серьезные негативные последствия. Во-вторых, отсутствие знаний и пониманий

элементов автономии поставщиков, представителями уполномоченных органов и самими руководителями, со слов респондентов, приводит к тому, что факт получения статуса ПХВ медицинской организацией не достаточно стимулирует совершенствование менеджмента. В-третьих в целом следует отметить, что современными управленцами движет стремление к совершенствованию своей деятельности и динамичному развитию в ногу со временем, учитывая реальные возможности.

КАДРЛЫҚ МЕНЕДЖМЕНТ / КАДРОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Каптагаева А.К., Айдарханова К.К., Калиева М.А., Тапенова А.Е., Кунабаева Р.С.

Центр образования в здравоохранении РЦРЗ МЗ РК

«ЕСЛИ КАДРЫ РЕШАЮТ ВСЁ...». К ВОПРОСУ НЕОБХОДИМОСТИ ВНЕДРЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РЕГИСТРА КАДРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Аталуы: «Кадрлар барлығын шешсе...». Денсаулық сақтау жүйесінде кадрлардың кәсіпқойлық регистрін енгізу

Авторлары: Каптагаева А.К., РДСДО-ның денсаулық сақтаудағы білім беру орталығының жетекшісі; Айдарханова К.К., РДСДО-ның денсаулық сақтаудағы білім беру бөлімшесінің басшысы; Калиева М.А., РДСДО-ның денсаулық сақтаудағы білім беру орталығының бас маманы; Тапенова А.Е., РДСДО-ның денсаулық сақтаудағы білім беру орталығының бас маманы; Құнабаева Р.С., РДСДО-ның денсаулық сақтаудағы білім беру орталығының бас маманы.

Түйіндемесі: Мақалада денсаулық сақтау жүйесінде мекемеден тәуелсіз, жоғары және орта медициналық білімі бар мамандардың біріңғай кадрлардың кәсіпқойлық регистрінің дерекқорын енгізу маңыздылығы талқыланған.

Title: If staffs solve everything ...". The importance of introduction of the health care staff professional register.

Authors: Kaptagayeva A.K., Head of the Center of education in health care of RCHD; Aydarhanova K.K., Head of department of the Center of education in health care RCHD; Kaliyeva M.A., Senior expert of the Center of education in health care of RCHD; Tapenova A.E., Senior expert of the Center of education in health care of RCHD; Kunanbayeva R.S., Senior expert of the Center of education in health care of RCHD.

Abstract: The article describes the importance of health care staffs professional register establishment which will represent a uniform database of experts with the higher and secondary medical education, irrespective from departmental accessory.

Известный советский лозунг «кадры решают всё» провозгласил один государственный деятель, придававший кадровой политике большое значение. Во многом в истинности этих слов убеждаются и современные руководители служб и организаций здравоохранения, которые понимают, что сегодняшние показатели деятельности системы здравоохранения в значительной степени зависят от численности и состава кадровых ресурсов, их квалификации, навыков и приверженности своему делу [1].

Сегодня Всемирной организацией здравоохранения определены 6 областей практической деятельности, воздействуя на которые, можно добиться улучшения результативности использования кадровых ресурсов здравоохранения, это: политика, лидерство, образование, партнерство, финансирование и управление кадрами.

Однако, на сегодня мы не имеем возможности адекватно и эффективно воз-

действовать на указанные сферы. В первую очередь, из-за отсутствия статистически достоверной информации, адекватных систем для учета и количественной оценки кадров здравоохранения. Серьезным препятствием также является отсутствие современных инструментов управления кадровыми ресурсами [2].

К примеру, во многих странах применяется система учета кадров исходя из трех категорий:

- практикующие врачи – физические лица, непосредственно оказывающие медицинскую помощь (провайдеры);
- врачи, активно работающие – лица, получившие медицинское образование, оказывающие медицинскую помощь и занимающиеся образовательной, научной или административной деятельностью;
- врачи, имеющие право на практику – лица, получившие диплом о медицинском образовании, но по разным причинам не работающие в отрасли [3, 4].

Данная система учета позволяет владеть не только оперативной информацией о состоянии кадровых ресурсов, но и осуществлять стратегическое планирование, используя эти данные.

Нами была предпринята попытка проанализировать отечественные данные по каждой из этих трех категорий. Для этого мы обратились к действующим формам статистического учета медицинских кадров АСУ «Кадры», учетно-отчетным формам Министерства здравоохранения РК №17 (далее – УОФ), №30 и системе управления ресурсами (далее – СУР).

При сравнении данных по общей численности врачебных кадров по данным АСУ-кадры и УОФ №17 за 2011 год расхождение между показателями этих двух систем составило более 4000 человек: по АСУ-кадры – 56 600 врачей, а по УОФ №17 – 52 301 [5].

По данным УОФ №17 из общей численности врачебных кадров 6350 человек работают на основной ставке в организациях образования, науки или на административных должностях. Также, согласно этой форме 41 556 врачей занимаются непосредственно оказанием медицинской помощи.

Если провести предварительные расчеты, то 4395 человек из общей численности врачебных кадров находятся вне системы учета УОФ №17 и, возможно, всех остальных систем. При этом мы не располагаем информацией относительно их профессиональной деятельности: работают ли они в сфере здравоохранения, каков их возрастной и качественный состав, структура по специальности, были ли они подвержены миграции в другие сферы и т.д.

Следует отметить, что по остальным категориям врачебных кадров нам не удалось получить адекватную и достоверную информацию, поскольку имеющиеся данные были в большинстве случаев неполные, а иногда и противоречивые.

Кроме того, само понятие «врачебные кадры» носит в нашей стране неопределенный характер. В англосаксонской и других моделях медицинского образования четко установлено, что квалификацию врача получают только те, кто окончил медицинскую школу или ВУЗ по клинической специальности и оказывает непосредственно медицинскую помощь.

В нашей стране до недавнего времени

(до введения новых ГОСО 2005 года) большинству выпускников медицинских ВУЗов присваивалась квалификация врача. Так, помимо выпускников специальностей «лечебное дело», «педиатрия», «восточная медицина», квалификацию врача получали окончившие «медико-профилактическое дело» (гигиена и эпидемиология), «медико-биологическое дело». Как следствие этого, Казахстан по численности врачебных кадров не уступает большинству европейских стран, но испытывая при этом недостаток более чем 5000 врачебных кадров, собственно, провайдеров медицинских услуг.

Множество важной информации касательно количественного и качественного состава медицинских кадров, которая могла бы пригодиться для кадровой политики в существующих учетных формах либо не учтено, либо отражено некорректно, большинство показателей перешли из советской статистической практики и уже неактуальны. Сегодня мы не располагаем точными данными об уровне так называемой «социальной миграции», когда специалисты из сферы здравоохранения переходят в другие сферы «где лучше», существуют проблемы по учету между физическими лицами и занятыми ими должностями. Нет эффективных инструментов отслеживать профессиональную «судьбу» выпускников медицинских ВУЗов и в целом динамику трудовых ресурсов здравоохранения.

Таким образом, мы не располагаем достоверной информацией относительно численности, профиля, уровня компетенции и квалификации кадров, что является препятствием для выработки механизмов эффективного их использования.

Эффективная кадровая политика возможна лишь при условии наличия достоверной информации. В связи с этим, считаем необходимым создание так называемого профессионального регистра кадров здравоохранения, который представлял бы собой единую базу данных о специалистах с высшим и средним медицинским образованием, независимо от ведомственной принадлежности.

К примеру, в Польше после введения профессионального регистра оказалось, что страна располагает численностью медицинских кадров в 2 раза меньшей, чем предполагалось ранее.

Анализ международного опыта по созданию профессиональных регистров показал эффективность таких мероприятий.

К примеру, в Австралии создана специальная организация АНПРА (The Australian Health Practitioner Regulation Agency) для реализации современной национальной системы управления процессами регистрации медицинских работников и студентов, обязанностями и функциями которой является ведение национального государственного реестра (регистра) медицинских работников [6].

Целью данной организации является регулирование деятельности практикующих врачей здравоохранения для обеспечения качества предоставляемых услуг населению. В регистр вносятся все необходимые данные, позволяющие оценить уровень компетенции и квалификации каждого медицинского работника: возраст, пол, где и когда получено образование, номера лицензий, дипломов и других документов об образовании, уровень компетенции и квалификации каждого медицинского работника, данные об аккредитации. В регистре представлена полная информация о профессиональной деятельности, карьерных передвижениях, миграции. Каждое изменение в профессиональной деятельности обязательно отражается в регистре. Кроме этого, в настоящее время ведется реестр обучающихся студентов, как часть национального регистра.

Успешный опыт внедрения про-

фессионального регистра имеет сегодня Российская Федерация. Так, благодаря профессиональному регистру был составлен «кадровый профиль» каждого субъекта федерации, в котором отражены основные показатели, характеризующие кадровый баланс здравоохранения регионов, позволяющие оценить структуру потребности отрасли в кадровых ресурсах, рациональность их размещения и эффективность использования. Регистр позволил не только проанализировать текущую кадровую ситуацию, но и определить пути ее оптимизации, прогнозировать кадровые риски в среднесрочной перспективе.

Прототипом Австралийского Агентства (АНПРА) в Казахстане могла бы стать Обсерватория кадровых ресурсов, создание которой намечено в рамках Проекта Всемирного Банка по институциональной реформе в сфере здравоохранения. Поскольку основной целью Обсерватории является создание информационной и доказательной базы для принятия управленческих решений в сфере кадровой политики, в качестве основного инструмента национальной системы учета, мониторинга и управления кадров может стать для Обсерватории внедрение и ведение профессионального регистра кадров здравоохранения [7].

Источники:

1. Mario R., Dal Poz, Neeru Gupta, Estelle Quain, Agnes L.B. Soucat. Руководство по мониторингу и оценке кадровых ресурсов здравоохранения, ВОЗ. Всемирный банк. USAID. – 2012; P 157-166.
2. Thomas Bossert, Till Bärnighausen, Diana Bowser, Andrew Mitchell, Gülin Gedik. Оценка финансирования, образования, управления и политического контекста для стратегического планирования кадровых ресурсов здравоохранения. ВОЗ, 2009. – P 51-57, 63-75.
3. Стратегия развития кадров здравоохранения в Европейском регионе, принятая на пятьдесят седьмой сессии Европейского регионального комитета. ВОЗ, Белград, Сербия. 17–20 сентября, 2007 г.
4. Оделов Ю.Г., Журавлев П.В. Управление персоналом. М.: Финстатинформ, 1997. – 878 с.
5. Dreesch N, et al. An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals. Health Policy and Planning. 2005; 20(5):267–276. Доступно онлайн <http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/content/full/20/5/267> (по состоянию на 19.11.2009).
6. Namaganda G. Determining staffing levels and mix of UCMB affiliated hospitals. Health Policy and Development. 2004; 2(3). – P 236–242.
7. Обозреватель состояния кадровых ресурсов здравоохранения. Модели и инструменты планирования и прогнозирования потребности в кадровых ресурсах. ВОЗ. 2010. №3. С 3-14.

Азербайева А.Ж., Ержанова Ж.С., Кайдаров С.К.

Отдел оценки технологий управления Центра менеджмента РЦРЗ МЗ РК

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОЦЕДУР РЕКРУТИНГА УПРАВЛЕНЧЕСКОГО ПЕРСОНАЛА ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК

Аталуы: Қазақстан Республикасының медицина мекемелеріндегі басқарушылық қызметін жалдау және іріктеу рәсімін жетілдіру

Авторлары: *Азербайева А.Ж., Ержанова Ж.С., Кайдаров С.К., Басқару технологияларын бағалау бөлімі, Менеджмент орталығы, Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы ҚР ДСМ*

Түйіндеме: Мақалада медицина мекемелеріндегі басқарушылық қызметін жалдау және іріктеу рәсімін жетілдіру сұрақтары көтерілген. жалдау және іріктеу рәсімін барлық кезеңі түсіндірілген, осыған орай барлық кадрлар қызметінің шекаралары кеңейеді. Кадрлық менеджментінің айтылмыш технологиялары медициналық ұйымына тек тиімді болып келеді, бірақ жәнеде жақсарту медициналық көмек сапасын, халық денсаулығын арттыра түседі.

Title: Improving the procedures for recruiting Management personnel Health organizations RK

Authors: *Azerbaiyeva A.Zh, Yerzhanova Zh.S., Kaidarov S.K., Department of Technology Assessment of the Centre of Management, National Center for Health Development of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan*

Abstract: The article raises the question of the relevance and importance of recruitment and selection of managers in the medical healthcare organizations. Given the explanation of each stage of recruitment, which extends the competence of personnel service. These technologies of personnel management will not only improve the efficiency of the medical organization, but also to improve the quality of medical services and health of population in general.

Некомпетентность руководителей организаций здравоохранения в сфере предпринимательства и экономики, не редко приводят к серьезным убыткам предприятия в виде потери выгоды, штрафов, срывам реализации различных программ, проводимых на государственном и местном уровне, снижению мотивации персонала и формированию различных социально-неблагоприятных ситуаций.

В то же время, некомпетентность руководителей организаций здравоохранения в вопросах медицинской этики и деонтологии, вопросах общественного здоровья и социальных ценностей приводит к коммерциализации и снижению медицинской эффективности предприятия, что также является опасным явлением для социально-политической стабильности региона и страны в целом.

В последние два десятилетия во многих странах мира отмечается высокая актуализация вопросов компетентности и квалифицированности управленческого и медицинского персонала, которые по своей значимости не редко и превалируют над такими вопросами как усовершенствование технического обеспечения и привлечение инвестиций для усовершенствования процесса оказания медицинских услуг. Этим

объясняется рост интереса к кадровому менеджменту в сфере здравоохранения во всем мире.

Процесс отбора управленческого персонала – это один из проблемных и в то же время один из ключевых процессов в жизни любой организации. Важная задача менеджеров по персоналу медицинских организаций и руководителей в сфере здравоохранения заключается в оптимизации этого процесса, необходимо сделать его максимально эффективным, объективным и низкзатратным, но в то же время весьма существенным вопросом для сферы здравоохранения является качество и прозрачность.

Разработка и внедрение технологий отбора управленческого и медицинского персонала будут способствовать созданию в медицинских организациях эффективной системы кадрового менеджмента, что, несомненно, приведет к повышению эффективности их деятельности, увеличению конкурентоспособности, улучшению социального самочувствия медицинского персонала. В связи с этим для постоянного совершенствования компетенций менеджеров, а также для регламентации траектории профессионального развития управленческого персонала сферы

здравоохранения, совершенствование их отбора, подготовки и качественной оценки их деятельности разработана данная процедура отбора.

Однако перед началом проведения отбора, немаловажным является привлечение достойных кандидатов на соискание вакантного места менеджера организации здравоохранения, в этом плане организации сферы здравоохранения серьезно отстают от организаций других сфер. Несмотря на дефицит кадров, способы привлечения соискателей на вакантные должности в медицинских организациях остаются в большей степени пассивными. Как правило, основными способами привлечения кандидатов на занятие вакантных управленческих должностей является личные контакты и контакты ближайшего окружения, что зачастую приводит к сужению возможностей и нередко неверной кадровой политикой, результатами которой может стать потеря в отрасли квалифицированного специалиста и получение недостаточно квалифицированного управленца. Четкая регламентация и документирование процедуры рекрутинга позволит снизить субъективность и пристрастность при найме управленческого персонала.

Поэтому, начальным этапом процедуры найма и отбора персонала должны быть действия направленные на информирование широкой аудитории о наличии вакантной должности в организации здравоохранения. На сегодняшний день организации других сфер успешно используют в этом направлении объявления в телевизионных и печатных СМИ, интернет ресурсы и услуги рекрутинговых агентств. Конечно, эта процедура затратная, однако подбор эффективного менеджера позволит компенсировать это посредством повышения эффективности менеджмента организации. Немаловажным является и та информация, которая подлежит оглашению, как правило, в платных изданиях дается лишь небольшая информация со ссылкой, при обращении к которой можно получить подробности. В связи с этими очень эффективными на сегодняшний день могут быть интернет ресурсы. Многие крупные медицинские организации нашей страны на сегодняшний день уже имеют свои официальные веб-ресурсы, на которых публикуют список вакансий, который можно дополнить и требованиями к компетенциям соискателей. Если организация не имеет собственного веб-ресурса, то с этой целью можно

использовать официальные интернет издания территориальных органов управления или ресурсы образовательных учреждений и ресурсы других организаций отрасли по данному профилю. Публикация необходимых компетенций к соискателю позволит уже на самом начальном этапе произвести отсев соискателей на основе самооценки.

Формализация данного процесса позволит избежать таких нежелательных элементов рекрутинга управленческого персонала, как устранение достойных конкурентов для субъективно выбранного «под себя» кандидата на должность. С этой целью, мы предлагаем в положениях о процедуре найма и отбора менеджеров здравоохранения отобразить список информационных ресурсов, на которых будет обязательное размещение информации о наличии вакансии, требования к должности. Таким образом, расширится круг лиц, которые будут иметь возможность пройти все этапы рекрутинга. Также следует отметить, чтобы обеспечить возможность своевременного получения информации соискателями должности менеджера, необходимо установить минимальные сроки информирования о наличии вакансии и начале процедуры сбора резюме соискателей не менее 2-х недель.

Следующий этап процедуры – сбор резюме. Казалось бы, на сегодняшний день, это давно понятный, применяемый и эффективный инструмент рекрутинга персонала, однако процесс этого этапа также кроет в себе возможности недобросовестного отбора. В связи с этим, необходима формализация и данного этапа в виде фиксации поступающих резюме в журнале с присвоением номера каждому соискателю, дабы все соискатели имели возможность участвовать в справедливом отборе. По присвоенному номеру в дальнейшем будет легко отследить, на каком этапе соискатель не прошел отбор, в тоже время сотрудники кадровой службы будут обязаны фиксировать все поступающие резюме в присутствии соискателя, что не позволит отборочной комиссии не рассматривать «нежелательные» резюме.

Далее по окончании этапа сбора резюме, согласно предлагаемой процедуре начинается этап отбора резюме по заранее составленным критериям, на основании требований к должности. Протокол отбора резюме освещает общее количество поданных резюме, количество соответствующих критериям и количество

резюме, не соответствующих критериям отбора.

Для подготовки следующего этапа процедуры рекрутинга управленческого персонала необходима предварительная подготовка.

Для начала, необходимо определиться с кругом вопросов, которые будут заданы в анкетах и тестах.

В предложениях консалтинговой компании «EPOS Health Management» даются задачи, которые могут быть поставлены для менеджеров здравоохранения, основная их деятельность, необходимые навыки и знания. С целью оптимизации данного этапа процесса отбора, нами предлагается разделить этот этап на дистанционное анкетирование по автобиографии соискателя и вопросы собственной оценки своих способностей выполнять поставленные функции и задачи. Некоторые организации могут предложить на данном этапе в дополнение к анкете написать произвольное эссе о видении своей работы соискателем на данной должности. Возможно, такой подход позволит акцентировать внимание на творческой характеристике и креативности управленца, что является немаловажным в работе менеджера. Кадровая служба организации здравоохранения, может разработать более специфичную анкету для найма менеджера определенного уровня, в соответствии с его должностной инструкцией.

Анкеты по электронной почте рассылаются соискателям в приложении к письму о приглашении на тестирование, с уведомлением о получении. Подтверждением о рассылке может служить распечатка электронного письма. В письме должно быть указано время и место проведения тестирования, а также информация о том, что соискатель при себе должен иметь распечатанную и заполненную анкету. Рассылка этих писем должна быть произведена не менее чем за 2-е суток до начала тестирования, помимо рассылки этих писем, кадровые службы могут информировать соискателей по телефону.

Процедура тестирования должна также быть заранее заготовленной, вопросник по тестированию не должен быть менее 50 и более 100 вопросов. Продолжительность тестирования должна составлять временной промежуток соответствующий не менее 1,2 минуты на каждый вопрос. Тестовые вопросы должны выявлять уровень знаний и навыков менеджеров здравоохранения.

Возможно, для разработки анкет и тестов, а также для обеспечения прозрачности самой процедуры тестирования необходимо будет привлечь консалтинговые компании, и незаинтересованные лица. Процесс разработки анкет и тестов требует знаний в области менеджмента, экономики, психологии и медицины. Процесс проведения тестирования для большей объективности должен проводиться независимыми и незаинтересованными лицами.

Параллельно с процедурой проведения анкетирования и тестирования, кадровыми службами проводятся процедуры «наведения справок». На этом этапе возможна проверка достоверности предоставленных соискателем сведений в резюме, получение характеристик и рекомендаций с прежних мест работы. В случае, если на должность линейного менеджера претендует соискатель, не имеющий опыта работы, который только окончил ВУЗ, то рекомендательные письма и характеристики могут предоставить преподаватели ВУЗов или руководство ВУЗа, в котором учился соискатель.

На следующем этапе проводится процедура отбора соискателей на собеседование по результатам анкетирования и тестирования. Если соискатель по результатам этих этапов показывает владение 2/3 компетенций, необходимых менеджеру на искомую должность, то он проходит на этап собеседования.

Проведение собеседования также как и остальные этапы должны быть четко регламентированы. Собеседование с кандидатами, претендующими на должность топ-менеджера организации, должны проводить члены наблюдательного совета организации или руководство уполномоченного органа. Собеседование для соискателей должности менеджеров среднего уровня должны проводить руководители высшего звена организации здравоохранения. Собеседование с кандидатами на линейный уровень менеджмента, должны проводить менеджеры среднего звена или профильный заместитель руководителя организации.

Собеседование должно быть проведено в соответствии с заранее подготовленной инструкцией проведения интервью. Всем участникам этого этапа должны быть заданы равнозначные вопросы, дабы исключить технологии заведомой сортировки претендентов по сложности задаваемых вопросов. С этой целью вопросник для

проведения собеседования составляют по блокам, в которых будут сгруппированы равновесные по сложности вопросы, таким образом, в задачи интервьюера входит лишь выбор одного из вопросов каждого блока.

Для обеспечения прозрачности процесса оформляется стенограмма собеседования со всеми соискателями прошедшими этот этап отбора. Важным моментом является ознакомление кандидатов со стенограммой, так как это позволит избежать дальнейших разбирательств связанных с достоверностью составленной стенограммы.

Следующий этап – проверка состояния здоровья будущего менеджера здравоохранения. Учитывая специфику конкретной сферы, кадровые службы могут предъявить дополнительные требования к состоянию здоровья кандидатов. В большинстве организаций этот этап заключается лишь в предоставлении медицинской справки 086-у, и для работы в клинических отделениях санитарная книжка с допуском работы в соответствии с профилем. Однако, на сегодняшний день, совершенно ясно, что не всегда этого достаточно. Поэтому, возможно, некоторые организации могут привлечь для этой процедуры дополнительных консультантов.

Принятие решения о приеме на работу конкретного соискателя на искомую им должность проводится утвержденной в организации комиссией по рекрутингу персонала. Данная комиссия коллегиально рассматривает отобранные кандидатуры последнего этапа, при этом учитывая результаты всех этапов процедуры рекрутинга управленческого персонала. Протокольным решением одного из соискателей выбирают на занятие вакантной должности, в протоколе в обязательном порядке указывается, с чем связан выбор именно этого претендента и определяют рамки испытательного срока. Если достойных кандидатов несколько, то оставшиеся кандидаты зачисляются в резерв, и в случае если основной претендент на должность не проходит испытательный срок, они могут быть приглашены на работу с испытательным сроком вместо него.

Процедура введения в должность должна состоять из нескольких этапов. На первом этапе нового сотрудника знакомят с должностными функциями, обязанностями, правами, полномочиями и уровнем ответственности. Формализация этого процесса производится в виде ознакомления и подписания сотрудником должностных инструкций.

Инструктаж по технике безопасности,

как правило, в наших организациях производится, однако не всегда производится инструктаж по рабочему месту. На сегодняшний день, когда медицинские организации стали строиться по новым стандартам, здания стали иметь развитую инфраструктуру, возникает необходимость в ознакомительной экскурсии нового сотрудника по организации здравоохранения. Естественно, ознакомление сотрудника с его непосредственным рабочим местом и коллективом, также необходимый компонент данного инструктажа. Следующий этап инструктажа по рабочему месту, это ознакомление нового сотрудника с рабочим пакетом документов, с которыми ему предстоит работать.

Новым, для сферы здравоохранения является инструктаж по корпоративной культуре. Учитывая специфику сферы здравоохранения, в корпоративной культуре медицинских организаций естественно будут присутствовать вопросы медицинской этики, деонтологии, гуманизма. Людям, пришедшим из других сфер, с самого начала необходимо ознакомиться с этими особенностями сферы оказания медицинских услуг.

На следующем этапе для менеджера начинается этап прохождения испытательного срока. В этот период основная задача нового сотрудника организации показать все свои заявленные ранее способности. Для этого центром менеджмента разработана на сегодняшний день методика оценки практической компетентности для топ-менеджеров здравоохранения, так называемый проект «Бизнес-план», по результатам защиты которого был оценен уровень менеджмента медицинских организаций оказывающих медицинскую помощь в рамках ГОБМП Комитетом оплаты медицинских услуг МЗ РК. Практическое написание и защита подобного плана новоиспеченного менеджера на этапе испытательного срока позволит оценить, насколько он реально понял поставленные перед ним задачи, какие он видит проблемы и перспективы и т.д. Такой же практический план работы могут составить менеджеры среднего и линейного уровня, естественно поставленные перед ними задачи будут иметь другой характер.

Средний уровень менеджеров в основном занимается операционным менеджментом, работает с персоналом, производит организацию процесса на уровне подразделения, в связи с этим мы предлагаем менеджерам среднего звена на

испытательном сроке описывать план своей операционной деятельности.

Менеджеры линейного звена, как правило, работают на производственном уровне, поэтому главные их компетенции направлены на решение задач, связанных с повышением качества предоставляемых медицинских услуг.

Написание менеджерами вышеуказанных проектных работ, еще на этапе испытательного срока позволит в дальнейшем мониторить эффективность его деятельности по достигнутым или не достигнутым результатам, запланированным им же. Также, в дальнейшей судьбе менеджера успешно или неуспешно реализованные проектные работы «Бизнес-план», «Оперативный план деятельности подразделения» и «План повышения качества оказываемых услуг» могут служить материалом делового портфолио.

В целом, данная процедура расширяет

границы компетенций кадровой службы организации здравоохранения, поэтому требует от нее в свою очередь больших навыков работы с людьми, нежели они имели до сих пор, что также улучшит управление человеческими ресурсами не только управленческого звена, но и в целом всей организации.

Применять или нет, данные технологии кадрового менеджмента, могут решать лишь уполномоченные представители власти. Однако, следует задуматься, что требованием времени в период создания конкурентной среды медицинских услуг, является привлечение кадров, имеющих соответствующие предпринимательские компетенции, в то же время четко представляющие, что в сфере здравоохранения «эффективность» измеряется не только прибылью предприятия, а прежде всего улучшением здоровья населения.

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЭКОНОМИКАСЫ ЖӘНЕ ҚАРАЖАТТЫ МЕНҒЕРУ/
ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И УПРАВЛЕНИЕ ФИНАНСАМИ**Абдрасилова Б.И.***Заместитель главного врача по лечебной работе ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6»
Управления здравоохранения города Алматы*СТИМУЛИРУЮЩИЙ КОМПОНЕНТ
ПОДУШЕВОГО НОРМАТИВА, БОРЬБА
ЗА КОНЕЧНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ, СКРИНИНГ

Аталуы: Скрининг, түпкілікті нәтиже жолындағы күрестің, адам басына шаққандағы норманың ынталандыру компоненті.

Авторы: **Әбдрәсілова Б.И., ШЖҚ Алматы қаласы денсаулық сақтау басқармасының «№6 қалалық емханасы» МКК бас дәрігер орынбасары.**

Түйіндеме: Әрбір учаске бойынша қызмет айқындатқыштарын енгізу медицина қызметкерлері еңбегінің түпкі нәтижесін нақты көрсетеді. Лауазымдық жалақыға қосымша ынталандыру сипатында үстемеақы төлеу атқарылған жұмыстың сапасы, көлемі және күрделілігі үшін берілген сыйақы болып табылады. Қауіп тобын және ауруды бастапқы кезеңде анықтағаны үшін саралап жіктейтін үстемеақы төлеуді енгізу емхана қызметінің аурудың алдын алу бағытының көрсеткіші болып саналады.

Title: Capitation rate stimulating component, controlling the final result, screening.

Author: **Abdrassilova B.I., Deputy of chief physician of SCE on the rights of economic management «City polyclinic № 6» Health Administration of Almaty city.**

Abstract: The introduction of the performance indicators for each section demonstrates results of medical staff labor. Incentive additional payment to the basic salary is a reward for the quality, volume and complexity of work performed. The introduction of a differentiated fee for the identification of risk groups and disease in the early stages is a preventative measure in the activities of clinics.

За последние годы наблюдается активное перемещение приоритетов в развитии здравоохранения Республики Казахстан: сокращаются дорогостоящие круглосуточные стационарные койки и увеличивается финансирование амбулаторно-поликлинического звена. Несмотря на сокращение стационарных коек, в республике ежегодно улучшается качество оказываемой помощи и растет объем высокоспециализированной помощи.

Городская поликлиника №6 управления здравоохранения города Алматы в 2012 году стала победителем республиканского конкурса «Поликлиника без очередей» и явилась точкой роста в рамках проекта «Сегодня лучший ты – завтра все». Кроме того, ГП №6 участвует в пилотном проекте Министерства здравоохранения РК по внедрению оплаты амбулаторно-поликлинической помощи по комплексному подушевому нормативу. На сегодняшний день в рамках пилотного проекта в деятельности амбулаторно-поликлинического звена приобретает актуальность вопрос перераспределения функциональных обя-

занностей, и для администрации особую важность приобретает оптимизация лечебно-диагностического процесса и правильная расстановка кадров.

С целью улучшения качества оказываемой амбулаторной помощи, в здравоохранении был введен двухкомпонентный подушевой норматив, состоящий из базового тарифа и стимулирующего компонента. Внедрение СКПН позволяет медицинским работникам получать достойную заработную плату. Система бальной оценки медицинских услуг по конечному результату, оказанных каждым медработником и соответственно увеличение заработной платы через стимулирующий компонент подушевого норматива, способствует изменению психологии сотрудников.

Сегодня врач и медицинские сестры каждого участка рассчитывают свои индикаторы ежемесячно. Именно мониторинг показателей стимулирует медработников работать на улучшение конечного результата, согласно которым и проводится дифференциация заработной платы (таблица 1).

Таблица 1 – Анализ влияния СКПН на сумму заработной платы

Специалисты	1-3 квартал 2012 года	1-3 квартал 2011 года
Врачи ПМСП	196 877,0 т.	142,876,0
СМР ПМСП	350977,0 т.	129 015,0 т.
Социальные работники и психологи	145 802,25 т.	23 090,0 т.
Узкие специалисты	19594,0 т. (начисление СКПН начато в 3 квартале)	0

В данной таблице представлена средняя сумма СКПН для отдельных категорий специалистов, полученная за 1-3 квартал 2012 - 2011 годов. При расчете СКПН учитывались все параметры, указанные в приложении №2 к приказу МЗ РК № 310 от 20.05.2011 года «Об утверждении Правил оплаты труда медицинских работников». Проведенный анализ показывает, что в амбулаторно-поликлинической службе появилась возможность ежеквартального поощрения за качественную работу.

Несмотря на внедрение мотивационных выплат, число социальных работников и психологов в сравнении с 2011 годом возросло всего в 2 раза. В 2012 году посещения к специалистам поликлиники снизилось на 2,7% (9110 посещений), за счет лиц пожилого возраста с хроническими заболеваниями вне обострения, которые получили социально-психологическую помощь. Уже на сегодняшний день под патронатом психологов и социальных работников находятся 63 семьи. Из них 18 семей, имеющих онкологических больных, где психологическая помощь оказывается не только пациентам, но и членам семей. Также участковая служба передает патронажи для оказания социальной помощи инвалидам (подготовка медицинской документации для направления на ВСМП, ССМП, размещение в хоспис, больницы сестринского ухода). По итогам мониторинга лиц, часто вызывающих «03» в часы работы поликлиники выявлено, что 70% из них – это одинокие пожилые люди, лишенные элементарного общения. Число повторных активных посещений психологами и социальными работниками составило 1,4% (128 активов), что не регистрировалось в 2011 году. Это свидетельствует о востребованности данных специалистов при амбулаторно-поликлинической службе.

Социально-ориентированная медицина с первых шагов доказала свою состоятельность и будет продолжена работа по увеличению как первичных посещений пациентами, так и повторных. Также проводится работа по доведению числа психологов и

соцработников до требуемых нормативов (из расчета на 10000 населения).

Один из стимулирующих моментов в деятельности поликлиник – это скрининг. Конечная цель скрининга – это выявление группы риска и ранних форм заболеваний. Ранее основной целью скрининга было количественное выполнение госзаказа. Исполнение плана по скринингу (формально 100%) не может быть выполнено по следующим причинам: активная внутренняя миграция, отказ от скрининга ввиду недостаточной информированности и низкий коэффициент солидарной ответственности за свое здоровье у населения, ненормированная трудовая занятость отдельной категории граждан. С введением должности 2-ой медсестры в поликлинике сделан акцент на усовершенствование профилактического направления в деятельности АПО.

В настоящее время Министерство здравоохранения пересматривает вопрос мотивации медработников, направленный на улучшение конечного результата: улучшение качества проведения скрининга через повышение процента выявляемости группы риска и заболеваний (в сравнении с данными ВОЗ). Вторым этапом, направленным на увеличение СКПН – привлечение в Школы здоровья лиц группы риска (диспансерная группа Д-1Б), выявленных во время скрининга. Для реализации 2 – го этапа скрининга в поликлинике действуют 7 Школ здоровья, где в 2012 году 72% слушателей из группы риска по СД, АГ, БСК, выявленных во время скрининга.

Показателями качества диспансеризации (группа Д-3) является, во-первых, оздоровление, частота госпитализаций в круглосуточные стационары, сохранение трудоспособности.

Особый акцент сделан на раннем выявлении группы риска и патологии. Например, в 2012 году в ГП №6 значительно увеличилось количество выявления в ходе скрининга заболеваний молочной железы, как доброкачественных, так и злокачественных новообразований (таблица 2).

Таблица 2 – Анализ эффективности скрининга на выявление патологии молочной железы

ГОД	2012	2011
ВСЕГО	2031	2370
Выполнено маммографических исследований	2031-100%	2369 -99,96%
Без патологии (M1)	1288 (63,42%)	1679 (70,84%)
Доброкачественные заболевания (M2)	656 (62,3%)	645 (27,32%)
Больше данных за доброкачественное образование (M3)	69 (3,4%)	44 (1,86%)
Больше данных за злокачественное образование (M4)	8 (0,39 %)	1 (0,04%)
Все признаки злокачественного процесса (M5)	2 (0,1%)	0
Опухолевый узел до 1 см (M6a)	4 (0,2%)	0
Опухолевый узел более 1 см (M6b)	4 (0,2%)	0

Все пациентки (после двойной читки результата маммографии) проконсультированы маммологом, взяты на диспансерный учет и направлены по показаниям на Д-наблюдение в городской онкологический диспансер. По результатам проведенного внутреннего аудита за раннее выявление онкологической патологии молочной железы, медицинским работникам участка по итогам года будет произведена дополнительная дифференцированная оплата. Подобный подход дифференциации оплаты труда сохранится и при других нозологиях.

Отсюда следует вывод, что в условиях рынка появился важный мотивационный рычаг поощрения труда медицинских работников – СКПН, за улучшение качества предоставляемых медицинских услуг населению. С учетом того, что 10%

от СКПН направляется на повышение квалификации, расширяются возможности для непрерывного образования сотрудников, как в республике Казахстан, так и за рубежом. Также администрацией проводится разъяснительная работа о необходимости по самообразованию. На сегодня прозрачность распределения СКПН только по итогам индикаторов качества, и возможность повышения квалификации позволили исключить вопросы по начислению дифференцированной оплаты сотрудникам. Только внедрение дифференцированной оплаты за конечные результаты позволяет создать конкурентную среду, повысит престиж медицинских работников и соответственно влиять на удовлетворенность пациентов качеством предоставляемых медицинских услуг.

Источники:

1. Приказ Министерства здравоохранения РК №310 от 20.05.2011 года «Об утверждении Правил оплаты труда медицинских работников».
2. Приказ Министерства здравоохранения РК №146 от 05.03.2012 года «Об утверждении Положения об организации и деятельности Школ здоровья по поведенческим факторам риска в организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь».

Мухамбетов Е.С.

Заместитель директора по организационно-методической работе
ГКП на ПХВ «Мангистауская областная больница»

ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГКП НА ПХВ «МАНГИСТАУСКАЯ ОБЛАСТНАЯ БОЛЬНИЦА»

Аталуы: «Маңғыстау облыстық ауруханасы» ШЖҚ МКК бойынша жедел медициналық көмек көрсету бөлімшісінің жұмысы»

Авторы: Мұхамбетов Е.С., «Маңғыстау облыстық ауруханасы» ШЖҚ МКК басшысының ұйымдастыру-әдістемелік жұмысы бойынша орынбасары.

Түйіндеме: Мақалада бірыңғай ұлттық денсаулық сақтау жүйесі бойынша жедел медициналық көмек көрсету бөлімшісінің жұмысы талданған. Қазіргі таңдағы аурухананың кейбір төленбей отырған шығындары туралы мәселелер көтерілген.

Title: "The work of medical emergency of the State Municipal Enterprise "Mangystau regional hospital"

Author: Muhambetov E.S., Deputy director of the State Municipal Enterprise "Mangystau regional hospital".

Abstract: The article analyzes the work of emergency department in the system of UNHS (United National Health System), raises the issue of hospital costs, which are currently not paid.

Сегодня численность населения динамично развивающейся Мангистауской области превысила полмиллиона человек. Ежегодные темпы роста 5%, что является вторым показателем по стране (на 1 месте город Астана). В регионе один из самых высоких показателей валового регионального продукта на душу населения. За 15 лет, с начала реализации Стратегии развития Казахстана до 2030 года, в области, данный показатель вырос почти в 8 раз – с 2,5 тысяч долларов до 19 тысяч долларов в 2012 году. Это вторая позиция по стране и в 1,6 раза выше среднего республиканского показателя.

Только за последние 15 лет финансирование здравоохранения увеличилось в 16 раз – с 1,1 млрд. тенге в 1997 году до 18 млрд. тенге в 2011 году. За это время в регионе количество больниц и поликлиник выросло почти вдвое. Особый акцент делается на расширении доступности медицинской помощи для сельских жителей. Сегодня абсолютно все сельские населенные пункты области обеспечены нормативной сетью медицинских организаций. Ведется работа по улучшению качества медицинского обслуживания через расширение мощности поликлинических организаций, введение новейших медицинских технологий, таких как системы телемедицины.

Мангистауская областная больница мощностью 465 коек, из которых 450

койки круглосуточного стационара и 15 коек – стационара дневного пребывания. Это единственная многопрофильная больница в области, которая оказывает медицинскую помощь по 28 профилям. Больница имеет 19 клинических отделений и 18 вспомогательных подразделений. Количество госпитализированных пациентов в 2009 году – 13 225, в 2010 году – 13 931, 2011 году – 14 779 человек. Прирост случаев госпитализации за последние три года составляет – 111,7%.

Число госпитализаций в круглосуточный стационар увеличилось за счет сельских жителей близлежащего Мунайлинского района, где крайне низкая обеспеченность койками. Так, если средний республиканский показатель обеспеченности населения койками 61,4 на 10 тыс. населения, то в Мунайлинском районе – 4,0 на 10 тыс. населения и это в районе, где проживают более 100 000 человек. Число госпитализированных в ГККПМОБ жителей только Мунайлинского района составило в 2010 году – 2202 (удельный вес – 16,0), в 2011 году – 2631 человек (удельный вес – 17,8).

Экстренность госпитализаций за 2009 год – 62,2%, 2010 год – 61,2%, 2011 год – 58,6%. Количество обращений в отделение экстренной медицинской помощи выросло в абсолютных цифрах с 22 873 (2009 год), 24 508 (2010 год), до 24 897 (2011 год). Прирост обращений составляет – 8,8%. При этом на 16% выросла самообращаемость.

Наблюдается тенденция роста обращений беременных: более чем в 3 раза по сравнению с 2010 годом. Отмечается снижение по направлению ПМСП (на 13,7%) и уменьшение доставленных пациентов по линии скорой и неотложной медицинской помощи на 1,3% в сравнение с 2010 годом. Данное снижение было прогнозируемым из-за внедрения в 2010 году портала плановой госпитализации в рамках единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ).

Отмечается снижение на 19% доставленных по причине производственных травм (2009 год – 273; 2010 год – 247; 2011 год – 221). Обращает на себя внимание увеличение доставленных вследствие дорожно-транспортных происшествий – 699 пострадавших. По сравнению с 2010 годом отмечается прирост на 35%, а с 2009 годом на 13%.

Тенденция повторности обращаемости имеет зигзагообразную кривую. В 2010 году зафиксировано увеличение повторных обращений на 9%. В 2011 году отмечается некоторое уменьшение повторных обращений с 409 до 400, снижение составило – 2,2%. Отказов в госпитализации стало намного меньше, чем в 2009 и 2010 годах – на 12,6 и 39,4%. Количество проведенных экстренных операций выросло по сравнению с 2010 годом на 7,1%, а с 2009 г. – на 11,3%. Также выросло число первично-хирургических обработок раны – на 1,8%, в сравнение с 2010 годом.

Отмечается динамическое уменьшение внебольничной летальности в условиях приемного отделения по сравнению с 2010 годом на 40%, а по сравнению с 2009 годом снижение данного показателя достигло 2,4 раза.

Приведенные данные демонстрируют большой объем работы, выполняемой отделением экстренной медицинской помощи, который требует соответствующих ресурсов. При столь высоком удельном весе экстренности своевременное и качественное оказание медицинской помощи на этапе приемного отделения является той лакмусовой бумажкой, по которой судят о работе всего огромного коллектива областной больницы.

Отделение экстренной медицинской помощи (ОЭМП) при Мангистауской областной больнице состоит из следующих структурных подразделений:

Регистратура (средний медицинский персонал) совмещенная с кабинетом

экстренной госпитализации;

Терапевтический пост (круглосуточный пост врачей-терапевтов, медсестер, санитарок);

Хирургический пост (круглосуточный пост врачей – хирургов, медсестер, санитарок);

Травматологический пункт (круглосуточный пост врачей - травматологов, медсестер, санитарок):

- Реанимационная палата;
- Экстренная лаборатория;
- Экстренная операционная общая хирургическая;
- Перевязочный кабинет травматологического пункта;
- Процедурный кабинет;
- Кабинет плановой госпитализации;
- Ординаторская ОЭМП;
- Кабинет заведующего отделением;
- Кабинет сестры-хозяйки отделения ОЭМП;
- Кабинет старшей медицинской сестры ОЭМП.

Штат ОЭМП на 2011 год утвержден в количестве 51,75 должностей (в том числе врачей- 12,5 ставок; СМР – 21,75), удельный вес в общем количестве штатных должностей составляет 6,2%. Из-за нехватки специалистов фактически работают 35 человек, в том числе врачей – 9, СМР-15. Коэффициент совместительства врачей – 1,4, СМР – 1,45. Укомплектованность ФЛ врачами – 72%. Укомплектованность ФЛ медицинскими сестрами – 70%. Ежемесячный ФОТ данного отделения – 2 031 212 тенге. Доля ФОТ в 2011 году составлял – 4,7% от фонда оплаты труда больницы. Месячный ФОТ отделения в 2012 году в рамках 036 программы вырос на 60% и составил 3 353 126 тенге или 6,4% доли месячного ФОТ больницы. В течение 2012 года затраты на оплату труда медицинского персонала составили 40 237 514 тенге; расходы на изделия медицинского назначения 785 398 тенге; израсходовано лекарственных средств на сумму 3 327 448 тенге; затраты на прочие услуги 9 547 677 тенге. Таким образом, годовые затраты отделения экстренной медицинской помощи составляют 53 898 036 тенге и равны 3,6% фактических расходов по больнице.

Для проведения оценки организации работы приемного отделения разработаны индикаторы. Для оценки качества работы приемного отделения использованы показатели времени пребывания больного в приемном отделении; расхождение предварительных и клинических диаг-

нозов; повторное обращение больных с последующей госпитализацией; удовлетворенность больных оказанной медицинской помощью. В настоящее время разрабатываются положения о применении показателей длительности пребывания больного в стационаре, частота развития осложнений и частота развития летальных исходов, в зависимости от качества работы приемного отделения.

Одна из основных задач ЕНСЗ – дальнейшее повышение уровня мотивации персонала. Вопросы оплаты за произведенные услуги в данном

отделении в законодательном порядке не решены. В настоящее время на работу данного отделения тратятся финансовые средства, заработанные в системе ЕНСЗ по 036 программе другими клиническими отделениями, что искажает истинную картину расходов по всей больнице. Выход видится в двух направлениях: оплачивать работу отделения экстренной медицинской помощи по фактическим расходам в рамках 036 программы (подпрограммы) либо в рамках 010 программы (подпрограммы) по местному бюджету.

Калиева М.А., Байгожина З.А., Нурманбетова Ф.Н., Кабдрахманова Н.М.*Отдел развития медицинского образования и науки, Центр научных исследований, экспертизы и инновационной деятельности в здравоохранении РЦРЗ МЗ РК*

АНАЛИЗ ДАННЫХ ПРИЕМА АБИТУРИЕНТОВ В ЧИСЛО СТУДЕНТОВ И ПРИЧИН ОТЧИСЛЕНИЙ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ

Аталуы: Медициналық ЖОО-да талапкерлерді студенттердің қатарына қабылдау деректерін және шығарып жіберу себептерін талдау

Авторлар: **Калиева М.А.**, «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» МБДБ бастығы, **Байгожина З.А.**, ДСДРО МБДБ бас сарапшысы, **Нурманбетова Ф.Н.**, ДСДРО ШЖК РМК медициналық білімді дамыту бөлімінің сарапшысы, **Кабдрахманова Н.М.**, ДСДРО МБДБ сарапшысы.

Түйіндемесі: Бүгінгі таңда медициналық ЖОО-на қабылдау жүйесін жетілдіру, медик-студенттің жеке тұлғасын, оның болашақ еңбек қызметіне, нақты кәсіптің өкілі ретінде өз-өзіне қатынасын қалыптастырудың жаңа қағидаттарын әзірлеу қажеттілігі өзекті болып табылады. Мақалада 2009-2010, 2010-2011, 2011-2012, 2012-2013 оқу жылдары ішіндегі студенттерді қабылдау және шығарып жіберу бойынша екі медициналық ЖОО ұсынған деректердің негізінде олардың студенттерін шығарып жіберудің себептерін талдаудың нәтижелері ұсынылған. Курстар бойынша оқу үдерісінде медик-студенттерді шығарып жіберу себептерін талдау даярлаудың бағыттарына қарамастан, шығарып жіберу оқудың алғашқы үш курсына анағұрлым жиі орын алатынын көрсетті. Студенттерді шығарып жіберудің жалпы құрылымында оқушының өз қалауы бойынша кетуіне байланысты себептер басым, екінші орында – басқа ЖОО-на ауыстыру, үшінші орында – оқу тәртібін бұзу.

Title: Data analysis of applicants admission and reasons of dismissal in medical universities

Authors: **Kalievа M.A.**, Head of DMED of RCHD, **Baigozhina Z.A.**, chief expert of DMED of RCHD, **Nurmanbetova F.N.**, expert of Department of medical education development of RCHD, **Kabdrakhmanova N.M.**, expert of DMED of RCHD.

Abstract: Today, the actual problem is the need of improvement of admission system in medical universities, developments of new principles of medical student personality formation, student's attitude to the future professional experience, to himself/herself as to the representative of a specific profession. The analysis results of the reasons of students' dismissal in two medical universities are presented in the article on the basis of admission and dismissal data submitted by these universities for 2009-2010, 2010-2011, 2011-2012, 2012-2013 academic years. Analysis of the reasons of medical students' dismissal during their education showed that regardless of training areas the highest rate falls on the first three training courses. The reasons related to voluntary withdrawal are dominated in the general structure of students' dismissal, on the second place – transfer to another university, on the third place – breach of educational discipline.

Совершенствование новых подходов к отбору и приему претендентов для обучения в медицинские вузы является приоритетным направлением Концепции развития медицинского и фармацевтического образования Республики Казахстан на 2011-2015 годы [1].

В Республике Казахстан на сегодняшний день для всех медицинских университетов Республики Казахстан единственным критерием отбора кандидатов являются результаты Единого национального тестирования (ЕНТ), которые учитывают только академическую успеваемость. Вместе с тем, международный опыт отбора абитуриентов на медицинские специальности показывает, что важны не только академические знания, но и в первую очередь его профессиональную

пригодность к выбранной профессии.

На сегодняшний день вопрос профессионального отбора в подготовке будущих медицинских работников представляет наиболее несовершенное звено. Действующие правила приема в медицинские вузы имеют высокую вероятность попадания в медицину случайных людей, у которых нет профессионально значимых для медицинского работника личностных свойств - чувства долга, доброты, сострадания и милосердия к людям. Следовательно, при отборе в учебные заведения необходимо применение специальной системы, которая позволит выявить индивидуальные способности и личностные качества абитуриента, и его пригодность к медицинскому труду [2].

В рамках реализации мероприятий по приему граждан в медицинские

организации образования и внедрению множественных мини-интервью (далее – ММИ) в качестве пилотных организаций для проведения исследования по приему граждан в медицинские ВУЗы определены: ВУЗ 1 и ВУЗ 2.

На основе представленных двумя пилотными ВУЗами (ВУЗ 1, ВУЗ 2) данных по приему и отчислений за 2009-2011, 2010-2011, 2011-2012, 2012-2013 учебные годы проведен анализ причин отчисления

студентов по учебным годам, курсам и специальностям.

ВУЗ 1

Ежегодный прием в ВУЗ 1 на 2009-2010, 2010-2011, 2011-2012, 2012-2013 учебные годы составил в среднем 950 студентов, вместе с тем в 2010-2011 учебные годы прием увеличился на 38% по сравнению с предыдущим приемом (рисунок 1).

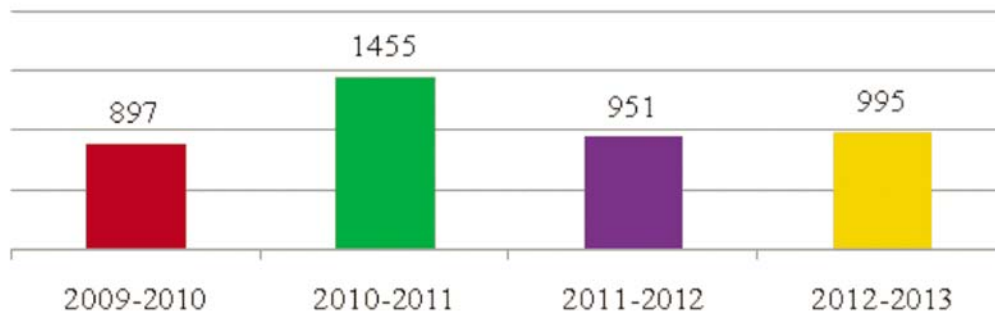


Рисунок 1 – Прием студентов в ВУЗ 1

В 2009-2010 учебном году в ВУЗ 1 на 1 курс зачислено всего 897 студентов, из них по гранту 87,4%, по договору 12,6%; в 2010-2011 учебном году на 1 курс принято студентов всего 1455, из них по гранту 85,9%, по договору 14,1%; в 2011-2012

учебном году на 1 курс принято студентов всего 951, из них по гранту 84,4%, по договору 15,6%; в 2012-2013 учебном году на 1 курс принято всего 995 студентов, из них по гранту 78,9%, по договору 21% (рисунок 2).

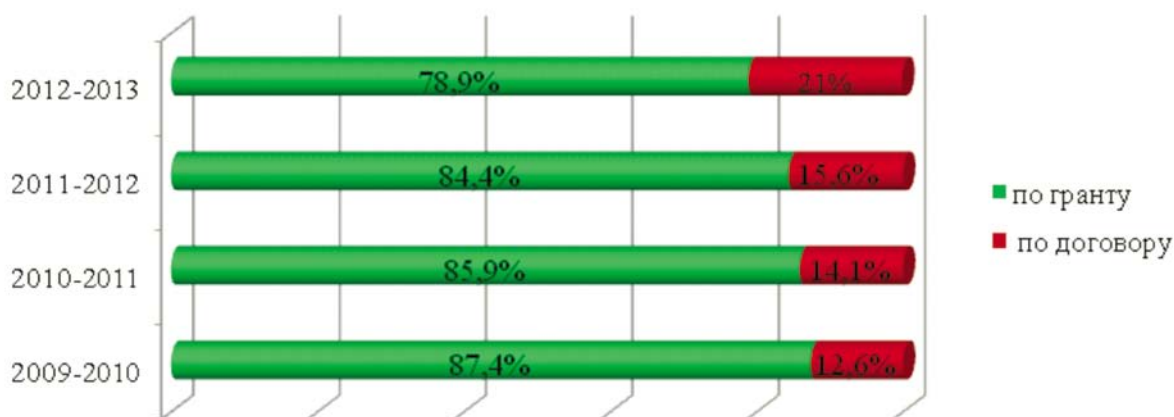


Рисунок 2 – Соотношение студентов зачисленных по гранту и договору на 1 курс в ВУЗ 1 по учебным годам

Анализ итогов приема студентов в ВУЗ 1 за 2009-2010, 2010-2011, 2011-2012, 2012-2013 учебные годы в разрезе специальностей в целом показал, что ежегодный прием на специальность «Общая медицина» находится

примерно на одинаковом уровне (свыше 600 человек), между тем, в 2010-2011 учебном году прием на данную специальность превысил среднестатистическую на 396 человек (рисунок 3).

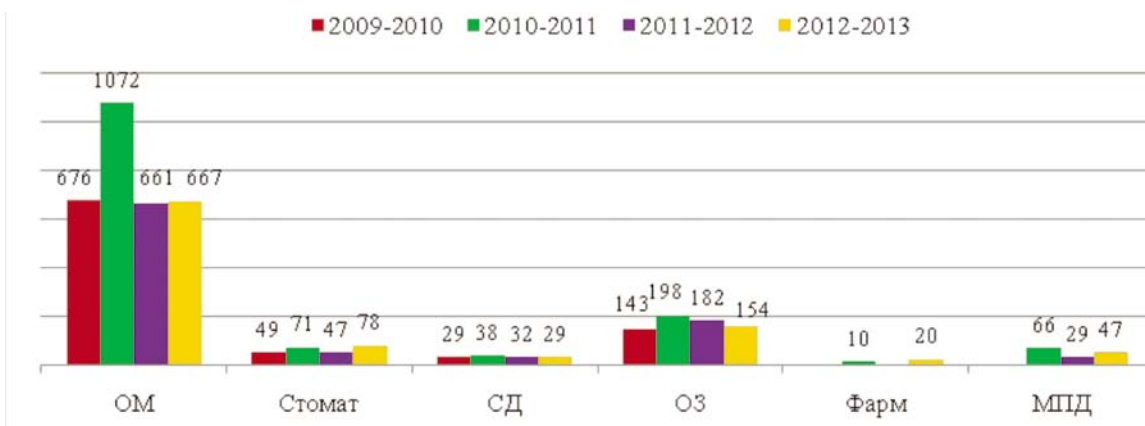


Рисунок 3 – Итоги приема студентов в ВУЗ 1 с 2009/2010 по 2012/2013 гг. в разрезе специальностей

Данная тенденция связана в целом с общим увеличением приема абитуриентов в 2010-2011 учебном году (на 38%) как было упомянуто выше. Соответственно наблюдается увеличение приема в 2010-2011 учебном году по сравнению с другими учебными годами также по специальностям «Общественное здравоохранение» (198), «Сестринское дело» (38), «Медико-профилактическое

дело» (66) и «Стоматология» (71).

ВУЗ 2

Ежегодный прием студентов в ВУЗ 2 в 2009-2010, 2010-2011, 2011-2012, 2012-2013 учебном году составил в среднем 1257 человек. В целом при рассмотрении по учебным годам наблюдается постепенный рост приема студентов на 32% в 2012/2013 учебном году, по сравнению с 2009/2010 учебным годом (рисунок 4).

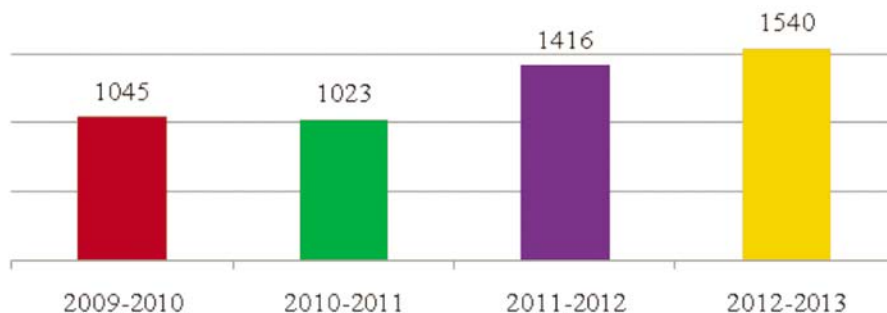


Рисунок 4 – Прием студентов в ВУЗ 2

В 2009-2010 учебном году в ВУЗ 2 на 1 курс зачислено всего 1045 студентов, из них по гранту 71,9%, по договору 28,1%; в 2010-2011 учебном году всего 1023, из них по гранту 76,9%, по договору 23,1%;

в 2011-2012 учебном году всего 1416, из них по гранту 80,4%, по договору 19,6%; в 2012-2013 учебном году всего 1540, из них по гранту 81,6%, по договору 18,4% (рисунок 5).



Рисунок 5 – Соотношение числа студентов зачисленных по гранту и договору на 1 курс в ВУЗ 2 по учебным годам

Как видно из рисунка 5 из общего количества зачисленных студентов в ВУЗ 2 по учебным годам наблюдается уменьшение доли студентов принятых по договору на 30% и увеличения принятых студентов по гранту от общего количества зачисленных на 9,7%.

Итоги приема студентов в вуз 2 за 2009-2010, 2010-2011, 2011-2012, 2012-2013 учебные годы в разрезе специальностей в целом показал, что ежегодный прием

на специальность «Общая медицина» увеличился с 794 человек в 2009-2010 учебном году до 1240 человек в 2012-2013 учебном году. В структуре приема по специальностям в целом наблюдается увеличение приема по специальностям «Стоматология» на 43%, «Фармация» на 84%, «Медико-профилактическое дело» на 55%, тогда как на специальность «Общественное здравоохранение» прием студентов уменьшился на 37% (рисунок 6).

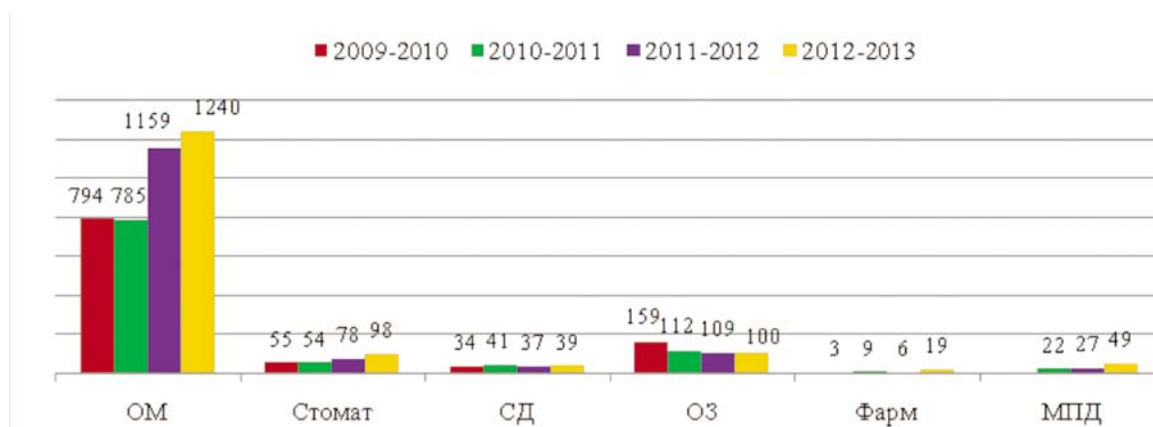


Рисунок 6 – Анализ приема студентов в ВУЗ 2 с 2009/2010 по 2012/2013 гг. в разрезе специальностей

В целом анализ итогов приема абитуриентов по учебным годам показал, что увеличение приема приходится на 2011-2012 и 2012 – 2013 учебные годы по всем специальностям, за исключением специальности «Общественное здравоохранение», где наблюдается снижение приема с 159 на 2009-2010 учебный год до 100 на 2012 – 2013 учебный год (снижение на 37%).

На основании анализа данных причин отчислений представленных пилотными ВУЗами (ВУЗ 1, ВУЗ 2) за период с 2009/2010 по 2011/2012 учебные годы установлено, что основными причинами явились – перевод в другой вуз, по собственному желанию, по состоянию здоровья, в связи с призывом на ВС, академическая неуспеваемость, не выполнение учебного плана, нарушение учебной дисциплины.

Аналізу подверглись данные по отчислению студентов в разрезе специальностей, по курсам, по учебным годам.

ВУЗ 2

В ВУЗ 2 в 2009-2010 учебном году поступило всего 1045 абитуриентов с учетом всех специальностей. Из них по различным причинам уже на первом курсе было отчислено всего 86 человек, что составило 8,3% от общего числа поступивших в медицинский ВУЗ. При рассмотрении в разрезе специальностей, на специальность «Общая медицина» поступило всего 794 абитуриентов, и на первом же курсе было отчислено по собственному желанию 48 студентов, что составило 6% от общего числа поступивших на данную специальность, не считая отчисленных за неуспеваемость (таблица 1).

Таблица 1 – Информация по причинам отчисления студентов ВУЗа 2 за период с 2009/2010 по 2012/2013 учебные годы

Специальность	Курс	2009-2010 учебный год				2010-2011 учебный год			2011-2012 учебный год		
		Кол-во отчисленных студентов	перевод в другой вуз	по собственному желанию	нарушение учебной дисциплины	перевод в другой вуз	по собственному желанию	нарушение учебной дисциплины	перевод в другой вуз	по собственному желанию	нарушение учебной дисциплины
Общая медицина	I	196	1	48	14	1	30	16	5	64	17
	II	149	20	26	16	9	14	7	20	23	14
	III	61	9	5	2	6	13	1	6	14	5
	IV	19				5	0	0	4	5	5
	V	9							8	0	1
Сестринское дело	I	4	1	2	0					1	
	II	4	2	0	0	2	0	0			
	III	7				4	1	1		1	
Общественное здравоохранение	I	23	0	9	4	1	3	1	1	4	0
	II	18	3	5		3	2	2		2	1
	III	10	5	0	0	1	0	1	1	1	1
	IV	5				3	0	0	2		
Медико-профилактическое дело	I	3					1		1	1	
	II	1								1	
Фармация	I	2	0	1	0		1				
Стоматология	I	15	0	3	3		5			4	
	II	11	3	1	2		3			2	
	III	12	1	2	4		1			4	
	IV	3	3	0	0						
Итого		552	48	102	45	35	74	29	48	127	44
			195			138			219		

В 2010-2011 учебном году поступило всего 1023 абитуриентов с учетом всех специальностей. По различным причинам уже на первом курсе было отчислено всего 58 человек, что составило 5,7% от общего числа поступивших в ВУЗ 2. В структуре специальностей на первом же курсе по специальности «Общая медицина» отчислено 30 студентов по собственному желанию, что составило 3,8% от общего числа поступивших на данную специальность.

В 2011-2012 учебном году поступило всего 1416 абитуриентов на первый курс с учетом всех специальностей. По различным причинам было отчислено всего 98 человек, что составило 6,9% от общего числа поступивших в ВУЗ 2. Анализ отчислений по специальностям показал, что из 1159 абитуриентов поступивших на специальность «Общая медицина» отчислено по собственному желанию 64 человека, что

составило 5,5% от общего числа.

В целом анализ по курсам, специальностям, учебным годам показал рост количества отчисленных студентов именно на первом курсе обучения. Так если в 2010-2011 учебные годы на первом курсе было отчислено 3,8% студентов по собственному желанию от общего количества отчисленных студентов, то в 2011-2012 учебные годы на первом курсе процент отчисленных составил – 5,3%. На втором курсе обучения в 2009-2010 учебные годы было отчислено 3%, а в 2010-2011 и 2011-2012 учебные годы процент отчисленных составил около 2%. На третьем курсе по учебным годам соответственно 0,7%, 1,6%, 1,5%.

Таким образом, в структуре причин отчисления студентов в ВУЗ 2 ведущее место занимает отчисление по собственному желанию, особенно на первом курсе, второе место занимает отчисление за нарушение

учебной дисциплины и в основном отчисления приходятся на 1 и 2 курсы, далее «перевод в другой ВУЗ» – при этом в основном отчисления приходятся на 2 и 3-й курсы, а в 2011 – 2012 учебном году отчисления в связи с переводом в другой ВУЗ наблюдались почти на всех курсах, с превышением показателей на втором курсе.

ВУЗ 1

В ВУЗ 1 в 2009-2010 учебном году поступило всего 897 абитуриентов. С учетом всех специальностей, по различным причинам уже на первом курсе было отчислено всего 72 человека, что составило 8,1% от общего числа поступивших. При рассмотрении в разрезе специальностей,

Таблица 2 – Информация по причинам отчисления студентов ВУЗа 1 за 2009-2010, 201-2011, 2011-2013 учебные годы

Специальность	Курс	2009-2010 учебный год						2010-2011 учебный год						2011-2012 учебный год				
		Количество отчисленных студентов	перевод в другой вуз	по собств. желанию	Академич. неуспеваемость	не выполнение уч. плана	Нар. учебной дисциплины	Перевод в другой вуз	по собственному желанию	по состоянию здоровья	академическая неуспеваемость	не выполнение учебного плана	нарушение учебной дисциплины	перевод в другой вуз	по собственному желанию	по состоянию здоровья	академическая неуспеваемость	нар уч. дисциплины
Общая медицина	1	109	2	23	0	4	3	10	40	0	0	3	0	0	19	2	1	2
	2	108	9	28	4	4	9	15	31	2	0	0	1	8	49	0	15	5
	3	49	1	8	0	1	2	0	12	0	0	0	2	7	12	0	0	4
	4	19	1	0	0	0	0	3	0	1	0	0	2	2	7	0	0	3
	5	8						1	0	0	0	0	0	3	3	0	0	1
	6	9											5	4	0	0	0	0
Общественное здравоохранение	1	20	0	7	0	0	0	0	6	0	0	0	3	0	4	0	0	0
	2	32	1	2	0	0	0	5	6	0	0	0	2	7	0	9	0	
	3	20	0	3	0	0	2	4	2	0	0	1	6	0	0	2	0	
	4	6	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	1	0	1	0	
Лечебное дело	1	8	0	7	0	0	1											
	2	3	1	0	0	1	1											
	3	5	2	0	1	0	2											
	4	39	22	12	0	1	2	0	2									
	5	6						1	2				2	0	1	0	0	
	6	15						1	4				1	8	0	1	0	
	7	57						12	9				13	15	8	0	0	
Стоматология	1	12	0	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	3	0	4	0	
	2	14	0	2	0	0	2	1	3	0	0	0	0	6	0	0	0	
	3	17	2	2	0	7	5						1	0	0	0	0	
	4	2	1	0	0	0	0	1										
	5	4							1					0	3	0	0	
	6	14	3	2	0	0	0	3	2				1	1	0	0	0	
Педиатрия	1	3	1	1	1	0	0											
	2	2	2	0	0	0	0											
	3	2	1	0	0	0	1											
	4	5	3	1	0	0	1											
	6	1											0	1	0	0	0	
Сестринское дело	1	14	0	5	0	0	1	0	5	0	1	0	0	2	0	0	0	
	2	11	0	5	0	0	0	0	4	0	0	0	0	1	0	0	1	
	3	3	1	0	1	0	0						0	1	0	0	0	
МПД	1	4	0	0	0	0	1	3										
	2	1	0	0	1	0	1						0	1	0	0	0	
	3	1	0	0	0	0	1											
	5	1									1							
	6	1									1							
Фармация	1	1											1	0	0	0	0	
	3	4	0	1	0	0	1						0	1	0	1	0	
	4	3						1					0	1	0	1	0	
Итого:		729	54	111	8	18	36	72	136	3	1	5	25	61	143	2	35	19
					227						242					260		

из поступивших 676 абитуриентов на специальность «Общая медицина» с первого же курса было отчислено по собственному желанию 23 студента, что составило 3,4% от общего числа поступивших на данную специальность, не считая отчисленных за неуспеваемость (таблица 2).

В 2010-2011 учебном году в ВУЗ 1 поступило всего 1455 абитуриентов с учетом всех специальностей. По различным причинам уже на первом курсе было отчислено всего 78 человек, что составило 5,4 % от общего числа поступивших. Из 1072 абитуриентов поступивших на специальность «Общая медицина» на первом же курсе по собственному желанию отчислено 40 студентов, что составило 3,8% от общего числа поступивших на данную специальность.

В 2011-2012 учебном году поступило всего 951 абитуриентов, и на первом курсе было отчислено всего 42 человек, что составляет 4,4% от общего числа поступивших в ВУЗ 1. Так из 667 абитуриентов поступивших на специальность «Общая медицина» с первого курса было отчислено по собственному желанию 19 студентов, что составляет 2,8% от общего числа поступивших на данную специальность.

Анализ отчислений по учебным годам показал рост количества отчисленных студентов 1 и 2 курсов по «собственному желанию», при этом в 2011-2012 учебном году процент отчисленных по данной причине на 2 курсе обучения составил более 50%. В целом доля отчисленных по собственному желанию и в связи с переводом в другой ВУЗ, чаще наблюдался на 1 и 2 курсах обучения.

Таким образом, в структуре причин отчисления студентов в ВУЗ 1, также как в ВУЗ 2 ведущее место занимает отчисление «по собственному желанию», второе место занимает «перевод в другой ВУЗ», который чаще наблюдался на 1 и 2 курсах. Далее следует отчисление за «нарушение трудовой дисциплины» на 1, 2, 3, 4 курсах обучения, в 2011-2012 учебные годы отчисления в связи с академической неуспеваемостью наблюдались на втором курсе.

Анализ причин отчислений студентов-медиков в процессе обучения по курсам в двух

пилотных вузах показал, что независимо от направлений подготовки, наибольшая частота их приходится на первые три курса обучения, что может служить одним из косвенных критериев нарушения адаптации студентов (Пчелина И.В. с соавт., 2004). Максимальный уровень отчислений приходится на первый курс по специальностям «Общая медицина», «Общественное здравоохранение» и «Стоматология».

В общей структуре отчислений студентов преобладают причины, связанные с уходом обучающегося по собственному желанию, на втором месте – перевод в другой ВУЗ, на третьем – нарушение учебной дисциплины. В связи с чем, необходим более детальный анализ причин отчислений по собственному желанию. Так согласно литературным данным расплывчатость представлений абитуриента медицинского вуза о том, что реально его ожидает в будущем, не осознанный по сути или же легковесный подход к выбору профессии чреват в дальнейшем разочарованием, внутренним конфликтом, потерей значимых целей и, как следствие, в лучшем случае – отчислением или уходом по собственному желанию из университета, в худшем – превращением в посредственного специалиста, которому другие люди будут вынуждены доверять свое здоровье и жизнь [3].

Таким образом, сегодня актуальным является необходимость совершенствования системы приема в вузы, разработки новых принципов формирования личности студента-медика, его отношения к предстоящей трудовой деятельности, к самому себе, как представителю конкретной профессии. Необходимо перейти от количественных показателей к качественному набору абитуриентов, который обеспечит высокий уровень успеваемости студентов-медиков, успешную адаптацию к вузовской системе обучения и повлияет на качество подготовки будущих специалистов здравоохранения.

Несоответствие профессии склонностям и способностям студента отрицательно влияет на его успеваемость, затягивает срок обучения, и во многих случаях приводит к его отчислению, а, следовательно, к экономическим потерям.

Источники:

1. Концепция развития медицинского и фармацевтического образования Республики Казахстан на 2011-2015 годы, утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «12» августа 2011 года № 534.
2. Пчелина И.В., Дьяченко В.Г. Профессиональная ориентация в подготовке врачей (учебно-методическое пособие). Хабаровск: Издательский центр ДВГМУ, 2004. – 145 с.
3. Пятибрат А.О., Балахонов А.В. и др., «Особенности профориентационных мероприятий в гражданском и военном медицинском вузе как фактор сохранения здоровья обучающихся», Санкт-Петербург: Вестник Санкт-Петербургского университета, Сер. 11, 2008, Вып.2, с. 178-185.

Сыздыкова А.А.

Заместитель директора Департамента науки и человеческих ресурсов МЗ РК

Калиева М.А.

Начальник отдела развития образования РЦРЗ МЗ РК

Байгожина З.А.

Главный эксперт отдела развития образования РЦРЗ МЗ РК

Нурманбетова Ф.Н.

Эксперт отдела развития образования РЦРЗ МЗ РК

Кабдрахманова Н.М.

Эксперт отдела развития образования РЦРЗ МЗ РК

ОПЫТ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЦЕННОСТЕЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ НА ПРИМЕРЕ ДВУХ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

Аталуы: Екі медициналық ЖОО-ның мысалында медицина қызметкерлерінің кәсіптік құндылығын айқындау тәжірибесі

Авторлар: Сыздыкова А.А., ҚР ДСМ Ғылым және адами ресурстар департаменті директорының орынбасары, Қалиева М.Ә., ДСДРО МБДБ бастығы, Байгожина З.А., ДСДРО МБДБ бас сарапшысы, Нұрманбетова Ф.Н., «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК медициналық білімді дамыту бөлімінің сарапшысы, Кабдрахманова Н.М., ДСДРО МБДБ сарапшысы.

Түйіндеме: Халықаралық тәжірибені талдау медициналық ЖОО-да қабылдау кезінде кандидаттар мінездемелерінің көптеген аспектілері бағаланатынын көрсетті, оған академиялық және академиялық емес машықтары мен қабілеттері кіреді. Әрбір критерийдің маңыздылығы дербес университеттің көрінісі мен құндылықтарына негізделеді. Мақалада кәсіптік қасиеттердің бес негізгі тобы кіретін, медицина қызметкерлерінің анағұрлым маңызды кәсіптік құндылығын айқындау бойынша екі медициналық ЖОО-ның оқытушылары, интерндері және I курс студенттері арасында жүргізілген социологиялық сауалнаманың деректері ұсынылған. Бағалаудың алынған нәтижелері медициналық ЖОО-да оқу үшін кандидаттың анағұрлым маңызды қасиеттерін айқындауға мүмкіндік берді, олар екі медициналық ЖОО-ның құндылықтарының жүйесі болып табылады. Жүргізілген зерттеу когнитивтік емес қабілеттерді айқындаудың негізінде Қазақстан Республикасының медициналық ЖОО-да азаматтарды іріктеу және қабылдау үдерісін тиімді қалыптастырудың алғышарты болып табылады.

Title: Experience of determining professional values of health workers on the example of two medical higher education institutions

Authors: Syzdykova A.A., Deputy Director of the Science and Human Resources MoH RK, Kalieva M.A., Head of DMED of RCHD, Baigozhina Z.A., chief expert of DMED of RCHD, Nurmanbetova F.N., expert of Department of medical education development of RCHD, Kabdrahmanova N.M., expert of DMED of RCHD.

Abstract: Analysis of international experience shows that multiple aspects of candidates' characteristics including academic and non-academic skills and abilities are evaluated during students' admission to medical universities. The importance of each criterion is based on the vision and values of each university. The article presents the survey of teachers, interns and students of the first course of two medical universities on determining the most important professional values of health workers including five major competencies. The received evaluation results defined the most significant qualities for candidate to study in medical university which represent the system of values of two medical universities. Conducted research is a precondition for effective organization of citizens' selection and admission to medical universities in the Republic of Kazakhstan on the basis of the determination of non-cognitive abilities.

В Концепции развития медицинского и фармацевтического образования Республики Казахстан на 2011-2015 годы особое внимание уделено внедрению новых подходов к отбору и приему граждан в медицинские и фармацевтические организации образования, который должен быть нацелен на выбор высокомотивированных кандидатов с соответ-

ствующим предшествующим образованием и подготовкой, предоставляющей возможность и способность обучаться в медицинском вузе [1].

Для достижения результативности и качества подготовки медицинских кадров очень важным является процедура отбора и приема граждан в медицинские ВУЗы Республики Казахстан. Сам процесс приема –

крайне важный аспект любого медицинского университета и он должен способствовать определению миссии и видения университетов. Предполагается, что каждому медицинскому университету необходимо иметь видение о типе врача, которого они хотят подготовить для практического здравоохранения. Следовательно, процесс приема должен соответствовать желаемому конечному результату – выпуску специалиста (врача) обладающего компетенциями, которые он должен приобрести на момент завершения ВУЗа.

Анализ международного опыта показал, что при приеме в медицинские вузы оцениваются множественные аспекты характеристик кандидатов, включающие в себя академические и неакадемические навыки и способности. Важность каждого критерия основывается на видении и ценностях отдельного университета.

Разработанный исследователями университета МакМастера и используемый медицинскими школами Канады подход Множественных мини-интервью (далее - ММИ) широко применяется в медицинских школах США. Исследования показали, что ММИ как часть процесса приема обеспечивает стандартизированный формат интервьюирования согласно поставленным вопросам и их оценке, и является надежным методом для отбора кандидатов в медицинские школы [2].

ММИ оценивает личностные характеристики (некогнитивные качества) кандидата такие как: критическое мышление, принятие нравственных/моральных решений, самооценка, общение, культурность и сочувствие [3].

В текущем году в рамках Проекта «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан» при участии международных консультантов планируется проведение пилотного проекта: «Внедрение Множественных мини-интервью» с целью определения некогнитивных качеств кандидатов при отборе в медицинские ВУЗы РК. Опираясь на наилучшую практику, которая показывает, что подготовка специалиста должна начинаться с ответа на вопрос о том, какого выпускника нужно выпустить, нами на первом этапе исследования была разработана анкета для определения профессиональных ценностей медицинских работников.

Материалами для составления данной анкеты послужили источники международной литературы [4-13]. Анкета состояла из

пяти основных групп профессиональных качеств с определенным перечнем компонентов:

Личные качества: скромность, способность выражать свои мысли, любознательность и терпение, зрелость суждений, наблюдательность, способность работать самостоятельно, при необходимости, способность к организации и планированию (включая управление временем);

Межличностные и коммуникативные навыки: умение устанавливать межличностный контакт, коллегиальное отношение к старшим по должности или возрасту, умение обмениваться информацией, умение советоваться, умение поддерживать конфиденциальность, критические и самокритические качества, умение признавать ограничения и просить о помощи, способность работать в междисциплинарной команде, способность взаимодействовать с экспертами в других дисциплинах;

Моральные и этические качества: этический подход, честность, порядочность, профессиональное чувство долга и ответственность, способность к состраданию, чувство долга по отношению к пациенту, чуткость;

Лидерские качества: умение отличать главное от второстепенного, уверенность в себе, инициативность, умение эффективно действовать в стрессовых ситуациях, планирование и принятие решений, стремление к успеху, способность вести других;

Мыслительные качества: творческий подход, критическое мышление, логическое рассуждение, способность к анализу и синтезу, способность учиться (включая непрерывное самостоятельное обучение).

При проведении исследования респондентам предлагалось оценить важность каждого компонента по шкале Лайкерта [14].

В рамках реализации мероприятий по приему граждан в медицинские организации образования и внедрению ММИ проведено анкетирование студентов I курса, интернов и преподавателей (базовых и клинических дисциплин) на базе двух ВУЗов (ВУЗ1 и ВУЗ 2).

Цель исследования: определение наиболее важных профессиональных ценностей медицинских работников.

Предмет исследования: профессиональные ценности медицинских работников.

Объекты исследования: преподаватели, интерны, студенты I курса.

Методы исследования: социологический,

математико-статистический, аналитический.

Результаты и обсуждение: Отбор респондентов проводился случайным методом. Респонденты были разделены на 3 группы:

- А) преподаватели;
- Б) интерны;
- В) студенты I курса.

Распределение респондентов на 3 группы позволяет нам учесть и увидеть разницу в определении и выборе профессиональных ценностей медицинских работников между студентами I курса – как лиц выбравших специальность и не имеющих опыт работы в сфере медицины, интернами с набором уже имеющих компетенции врача и

преподавателями с клиническим опытом работы и преподавания.

Для определения репрезентативности выборки был проведен расчет минимального необходимого числа наблюдений: 1436 чел.

В разрезе организаций и групп респондентов число наблюдений в ВУЗ 1 составляет: студенты I курса – 338; интерны -119; преподаватели – 196. Число наблюдений в ВУЗе 2 составляет: студенты I курса – 452, интерны – 144 и преподаватели – 187.

В настоящем исследовании объем выборки составил 1436 человек в двух ВУЗах. Количественный состав респондентов представлен в таблице 1.

Таблица 1 – Количественный состав респондентов

Наименование ВУЗа	Студенты				Интерны									Преподаватели				
	ОМ		ОЗ и МПД		А и Г		Терапия		Педиатрия		Хирургия		ВОП		Базовых дисциплин		Клинических дисциплин	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
ВУЗ 1	190	56,2	148	43,8	21	17,6	28	23,5	20	16,8	18	15,2	32	26,9	82	41,8	114	58,2
ВУЗ 2	301	66,5	151	33,5	20	13,8	30	20,9	12	8,3	68	47,2	14	9,8	100	53,5	87	46,5

В ВУЗе 2 из общего количества опрошенных студентов 66,5% составили студенты по специальности «Общая медицина», 33,5% «Общественное здравоохранение» и «Медико-профилактическое дело». Из общего количества опрошенных интернов 47,2% составили интерны по специальности «Хирургия», 20,9% – «Терапия», 13,8% – «Акушерство и гинекология», 9,8% – «Врач общей практики», 8,3% – «Педиатрия».

В ВУЗе 1 из общего количества опрошенных студентов 56,2% составили студенты по специальности «Общая медицина», 43,8% – «Общественное здравоохранение» и «Медико-профилактическое дело». Из общего количества опрошенных интернов 26,9% составили интерны по специальности «Врач общей практики», 23,5% – «Терапия», 17,6% – «Акушерство и гинекология», 16,8% – «Педиатрия», 15,2% – «Хирургия».

Из 196 опрошенных преподавателей ВУЗа 2 – 53,5% приходится на преподавателей базовых дисциплин и 46,5% на преподавателей клинических дисциплин. Из числа опрошенных преподавателей МУА 41,8% являются преподавателями базовых дисциплин, 58,2% клинических дисциплин.

Методика опроса предусматривала, самостоятельное заполнение анкеты респондентами, при этом им гарантировалась конфиденциальность и право на добровольное участие в опросе.

Для проведения статистического анализа и обработки полученной информации использовались пакеты компьютерных программ (Excel).

Для того, чтобы осуществить сравнение по каждому из вопросов, ответы были стандартизированы путем записи в процентном соотношении в разрезе ранее определенных группы профессиональных компетенций.

С целью эффективного анализа данных были учтены ответы в разрезе шкалы оценок «полностью согласен» и «согласен».

На основании полученных данных анкетирования, были построены графики показывающие распределение полученных результатов оценок важных качеств между ВУЗами и группами респондентов.

Личные качества

Анализ данных исследования показал, что ценность личных качеств в ВУЗах оценена не одинаково, так респонденты ВУЗ 1 оценивают личные качества выше, чем респонденты ВУЗа 2 (рисунок 1).

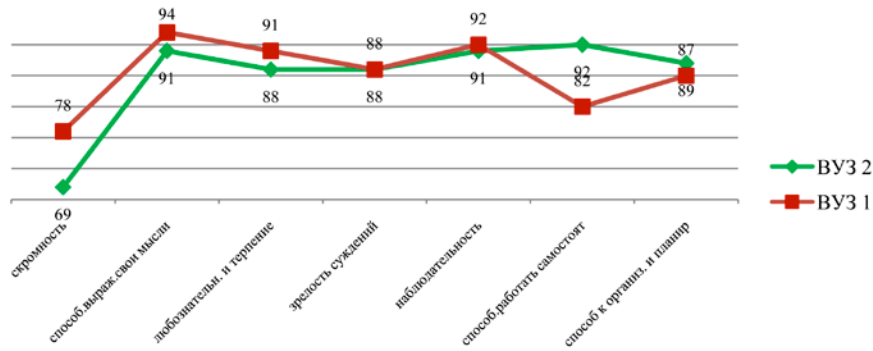


Рисунок 1 – Распределение результатов оценки личных качеств между ВУЗом 2, ВУЗом 1

Как видно из рисунка 1, важным личным качеством для медицинского работника респондентами определено «способность выразить свои мысли» (91% ВУЗ 2 и 94% ВУЗ 1) и наименьшее значение качеству «скромность» (69% ВУЗ 2, 78% ВУЗ 1).

Респонденты обоих ВУЗов также дают хорошую оценку личностным качествам «наблюдательность» (92% – ВУЗ 1, 91% – ВУЗ 2), «любопытность и терпение» (91% – ВУЗ 1, 88% – ВУЗ 2) и «способность работать самостоятельно» (92% – ВУЗ 2, 82% – ВУЗ 1). Точкой соприкосновения двух вузов явилось «зрелость суждений» оцененная в 88 %.

Оценка результатов анкетирования среди групп респондентов, проводилась также на основании определения процентной доли качества, являющегося одной из шести основных групп профессиональных качеств.

Так, распределение результатов оценки личных качеств между преподавателями, студентами и интернами показало существенный разрыв в определении важности некоторых качеств среди респондентов. Студенты и интерны высоко оценивают качество «способность работать самостоятельно» (26%), тогда как преподаватели его оценивают ниже (22%). В равных значениях респонденты

определили важность таких личностных качеств, как «способность выразить свои мысли» (26% интерны и студенты, 27% преподаватели), «любопытность и терпение» (преподаватели и интерны – 25%, студенты – 26%), «зрелость суждений» (по 25%), «наблюдательность» (по 26%). Менее всего среди респондентов оценено качество «скромность» (студенты - 20%, интерны и преподаватели - 23%).

Межличностные и коммуникативные навыки

Анализ данных исследования в целом показал, что респонденты ВУЗ 2 оценивают межличностные и коммуникативные навыки (81%) ниже, чем респонденты ВУЗ 1 (85%). Наибольшую оценку среди межличностных и коммуникативных навыков получило качество «умение советоваться» (ВУЗ 1 – 92%, ВУЗ 2 – 91 %) и меньше всего оценено среди респондентов ВУЗ 2 качество «способность работать в междисциплинарной команде» (72%), а среди респондентов ВУЗ 1 качество «способность взаимодействовать с другими экспертами» (70%). Респонденты обоих ВУЗов примерно одинаково оценивают такие качества, как «коллегияльное отношение к старшим», «умение обмениваться

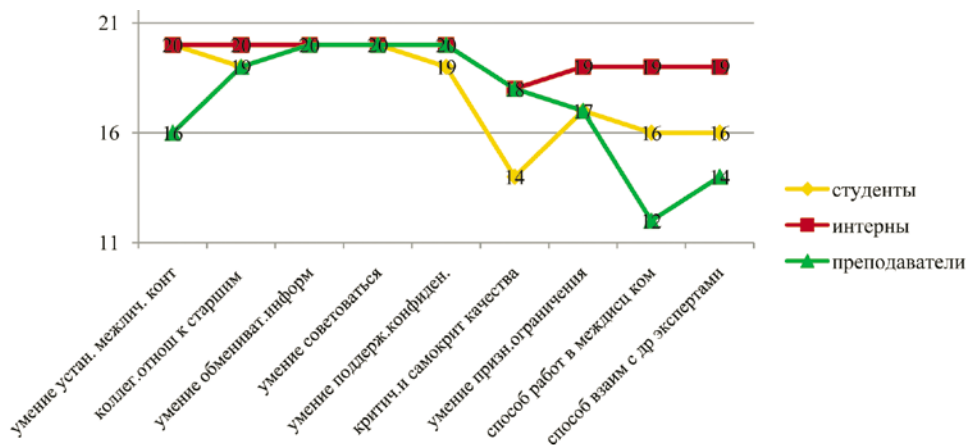


Рисунок 2 – Распределение результатов оценки моральных и этических качеств между преподавателями, студентами и интернами

информацией» и «умение поддерживать конфиденциальность».

Анализ результатов оценки межличностных и коммуникативных навыков

выявил также существенную разницу в показателях значимости качества между преподавателями, студентами и интернами (рисунок 2).

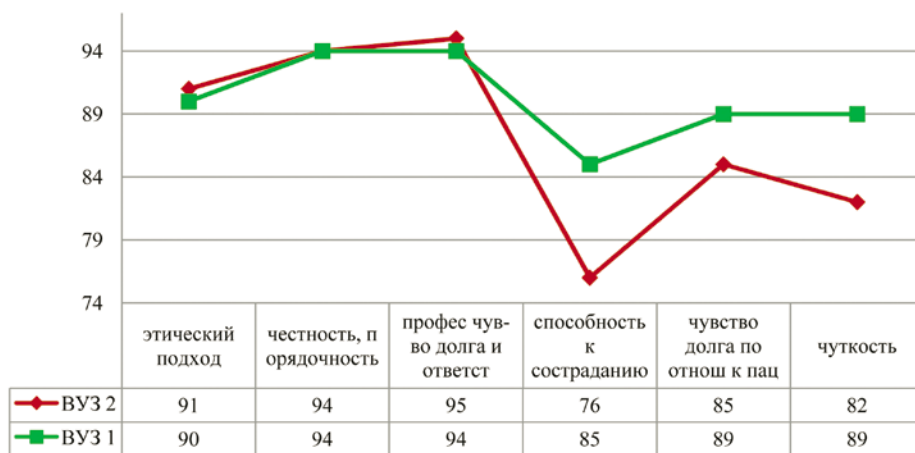


Рисунок 3 – Распределение результатов оценки моральных и этических качеств между ВУЗом 1 и ВУЗом 2

Так, качество «способность работать в междисциплинарной команде» оценивается у студентов – 16%, у преподавателей – 12%, интернов – 19%. Наиболее высокую оценку респонденты отдают таким качествам, как «коллегиальное отношение к старшим» (20% интерны, 19% студенты и преподаватели), «умение обмениваться информацией» (20%), «умение советоваться» (20%), «умение поддерживать конфиденциальность» (19% студенты, интерны и преподаватели 20%). Наблюдается разрыв в оценке качества «умение устанавливать межличностный контакт» между оценкой студентов и интернов – 20% и преподавателей – 16%.

Как показывает анализ, если интерны одинаково высоко оценивают составляющие межличностных и коммуникативных навыков, то преподаватели и студенты низко оценивают

некоторые из определенных качеств («способность работать в междисциплинарной команде», «умение устанавливать межличностный контакт», «критические и самокритические качества»).

Моральные и этические качества

Анализ результатов оценки показал, что респонденты ВУЗа 1 и ВУЗа 2 в целом высоко оценивают моральные и этические качества (90%) (Рисунок 3).

Наименьшую оценку среди моральных и этических качеств получило качество «способность к состраданию» (ВУЗ 2 – 76%, ВУЗ 1 – 85%), тогда как наибольшую оценку получило «профессиональное чувство долга и ответственность» (ВУЗ 2 – 95%, ВУЗ 1 – 94%). Оба ВУЗа в равной степени оценили важность качества «честность и порядочность» (94%).

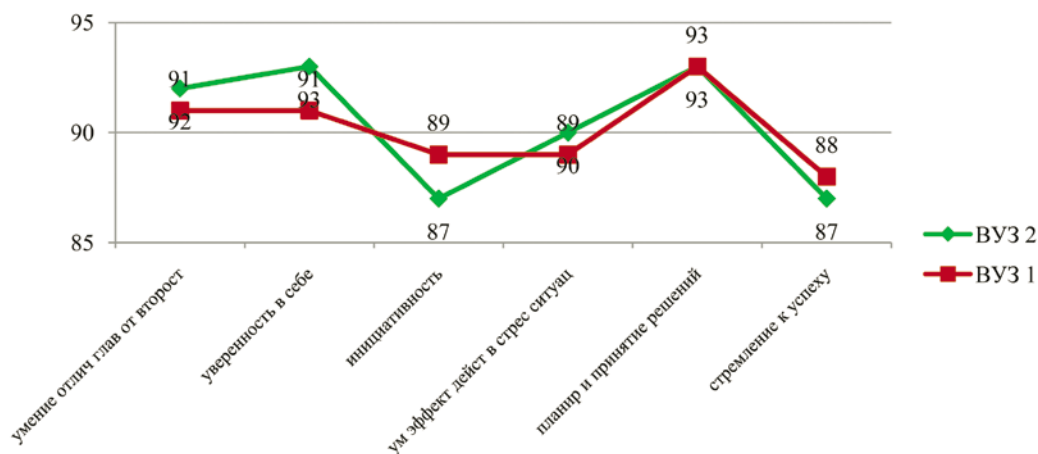


Рисунок 4 – Распределение результатов оценки лидерских качеств между респондентами ВУЗа 1, ВУЗа 2

Также среди наиболее значимых качеств для врача респондентами выделены: «этический подход» (ВУЗ 2 – 90%, ВУЗ 1 – 91%), «чувство долга по отношению к пациентам» (ВУЗ 1 – 89%, ВУЗ 2 – 85%) и «чуткость» (ВУЗ 1 – 89%, ВУЗ 2 – 82%).

Анализ результатов оценки моральных и этических качеств выявил также существенную разницу в показателях значимости качества между преподавателями, студентами и интернами. Наибольшую оценку среди моральных и этических качеств получило качество «профессиональное чувство долга и ответственность» у преподавателей – 30%, студентов – 31%, интернов – 32%. Наименьшую оценку среди представителей 3-х определенных групп получило качество «способность к состраданию» у студентов и преподавателей – 27%, у интернов – 26%. В целом анализ результатов оценки показал, что среди моральных и этических качеств все 3 группы респондентов наиболее важными считают «честность и порядочность» (31%), «этический подход» (интерны и преподаватели 30%, студенты 29%).

Лидерские качества

В целом лидерские качества, как наиболее значимые для медицинских работников высоко оценивают, как респонденты ВУЗ 2, так и ВУЗ 1 (90%) соответственно. Анализ результатов оценки показал, что 87% респондентов ВУЗ 2 и 80% респондентов ВУЗ 1 дают оценку качеству «инициативность» ниже (Рисунок 4).

Примерно одинаково наименьшую оценку получило качество «стремление к успеху» (88% – ВУЗ 2, 87% – ВУЗ 1). Респонденты обоих ВУЗов примерно одинаково дают наибольшую оценку таким лидерским качествам, как «планирование и принятие решений» (ВУЗ 2 – 93%), «уверенность в себе» (ВУЗ 1 – 91%), «умение отличать главное от второстепенного» (92% и 91%) соответственно, «умение действовать в стрессовых ситуациях»

(90% и 89%) соответственно.

Результаты оценок лидерских качеств данных преподавателями, студентами и интернами показал, что преподаватели и интерны недостаточно высоко оценивают качество «стремление к успеху» – 28%, тогда как у студентов данное качество было оценено в 30%. Наименьшую оценку у студентов получило качество «умение отличать главное от второстепенного» – 29%. Наибольшую оценку у 3 определенных групп получило качество «планирование и принятие решений». У преподавателей (30%) и студентов (31%) наибольшую оценку получило качество «уверенность в себе». Также студентами (31%) наибольшая оценка была дана качеству «умение эффективно действовать в стрессовых ситуациях», тогда как преподавателями и интернами данное качество было оценено в 29%.

Мыслительные качества

Наименьшую оценку среди мыслительных качеств получило «критическое мышление» (ВУЗ 2 – 80%) а среди респондентов ВУЗ 1 наименьшую оценку получило качество «творческий подход», который является также точкой соприкосновения обоих ВУЗов – 82 %.

Наибольшую значимость респонденты придают качеству «способность учиться» (ВУЗ 2 – 94%, ВУЗ 1 – 93%). Респонденты обоих ВУЗов наиболее важными среди мыслительных качеств также считают «способность учиться» (ВУЗ 2 – 94%, ВУЗ 1 – 93%), «логическое рассуждение» (93%), а также «способность к анализу и синтезу» (ВУЗ 2 – 92%, ВУЗ 1 – 89%).

Оценка результатов анкетирования на основании определения процентной доли мыслительных качеств выявил также существенную разницу в показателях значимости качества между преподавателями, студентами и интернами (рисунок 5). Из рисунка 5 видно, что при оценке

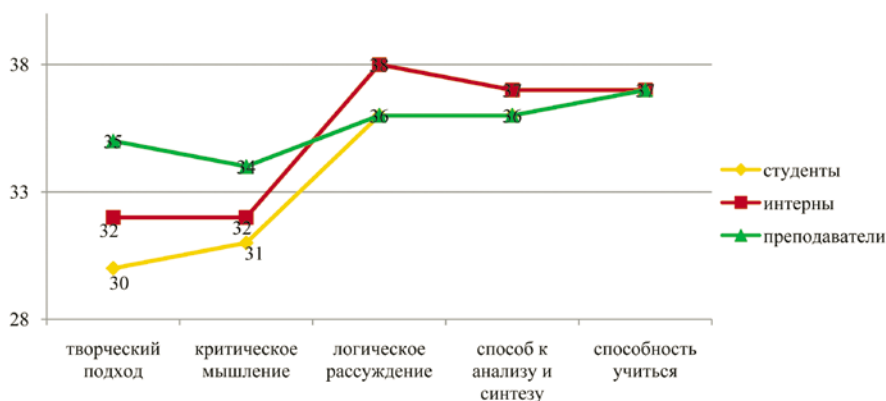


Рисунок 5 – Распределение результатов оценки мыслительных качеств между преподавателями, студентами и интернами

мыслительных качеств точкой соприкосновения 3 определенных групп явилось качество «способность учиться» - 37%. В целом интерны высоко оценивают важность качества «логическое рассуждение» - 38%, «способность к анализу и синтезу» - 37%. В то же время наименьшая оценка среди интернов (32%) и студентов (30%, 31%) отдана качеству «творческий подход» и «критическое мышление». У преподавателей наименьшую оценку получило качество «критическое мышление» - 34%. В целом анализ результатов оценок, как между респондентами, так и ВУЗами показывает, что среди мыслительных качеств наиболее значимыми они считают «способность учиться» и «логическое рассуждение».

Таким образом, полученные нами результаты оценки профессиональных ценностей респондентами двух пилотных ВУЗов по шести важным качествам, необходимых для медицинского работника позволяет сделать следующие выводы:

- среди личных качеств респондентами высоко оценивается качество «способность выражать свои мысли», в то время как менее значимым определены «скромность», «способность работать самостоятельно»;
- среди межличностных и коммуникативных навыков респондентами выделены такие качества как «умение обмениваться информацией», «умение советоваться», а также «коллегиальное отношение к старшим» и «умение поддерживать конфиденциальность». Менее значимыми посчитали для профессиональных ценностей качества «способность работать в междисциплинарной команде» и «критические и самокритические качества»;
- если среди моральных и этических качеств наибольшую оценку получили такие качества как «профессиональное чувство долга и ответственность», «честность и порядочность», то наименьшее значение было определено качеству «способность к состраданию»;
- такие лидерские качества как «планирование и принятие решений», «уверенность в себе» и «умение эффективно действовать в стрессовых ситуациях» определены значимыми для

медицинского работника, тогда как наименее значимыми определены «стремление к успеху» (преподаватели и интерны) и «умение отличать главное от второстепенного» (студенты);

• среди всего перечня мыслительных качеств респондентами предпочтение даются таким качествам, как «логическое рассуждение» и «способность учиться» тогда, как самая низкая оценка определена качеству «критическое мышление».

Таким образом, полученные результаты оценки качеств позволили определить следующие наиболее значимые качества для медицинского работника, которые представляют систему ценностей двух пилотных ВУЗов:

- личные качества – «способность выражать свои мысли», «наблюдательность», «любопытность и терпение», «способность работать самостоятельно», «зрелость суждений»;
- межличностные и коммуникативные навыки – «умение советоваться», «коллегиальное отношение к старшим», «умение обмениваться информацией», «умение поддерживать конфиденциальность»;
- моральные и этические качества – «профессиональное чувство долга и ответственность», «честность и порядочность», «этический подход»;
- лидерские качества – «планирование и принятие решений», «уверенность в себе», «умение действовать в стрессовых ситуациях»;
- мыслительные качества – «способность учиться», «логическое рассуждение».

Полученные результаты исследования могут использоваться (учитываться) при составлении вопросов интервью и ситуационных заданий, для станций ММИ, а также при составлении вопросов для процесса стандартизированного собеседования учитывающие специфику отдельно взятого медицинского университета.

Проведенное исследование является предпосылкой эффективного построения процесса отбора и приема граждан в медицинские ВУЗы Республики Казахстан на основе определения некогнитивных способностей.

Источники:

1. Приказ и.о. министра здравоохранения РК от 12 августа 2011 года № 534 «Об утверждении Концепции развития медицинского и фармацевтического образования РК на 2011-2015 годы».
2. Eva, K.W.; Reiter, H.I.; Rosenfeld, J.; Norman G.R. An admissions OSCE: the multiple miniinterview. Medical Education. 2004, 38, 314-326 p.
3. Льюис Томалти. Отчет В – 2.2 Руководство по подготовке интервьюеров и процедур проведения интервью. 2011. – 11 с.
4. Льюис Томалти. Отчет В – 2.3 Рекомендации по законодательным и нормативным актам, связанным с реформой по приему граждан в организации высшего медицинского образования. 2011. – 2 с.
5. Kumar K, Roberts C, Rothnie I, du Fresne C, & Walton M. (2009). Experiences of the multiple mini-interview a qualitative analysis.

- Medical Education 43: 360-367 p.
6. Edwards JC, Johnson EK, Molidor JB. (1990) The interview process in selecting students for admissions to U.S. medical schools. Journal of Medical Education. 65: 167-177 p.
7. SMD Admissions. (2006) Manual for Interviews: Admissions, Undergraduate Medical Program Michael G. DeGroot School of Medicine. [Retrieved from: http://fhs.mcmaster.ca/mdprog/documents/Manual_for_Interviewers_2006.pdf] McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada.
8. Rosenfeld JM, Reiter HI, Trinh K, & Eva KW. (2008) A cost efficiency comparison between the multiple mini-interview and traditional admissions interviews. Advances in Health Sciences Education (2008) 13: 43-58 p.
9. Michael G. DeGroot. Руководство по Интервью: Прием, Программа медицинского образования до-дипломного уровня Медицинский ВУЗ.
10. Games Wayne. Medical School Multiple Mini Interview: secrets for Success. 2009. – 105 p.
11. Eva, K.W.; Reiter, H.I.; Rosenfeld, J.; Norman G.R. An admissions OSCE: the multiple miniinterview. Medical Education. 2004. №38. – P 314-326.
12. Edwards, J.C.; Johnson, E.K.; Molidor J.B. The interview in the admission process. Academic Medicine. 1990, 65, 167–75 p.
13. Kreiter, C.D.; Yin, P.; Solow, C.; Brennan, R.L. Investigating the reliability of the medical school admissions interview. Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2004, 9(2). P 147-59.
14. Толстова Ю.Н. Теория измерений в социологии. М.: ИНФРА-М, 1998. – 224 с.

Терекулова А. К.

Главный эксперт Управления Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности МЗ РК

О РАЗВИТИИ ИНСТИТУТА НЕЗАВИСИМЫХ ЭКСПЕРТОВ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Аталуы: Денсаулық сақтау саласында тәуелсіз сарапшы институтын дамыту туралы.

Автор: Терекулова А. К., Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Медициналық және фармацевтикалық қызметті бақылау комитетінің бас сарапшысы.

Түйіндеме: Тәуелсіз сарапшылар көмегімен медициналық көмек көрсету сапасын мемлекеттік қадағалау жүйесін құру 2004 жылғы Мемлекет басшысының Қазақстан халқына жолдамасында анықталған. Мемлекет басшысының аманатына сәйкес 2004 жылдың желтоқсан айында денсаулық сақтау саласында қадағалау және бақылау қызметтерін атқаратын Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің медициналық көмекті бақылау комитеті құрылды.

Title: Development of independent experts' institute in health care system.

Authors: Tyrekulova A.K., chief expert of control committee for medical and pharmaceutical activity of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan.

Abstract: Creation of the state medical services quality control system with the assistance of independent experts was defined in the message of the country Head to Kazakhstan people in 2004. According to this order of the Head, control committee for medical activity of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan was established in December in 2004, which has supervising and control functions in health.

Создание системы государственного контроля за качеством медицинских услуг при участии независимых экспертов было определено в послании Главы государства народу Казахстана 2004 года. В соответствии с данным поручением Главы государства в декабре 2004 года был создан Комитет по контролю за качеством медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан, наделенный надзорными и контрольными функциями в области здравоохранения.

Обеспечение прозрачности и объективности экспертизы деятельности субъектов здравоохранения потребовало участия в проведении контроля независимых экспертов. Институт независимых экспертов в области здравоохранения в нашей

республике начал свою историю с 2007 года, когда получили свидетельства об аккредитации на право осуществления независимой оценки деятельности субъектов здравоохранения первые независимые эксперты в области здравоохранения.

Была создана База данных независимых экспертов, содержащая необходимые сведения о каждом независимом эксперте, включая его специальность, стаж работы, наличие квалификационной категории, ученую степень, а также опыт в проведении независимой экспертизы деятельности субъектов здравоохранения. База данных независимых экспертов в области здравоохранения размещена на Веб-сайте Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

Для претендентов на получение свидетельства об аккредитации установлены определенные требования. Во-первых, чтобы претендовать на получение статуса независимого эксперта, необходимо иметь стаж работы в практическом здравоохранении не менее 7 лет по специальности. Во-вторых, обязательно наличие первой или высшей квалификационной категории. В-третьих, претендент должен пройти курсы о повышении квалификации по вопросам проведения экспертизы или по основам экспертной деятельности. Также поощряется наличие у претендента ученой степени.

Аккредитацию независимых экспертов в настоящее время проводит Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности на основе комплексной оценки их квалификации путем конкурсного отбора претендентов. Претенденты проходят на первом этапе тестирование, на втором этапе собеседование. Аккредитующий орган может отказать претенденту в получении свидетельства об аккредитации при наличии обоснованных жалоб на деятельность претендента.

За период работы независимых экспертов накопился определенный опыт, и появилась тенденция к развитию в данной области. В ноябре 2011 года постановлением Правительства Республики Казахстан были утверждены Правила привлечения независимых экспертов в области здравоохранения. В настоящее время практически во всех регионах республики созданы и функционируют ассоциации независимых экспертов.

Согласно Правилам привлечения независимых экспертов, Комитет и/или его территориальный департамент ежегодно осуществляют государственные закупки услуг по проведению независимой экспертизы в области здравоохранения. Причем в государственных закупках могут участвовать как физические лица, то есть непосредственно сами независимые эксперты, так и юридические лица или ассоциации независимых экспертов. Однако, опыт нескольких лет показал, что претендентами на оказание услуг по независимой экспертизе выступают только ассоциации независимых экспертов. По результатам конкурса Комитет и/или территориальный департамент заключают договор с ассоциацией независимых экспертов на оказание услуг по проведению независимой экспертизы. С развитием института независимых экспертов, сфера

привлечения независимых экспертов в области здравоохранения стала более обширной.

Независимые эксперты в области здравоохранения привлекаются Комитетом контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства:

- к проведению проверок деятельности медицинских организаций;
- к проведению аккредитации медицинских организаций;
- при проведении квалификационных экзаменов в области здравоохранения.

Независимые эксперты к экспертизе привлекаются с учетом его основной медицинской специальности. Без привлечения независимых экспертов на сегодняшний день не обходится ни одна экспертиза случая материнской и младенческой смертности. Кроме того, независимые эксперты привлекаются при проведении экспертиз деятельности медицинских организаций по обращению граждан на некачественное оказание медицинской помощи. Независимый эксперт при оценке деятельности субъекта здравоохранения определяет соответствие предоставляемых медицинской организацией услуг, установленным стандартам в области здравоохранения.

По результатам проведенной экспертизы качества оказания медицинской помощи, независимый эксперт составляет экспертное заключение, в котором отражает свое мнение и дает четкие и мотивированные ответы по всем поставленным перед ним вопросам. Согласно Правилам привлечения независимых экспертов в области здравоохранения, независимый эксперт может участвовать в проведении проверки медицинской организации, как в составе комиссии Комитета, так и проводить экспертизу самостоятельно. Так как в большинстве своем независимые эксперты это – практикующие врачи, которые работают в тех же медицинских организациях, в целях недопущения конфликта интересов независимый эксперт не привлекается когда, проводится экспертиза деятельности субъекта здравоохранения, в которой он непосредственно работает. Также независимый эксперт не привлекается в тех случаях, когда затрагиваются интересы лиц, состоящих с ним в родственных или иных отношениях, в случаях, когда независимый эксперт может быть заинтересован в результатах проводимой экспертизы.

В целях соблюдения объективности и исключения возможности возникновения

конфликта интересов при экспертизе деятельности субъектов здравоохранения одного региона привлекаются независимые эксперты из других регионов, т.е. применяется перекрестный принцип. При возникновении спорных моментов, при проведении экспертизы деятельности медицинской организации, экспертное заключение независимого эксперта, является приоритетным.

Независимый эксперт несет персональную ответственность за экспертное заключение по результатам проведенной экспертизы. Так как при проведении экспертизы независимый эксперт работает с медицинской документацией, то есть имеет доступ к информации являющейся врачебной тайной, он отвечает за соблюдение конфиденциальности служебной информации, принципов профессиональной этики.

При проведении аккредитации субъектов здравоохранения, независимые эксперты привлекаются Комитетом для проведения оценки соответствия медицинской организации установленным критериям аккредитации. При проведении квалификационных экзаменов в области здравоохранения, независимые эксперты привлекаются для экспертизы аттестационных дел претендентов. По результатам экспертизы аттестационных дел независимый эксперт выносит заключение о соответствии претендентов предъявляемым требованиям.

Хочется отметить, что институт независимых экспертов был создан не только для работы с Комитетом, вместе с тем, опыт независимых экспертов могут использовать медицинские организации. К примеру, независимые эксперты могут привлекаться медицинскими организациями для оказания методической помощи при подготовке к процедуре аккредитации.

Независимые эксперты при желании могут привлекаться пациентами для проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи. Вместе с тем в последнее время услуги независимых экспертов в области здравоохранения становятся востребованными страховыми компаниями для проведения экспертизы при решении вопроса о необходимости оплаты по поводу страхового случая. Независимые эксперты могут привлекаться работодателями или работниками при возникновении трудовых споров по поводу документов о временной утрате трудоспособности работником.

Принимая во внимание, что институт независимых экспертов существует более 5 лет, в целях выявления, поддержания и поощрения высококвалифицированных, талантливых независимых экспертов, повышения их престижа, стимулирования инициативы и творческого потенциала, в 2012 году Комитетом было принято решение впервые включить номинацию «Лучший независимый эксперт» в конкурс «Лучший по профессии», проводимый ежегодно накануне профессионального праздника медицинского работника в июне месяце.

Документы на участие в конкурсе по номинации «Лучший независимый эксперт» были поданы со всех регионов республики. При оценке уровня квалификации независимого эксперта, учитывалось отсутствие или наличие факта обжалования результатов экспертиз, проведенных независимым экспертом.

На первом этапе отбора конкурсантов было проведено тестирование. Участники конкурса подготовили видеоролики, наглядно демонстрирующие их опыт и навыки, в первую очередь, в области проведения независимой экспертизы. По результатам конкурса, специально созданной комиссией, были отобраны достойные номинанты на звание «Лучший независимый эксперт». Что, несомненно, доказывает, высокий уровень развития института независимых экспертов и подчеркивает значимость и весомость независимой экспертизы при проведении государственного контроля в сфере оказания медицинских услуг.

В настоящее время в системе контроля в сфере оказания медицинских услуг институт независимых экспертов занял свои прочные позиции и роль его трудно переоценить. Удельный вес проверок, проводимых Комитетом с привлечением независимых экспертов, составляет на сегодня порядка 40%. Наиболее часто привлекаются независимые эксперты: акушеры-гинекологи, педиатры, терапевты и хирурги.

За весь период, начиная с 2007 года были аккредитованы в общей сложности 1114 экспертов. На сегодняшний день количество аккредитованных независимых экспертов составляет 946. Количество аккредитованных независимых экспертов в разрезе регионов республики приведены в таблице.

Изучая опыт независимой экспертизы в области здравоохранения в соседней Российской Федерации, следует отметить следующее. Независимая экспертиза

Таблица 1 – Количество аккредитованных независимых экспертов

Наименование региона	Количество аккредитованных независимых экспертов по состоянию на 08.10.2012 г.
Акмолинская область	61
Актюбинская область	80
Алматинская область	59
г. Алматы	58
г. Астана	127
Атырауская область	28
Восточно-Казахстанская область	89
Жамбылская область	92
Западно-Казахстанская область	6
Карагандинская область	95
Костанайская область	32
Кызылординская область	5
Мангистауская область	25
Павлодарская область	68
Северо-Казахстанская область	29
Южно-Казахстанская область	92
Всего	946

качества медицинских услуг в РФ применяется преимущественно для решения медицинских конфликтов в гражданских и уголовных судопроизводствах. При этом, экспертиза носит не только медицинский, но и юридический характер. Проводят независимую экспертизу сертифицированные независимые эксперты (имеющие специальность по организации здравоохранения и общественному здоровью), состоящие в Общественных объединениях. Услугами независимых экспертов пользуются как отдельные граждане для решения медицинских конфликтов, так и лечебно-профилактические учреждения, страховые медицинские организации, работающие в системе добровольного медицинского страхования, туристические компании (по вопросам медицинского страхования).

Экспертные заключения независимых экспертов востребованы процессуально в гражданских и уголовных судопроизводствах в виде судебной экспертизы качества медицинской помощи, включающей в себя медико-юридический анализ лечебно-диагностического процесса.

Кроме того, услугами независимых экспертов пользуются организации частной системы здравоохранения в целях повышения эффективности организации их работы, профилактики нарушений действующего законодательства, профилактики конфликтных ситуаций с пациентами, для подготовки к проверке государственными контролирующими органами.

В республике Казахстан институт независимых экспертов был создан как второй уровень системы управления качеством.

В рамках совершенствования независимой экспертизы на базе АГИУВ, РЦРЗ и медицинских ВУЗов были открыты курсы повышения квалификации по вопросам экспертной деятельности. За 2011 год и истекший период 2012 года на указанных курсах уже обучено 873 специалиста практического здравоохранения. В 2012 году дополнительно аккредитованы 88 независимых экспертов.

В настоящее время практически во всех регионах работают Ассоциации независимых экспертов. Наиболее крупные ассоциации создают филиалы в других регионах республики. Помимо ассоциаций независимых экспертов в настоящее время Комитетом активно привлекаются к внешнему контролю неправительственные организации. Впервые с 2011 года Комитетом с участием НПО реализуются социальные проекты. В 2012 с привлечением общественного объединения «Ардагер» реализуется проект «Изучение причин и предупреждение возникновения жалоб населения на качество оказания медицинских услуг и лекарственное обеспечение».

С 2011 года при Министерстве здравоохранения и в регионах при акиматах работают Общественные советы по защите прав пациентов призванные решать в оперативном порядке проблемные вопросы по качеству оказания медицинских услуг.

В составе Общественных советов состоят представители политических партий, профессиональных союзов, общественных объединений, медицинских организаций.

В перспективе планируется развивать внешнюю экспертизу качества медицинских услуг при участии профессиональных союзов, страховых компаний, общественных советов по защите прав пациентов и других НПО. Комитетом ежегодно увеличиваются количество проверок проводимых с привлечением независимых экспертов, а также расширяется область привлечения независимых экспертов.

Независимые эксперты будут обладать

широкими полномочиями при проведении аккредитации организаций здравоохранения, квалификационных экзаменов в области здравоохранения, а также внешней экспертизы качества медицинских услуг. Кроме того, независимые эксперты будут востребованы при проведении экспертиз страховыми компаниями, организациями здравоохранения, частными клиниками, а также отдельными гражданами. Таким образом, во взаимосвязи и взаимодействии государственного контроля и независимой экспертизы в области здравоохранения обеспечивается единая система контроля в сфере оказания медицинских услуг.

МЕДИЦИНАЛЫҚ ҒЫЛЫМ / МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА

Койков В.В.

Руководитель Центра научных исследований, экспертизы и инновационной деятельности в здравоохранении РЦРЗ МЗ РК

Граф М.А.

Начальник отдела развития научной и инновационной деятельности в здравоохранении РЦРЗ МЗ РК

РОЛЬ «KEY PERFORMANCE INDICATORS (KPI)» КАК ИНСТРУМЕНТА ОЦЕНКИ ДОСТИЖЕНИЯ СТРАТЕГИЧЕСКИХ ЦЕЛЕЙ В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ

Аталуы: Медициналық ғылым жүйесінде стратегиялық нәтижелерге жетуді бағалау аспабы ретінде "Key Performance Indicators(KPI)" рөлі.

Авторлар: Койков В.В., РДСДО-ның денсаулық сақтаудағы ғылыми зерттеулер, сараптама және инновациялық істер орталығының жетекшісі; Граф М.А., РДСДО-ның ғылыми және инновациялық істерді дамыту бөлімінің басшысы.

Түйіндемесі: Зерттеудің мақсаты ҚР-ның 2008-2012 жылдардағы медициналық ғылымын реформалау концепциясының КРІ-ды реализациялау динамикасының анализі. Алынған нәтижелер сандық, сапалық және айтылмыш стратегиялық құжатты реализациялау нәтижелілігінің көпшілік көрсеткіштерінің тиянақты серпінділігін көрсетуде. Ең байыпты өзгерістер жүзеге асырылған ғылыми бағдарламаларының саны, медициналық ғылымды ұйымдастырудағы ғылыми-зерттеу және ғылыми-баспагер қызметінің азықтылығы, халықаралық рецензияланған басылымдарындағы ғылыми публикациялардың саны (peer - reviewed), ғылыми кадрлардың ғылыми зерттеу менеджментіне оқытылу және халықаралық конференция жұмысына қатысу деңгейі, қызметкерлердің білім беру процессіне және практикалық денсаулық сақтау мамандарының ғылыми продукцияны дайындау үрдістеріне қатысу деңгейі сияқты индикаторларында байқалады.

Article title: The role of «key performance indicators (KPI)» as a tool to assess the achievement of the strategic objectives in the field of medical science

Authors: Koikov V.V., Head of Center for scientific research, expertise and development of innovations in health care of RCHD; Graf M.A., Head of Division of the science and innovation development in health care of RCHD.

Abstract: The purpose of this study was to analyze the KPI dynamics for implementation of the Concept of medical science reform in RK for 2008 – 2012. The results indicate the dynamics of most reliable indicators of quantity, quality and effectiveness of the implementation of this strategic document. The most significant changes are noted for such indicators as the number of research programs, productivity of research and scientific publishing of the research organizations, number of scientific publications in international peer-reviewed (peer-reviewed) journals, level of training of scientific personnel management research and participation in the international conferences, number of established associations and level of participation in academics, as well as indicators of the level of involvement of researchers in the educational process and provide expertise in the development of practical public health research output.

Повышение эффективности реализации стратегических и программных документов, принимаемых на уровне государства, отдельной отрасли или организации и определяющих цели и задачи развития на долго-, средне- или краткосрочные периоды, является одной из актуальнейших проблем для Республики Казахстан. Амбициозные цели, стоящие перед нашим государством, требуют использования эффективных инструментов в сфере управления и на уровне отдельных

отраслей и на уровне организаций. К числу таких инструментов относится использование четких и информативных систем оценки – индикаторов и показателей, помогающих определить достижение поставленных целей и задач, оценить текущее состояние и помочь в реализации существующих планов и стратегий [1].

К числу таких систем оценки относятся Ключевые показатели эффективности (результата деятельности) – Key Performance Indicators (KPI). С помощью

подбора КРІ можно оценить эффективность выполняемых действий на отдельных уровнях реализации стратегии - на уровне всей отрасли, конкретной организации, ее отдельных подразделений и даже индивидуальных работников [2].

С помощью системы КРІ можно не только контролировать и оценивать эффективность выполняемых действий, но и принимать обоснованные управленческие решения. При этом разрабатываемая система КРІ должна соответствовать определенным требованиям: каждый показатель (индикатор) должен быть четко определен и измерим, достижим и реалистичен, стимулировать к улучшению работы системы (организации, подразделений, сотрудников) и находиться в сфере ответственности тех организаций, подразделений, сотрудников, которые

подвергаются оценке.

Без применения КРІ в современных условиях не обходиться практически ни один стратегический документ – наличие систем оценки в форме набора целевых индикаторов является обязательным условием разработки стратегических планов государственных органов, отраслевых Государственных программ, Концепций развития определенной сферы [3, 4]. В этой связи для разработчиков стратегических документов любого уровня и направленности особую актуальность приобретает выбор инструментов оценки достижения конечного результата на основе общепринятых принципов разработки КРІ.

С проблемой разработки индикаторов оценки достижения конечного результата столкнулось в своё время и

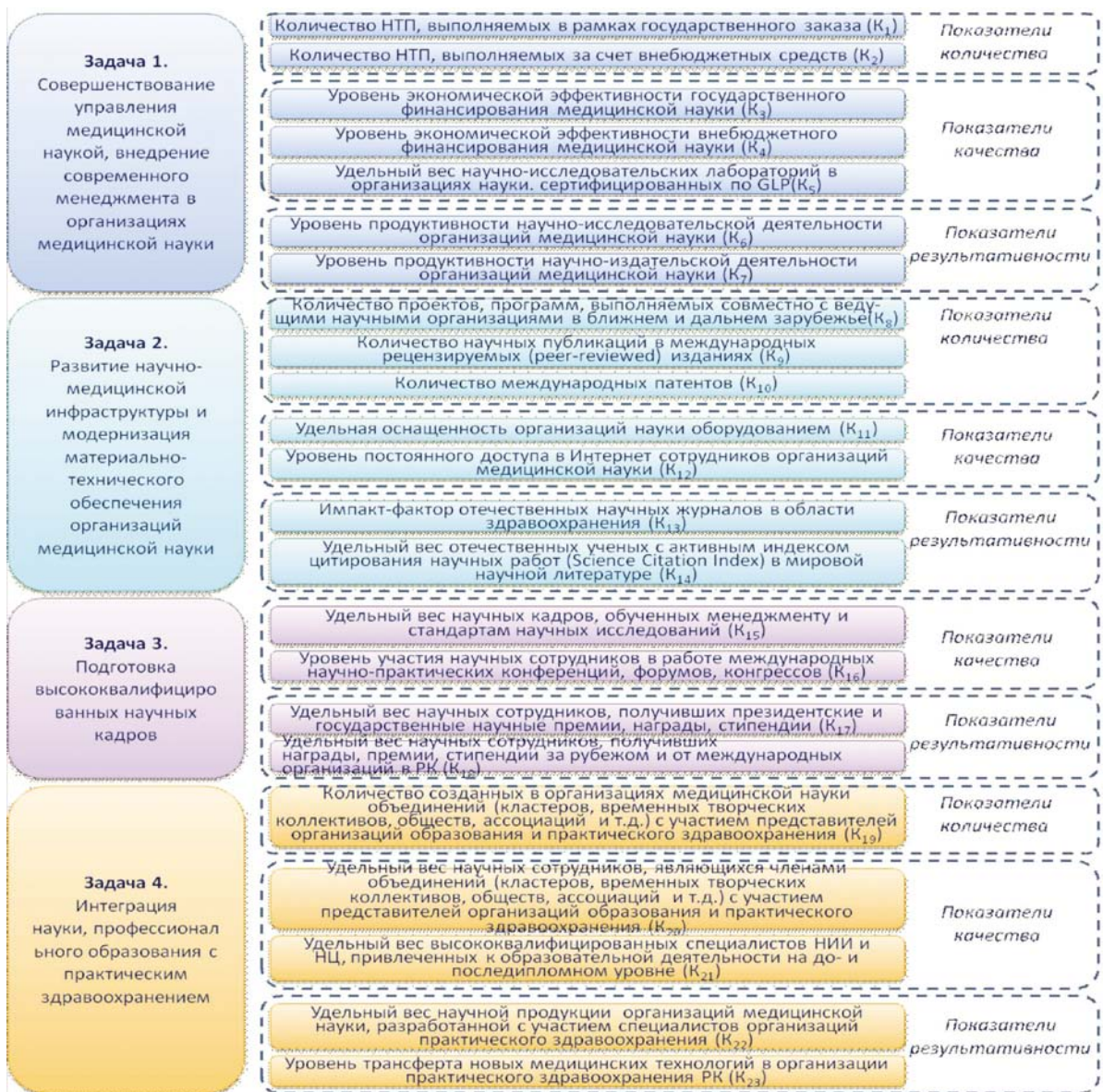


Рисунок 1 – КРІ реализации Концепции реформирования медицинской науки РК

Министерство здравоохранения РК, утвердившее Концепцию реформирования медицинской науки РК на 2008-2012 годы. В рамках госзаказа МЗ РК Национальным медицинским холдингом в 2008 году было проведено исследование «Научное обоснование выбора индикаторов реализации Концепции реформирования медицинской науки Республики Казахстан» и предложено 46 индикаторов, в т.ч. показателей количества, показателей качества и показателей результативности для оценки реализации целей и задач Концепции на уровне организаций медицинской науки. Основная цель выбора данных индикаторов заключалась в том, чтобы предоставить

в распоряжение органов управления медицинской наукой и научного сообщества небольшой простой в использовании набор важнейших показателей, достоверно отражающих текущее состояние развития медицинской науки, при этом выбор соответствующих индикаторов был тесно связан с возможностью их адекватного представления.

Из спектра предложенных индикаторов МЗ РК выбрало 23 индикатора, которые на протяжении последних 5 лет использовались как инструмент регулярного (каждое полугодие) мониторинга эффективности реализации Концепции (рисунок 1).

Опыт использования системы

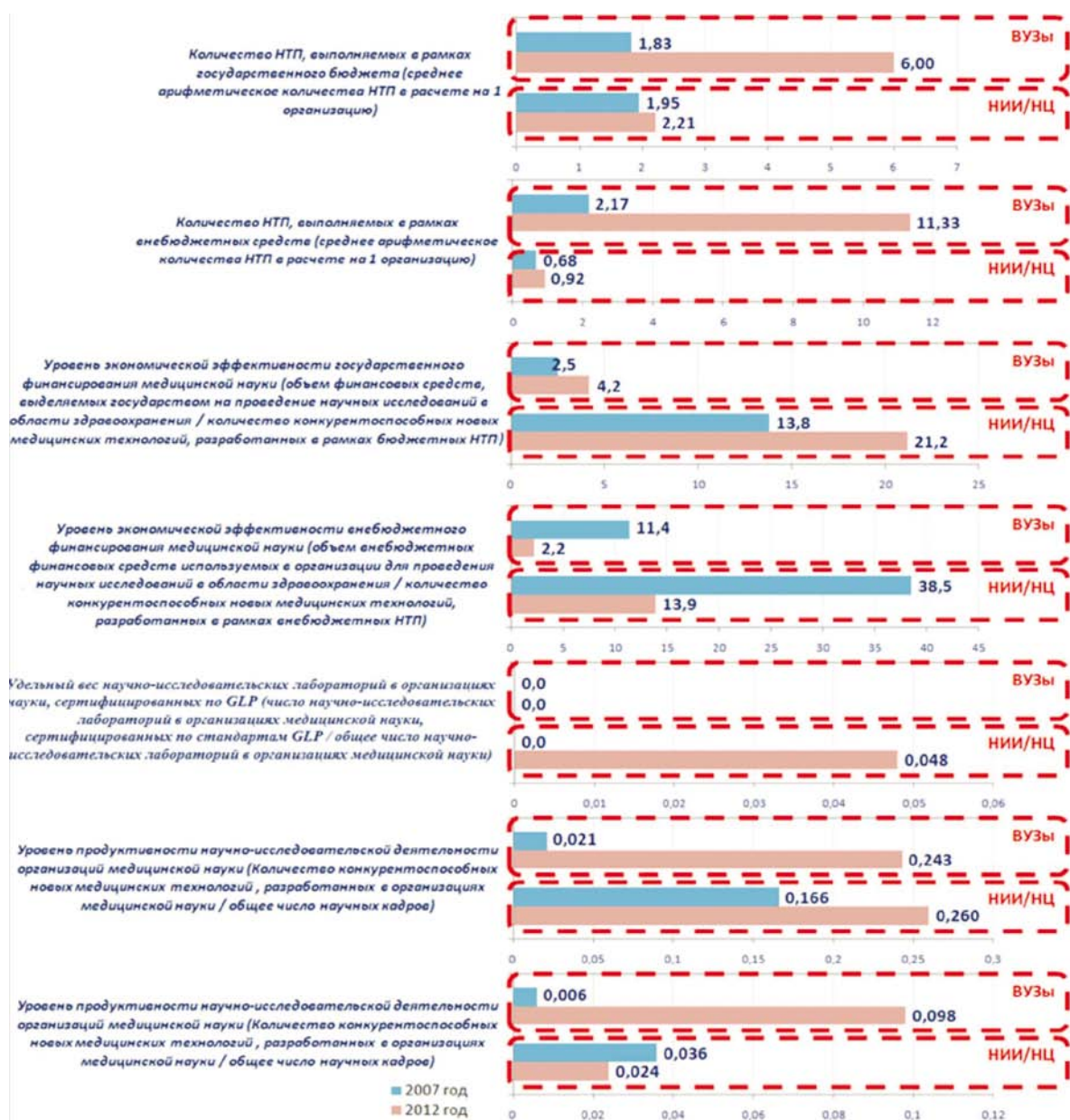


Рисунок 2 – КРП реализации задачи «Совершенствование управления медицинской наукой, внедрение современного менеджмента в организациях медицинской науки»

индикаторов реализации Концепции реформирования медицинской науки РК позволил обеспечить МЗ РК реальным и действенным инструментом мониторинга результативности мероприятий по реформированию отраслевой науки. Данный мониторинг осуществлялся уполномоченным органом каждые полгода и лег в основу ранжирования организаций медицинской науки по вкладу в реализацию Концепции и формирования рейтинга научных организаций и ВУЗов.

Завершение реализации Концепции требует подведения ее итогов и оценки степени достижения поставленных задач на уровне организаций медицинской науки, а также выявления в используемой системе КРІ наиболее действенных и информативных показателей. В этой связи целью настоящего исследования явился анализ динамики индикаторов реализации Концепции реформирования медицинской науки РК за годы ее реализации – с 2007 года, предшествующего реализации Концепции, по 2012 год.

Изучалась динамика каждого показателя в его среднем выражении отдельно для медицинских ВУЗов (6 организаций) и НИИ/НЦ (22 организации в 2007 году и 24 организации в 2012 году). Определяли среднюю арифметическую величину показателя в каждой группе (X), среднее квадратичное отклонение (Δ), ошибку средней арифметической (m). Достоверность различий оценивали непараметрическим методом по критерию Мана-Уитни. Методом корреляционного анализа определяли наличие связи (коэффициент корреляции (r) между полученными показателями), силу связи и достоверность коэффициента корреляции.

Результаты проведенного анализа указывают на достоверный рост средних значений большинства индикаторов реализации Концепции, при этом для ВУЗов и НИИ/НЦ степень роста каждого показателя имеет различную динамику.

Динамика КРІ реализации задачи «Совершенствование управления медицинской наукой, внедрение современного менеджмента в организациях медицинской науки» представлена на рисунке 2.

Количество научно-технических программ (НТП), выполняемых в рамках государственного (грантового и программно-целевого) финансирования в расчете на одну организацию, в НИИ/НЦ с 2007 года возросло на 13%, в ВУЗах данный показатель увеличился в 3,27 раза ($p \leq 0,05$), составив

в 2012 году в среднем 6 НТП в расчете на одну организацию. Во многом это связано с расширением участия ВУЗов в конкурсах на грантовое финансирование, а также их включением в реализацию целевых НТП в качестве соисполнителя.

Количество НТП, выполняемых за счет внебюджетных средств, в НИИ/НЦ возросло на 35,3%, в ВУЗах данный показатель увеличился в 5,2 раза ($p \leq 0,01$), составив в среднем 11 НТП в расчете на одну организацию. Рост объема внебюджетных НТП во многом связан с развитием практики выполнения в ВУЗах инициативных научных исследований, финансируемых администрацией из собственных средств организации, полученных в том числе от оказания платных услуг.

За прошедшие годы отмечается неоднозначная динамика показателей уровня экономической эффективности финансирования медицинской науки: для государственного финансирования отмечается увеличение средней стоимости одной медицинской технологии, разработанной в рамках НТП – в ВУЗах на 68%, в НИИ/НЦ на 53,6%. Данная динамика, по-видимому, связана с повышением требований к разрабатываемой новой продукции (методическим рекомендациям, монографиям, технологиям, внедряемым в практику здравоохранения). Для внебюджетного финансирования отмечается снижение средней стоимости одной медицинской технологии, разработанной в рамках НТП – в ВУЗах на 81,7%, в НИИ/НЦ на 65,9% ($p \leq 0,05$), что указывает на увеличение продуктивности исследований, проводимых в рамках внебюджетных НИР.

Показатель «Удельный вес научно-исследовательских лабораторий, сертифицированных по GLP» для большинства организаций так и остался неизменным (равным 0), поскольку из 30 организаций, явившихся объектом мониторинга лишь в трех организациях была обеспечена сертификация лабораторий по GLP стандарту – всего к настоящему времени 3 лаборатории имеют сертификат соответствия GLP. Причины столь низкой динамики данного показателя связаны с недостаточной оснащенностью исследовательских лабораторий необходимым оборудованием и помещениями.

Уровень продуктивности научно-исследовательской деятельности сотрудников НИИ/НЦ увеличился на 56,6%, в ВУЗах данный показатель увеличился в 11,6 раза ($p \leq 0,01$), составив в 2012 году в среднем

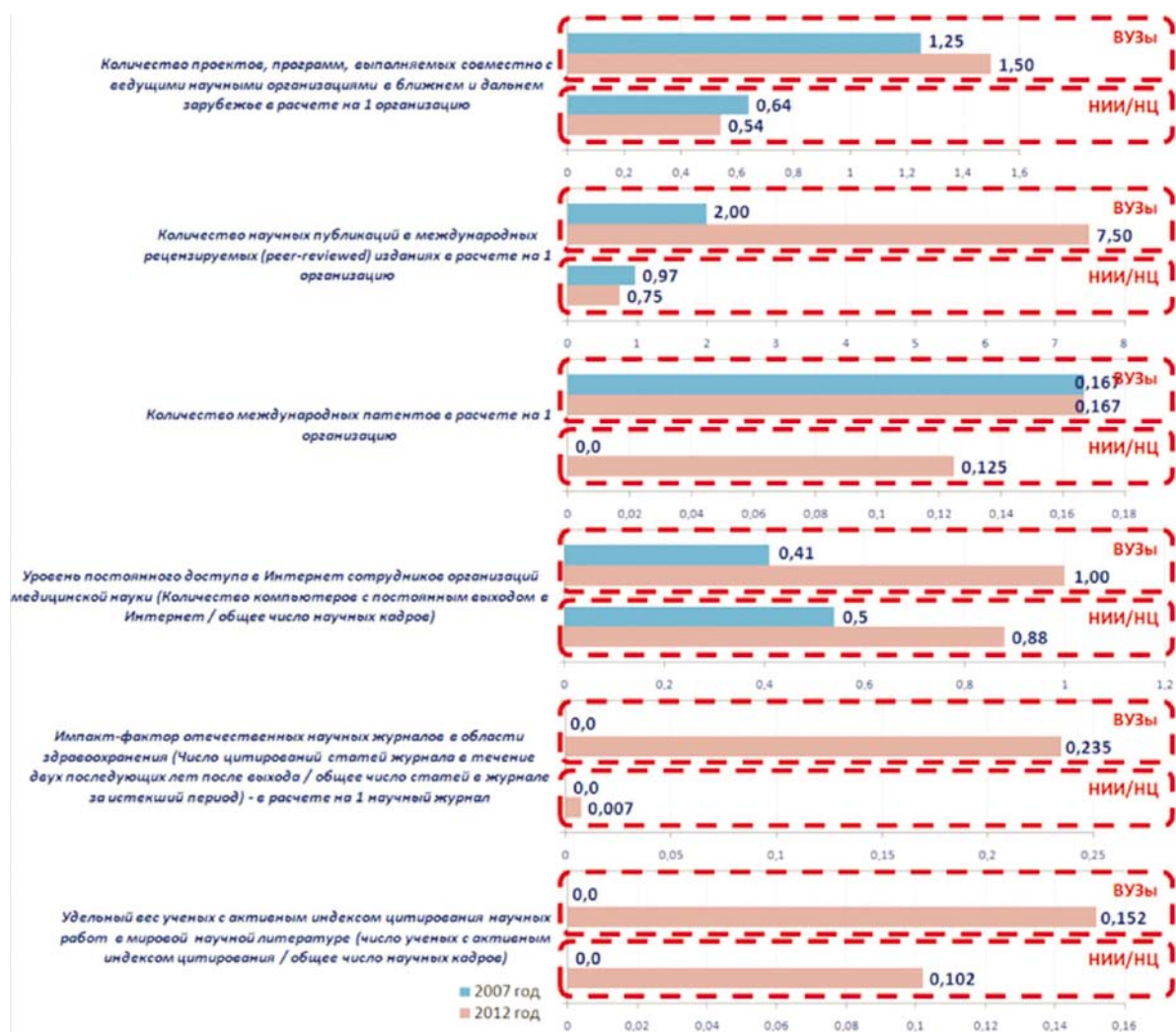


Рисунок 3 – КРІ реализации задачи «Развитие научно-медицинской инфраструктуры и модернизация материально-технического обеспечения организаций медицинской науки»

0,243 медицинских технологий в расчете на одного научного работника. Уровень продуктивности научно-издательской деятельности сотрудников НИИ/НЦ снизился на 33,3%, что, по-видимому, связано не со снижением публикационной активности сотрудников данных организаций, а с изменением требований к публикациям, учитываемым в данном показателе: если в 2007 году при мониторинге учитывались все публикации в зарубежных журналах, то к 2012 году учитывались, лишь зарубежные публикации в журналах, индексируемых в международных базах данных и имеющих импакт-фактор. В ВУЗах данный показатель увеличился в 16,3 раза ($p \leq 0,01$), составив в среднем 0,098 статьи в международных рецензируемых (peer-reviewed) изданиях в расчете на одного научного работника.

Динамика КРІ реализации задачи «Развитие научно-медицинской инфраструктуры и модернизация материально-технического обеспечения организаций

медицинской науки» представлена на рисунке 3.

Количество проектов, программ, выполняемых научными организациями совместно с ведущими научными центрами в ближнем и дальнем зарубежье в расчете на 1 организацию за годы реализации Концепции существенно не изменилось и положительная динамика – увеличение на 20% – отмечается лишь в медицинских ВУЗах.

Значительное увеличение количества научных публикаций в международных рецензируемых (peer-reviewed) изданиях в расчете на 1 организацию отмечается также лишь в медицинских ВУЗах – в 3,75 раза ($p \leq 0,01$), что, по-видимому, связано с реализацией программ PhD докторантуры, в рамках которых наличие у докторанта публикаций в рецензируемых журналах с импакт-фактором является обязательным условием.

Количество международных патентов,

полученных научными организациями и их сотрудниками, продолжает оставаться низким и в 2012 году составило лишь 4 патента (в 2007 году – данный показатель был равен 1).

Показатель удельной оснащенности организаций науки оборудованием за годы реализации концепции существенных и достоверных изменений не претерпел и его положительная динамика четко отмечается лишь в двух медицинских университетах – Казахском национальном медицинском университете и Карагандинском государственном медицинском университете, на базе которых созданы лаборатории коллективного пользования, а также во введенных в эксплуатацию за последние годы научных центрах Национального медицинского холдинга.

Уровень постоянного доступа в Интернет сотрудников организаций медицинской науки в медицинских ВУЗах увеличился в 2,4 раза ($p \leq 0,01$), достигнув

100%-го доступа для всех сотрудников, в НИИ/НЦ данный показатель увеличился на 76% ($p \leq 0,01$).

Импакт-фактор отечественных научных журналов в области здравоохранения, рассчитываемый Национальным центром научно-технической информации по цитированиям в казахстанских научных изданиях, с нулевого значения в 2007 году достиг к 2012 году в ВУЗах 0,235 (усредненный показатель по всем научным журналам, выпускаемым в ВУЗах), в НИИ/НЦ – 0,007.

Удельный вес ученых с активным индексом цитирования научных работ в мировой научной литературе за годы реализации Концепции также изменился с нулевого значения до 15,2% научных сотрудников в медицинских ВУЗах и 10,2% в НИИ/НЦ.

Динамика КРІ реализации задачи «Подготовка высококвалифицированных научных кадров» представлена на рисунке 4.

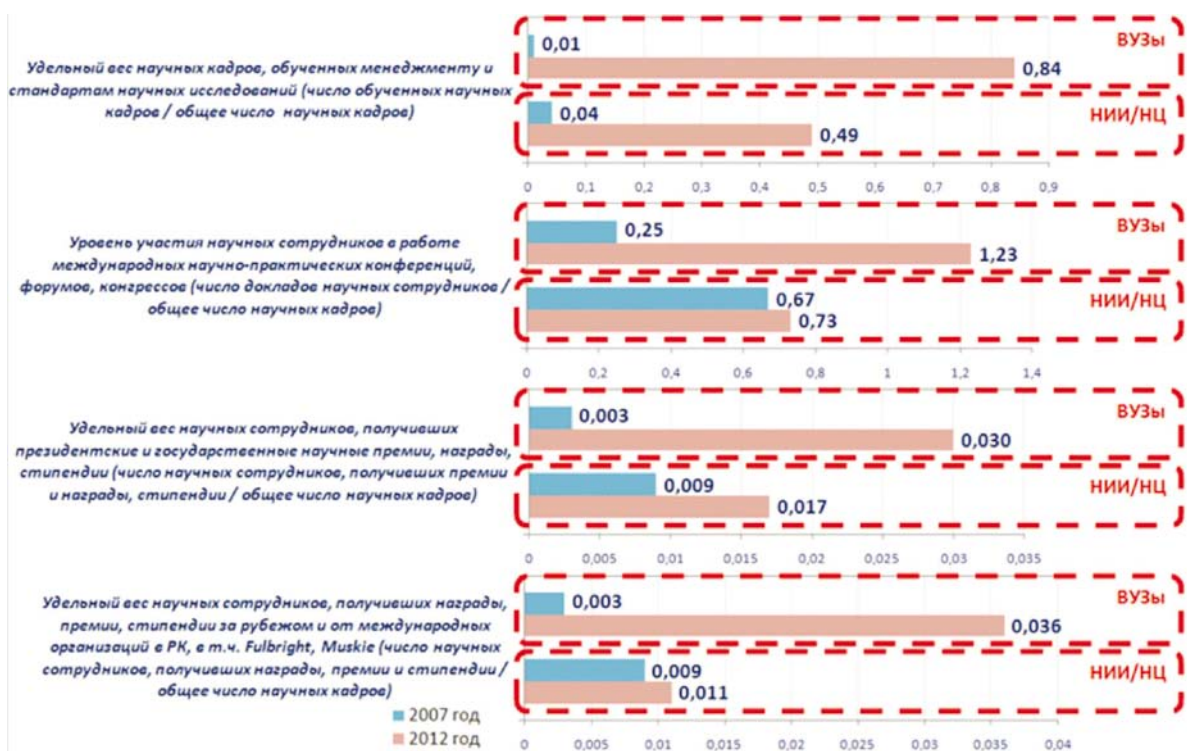


Рисунок 4 – КРІ реализации задачи «Подготовка высококвалифицированных научных кадров»

За годы реализации Концепции существенно вырос удельный вес научных кадров, обученных менеджменту и стандартам научных исследований – в ВУЗах с 1% до 84% ($p \leq 0,01$), в НИИ/НЦ с 4% до 49% ($p \leq 0,01$). Рост обученности научных работников по вопросам менеджмента научных исследований был обеспечен как за счет обучения казахстанских специалистов в

ведущих университетах США и Канады, так и за счет мастер-классов, проводимых в РК с приглашением зарубежных специалистов, а также за счет обучения научных сотрудников на базе научных центров РК (ВШОЗ и РЦРЗ), ставших образовательными площадками по вопросам методологии научных исследований.

Значительный рос уровня участия

научных сотрудников в работе международных научно-практических конференций, форумов, конгрессов отмечается для ВУЗов – в 4,9 раза ($p \leq 0,01$), в НИИ/НЦ данный показатель увеличился лишь на 8,9%.

Удельный вес научных сотрудников, получивших президентские и государственные научные премии, награды, стипендии, увеличился в ВУЗах в 10 раз ($p \leq 0,01$) – с 0,3% до 3%, в НИИ/НЦ – на 88,9% ($p \leq 0,01$).

Удельный вес научных сотрудников, получивших награды, премии, стипендии за рубежом и от международных организаций в РК, в т.ч. Fulbright, Muskie, увеличился в ВУЗах в 12 раз ($p \leq 0,01$) – с 0,3% до 3,6%, в НИИ/НЦ – на 22,2%.

Динамика КРІ реализации задачи «Интеграция науки, профессионального образования с практическим здравоохранением» представлена на рисунке 5.

Количество созданных в организациях медицинской науки объединений (кластеров, временных творческих коллективов, обществ, ассоциаций и т.д.) с участием представителей организаций образования и практического здравоохранения в расчете на 1 организацию

на 1 организацию увеличилось в ВУЗах 29,3 раза ($p \leq 0,01$) и составило в 2012 году 32,3 объединения, в НИИ/НЦ данный показатель увеличился в 5,8 раза ($p \leq 0,01$) и составил в 2012 году 10,5 объединения. В основном данный рост связан с увеличением количества временных творческих (научных) коллективов, формируемых для проведения грантовых и инициативных научных исследований.

Соответственно значительно вырос удельный вес научных сотрудников, являющихся членами данных объединений – в ВУЗах в 9,2 раза ($p \leq 0,01$), достигнув в 2012 году уровня 92%-го членства, в НИИ/НЦ – на 74,5%, достигнув уровня 89%-го членства.

Удельный вес высококвалифицированных специалистов НИИ и НЦ, привлеченных к образовательной деятельности на до- и последипломном уровне вырос в ВУЗах в 6,1 раза ($p \leq 0,01$), в НИИ/НЦ – на 39,2%. Существенно увеличился и удельный вес научной продукции организаций медицинской науки, разработанной с участием специалистов организаций практического здравоохранения – в ВУЗах на 82,8%, в НИИ/НЦ на 103,6% ($p \leq 0,01$).

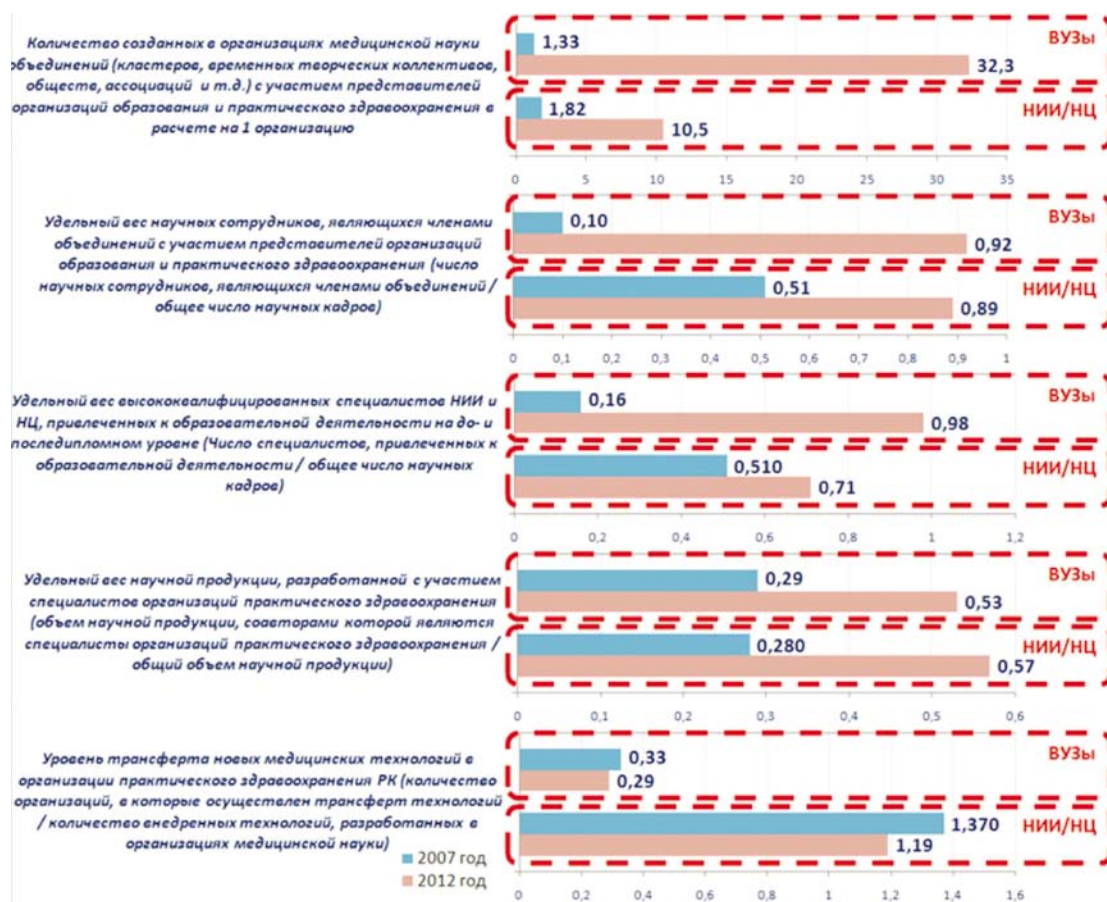


Рисунок 5 – КРІ реализации задачи «Интеграция науки, профессионального образования с практическим здравоохранением»

Таблица 1 - Корреляционная связь между КРІ реализации Концепции реформирования медицинской науки РК

	К ₁	К ₂	К ₃	К ₄	К ₅	К ₆	К ₇	К ₈	К ₉	К ₁₀	К ₁₁	К ₁₂	К ₁₃	К ₁₄	К ₁₅	К ₁₆	К ₁₇	К ₁₈	К ₁₉	К ₂₀	К ₂₁	К ₂₂	К ₂₃	
К ₁																								
К ₂	С																							
К ₃	У*	У																						
К ₄	С	С*	С																					
К ₅	С	С	С	С																				
К ₆	С	С	О*	С	С																			
К ₇	У	С	У*	С*	С	У																		
К ₈	С	У	С	С	У	О	С																	
К ₉	З	З	У	У*	С	У	З	О																
К ₁₀	У	С	У*	У*	С	У	З	У	У															
К ₁₁	У	С	У*	У*	С	У	У	З	З	У														
К ₁₂	У	У	С	С	У	У	З	В	З	У	У													
К ₁₃	У	С	С	С	У	З	З	У	У	У	У	У												
К ₁₄	У	З	У*	У*	У	З	О	З	О	З	У	У	З											
К ₁₅	У	О	З*	З*	У	З	О	В	З	В	У	У	З	З										
К ₁₆	З	З	У*	У*	С	У	З	З	З	У	С	У	У	З	З									
К ₁₇	З	У	С	С	У	З	З	З	З	У	У	У	З	З	О									
К ₁₈	З	З	У*	У*	У	У	З	О	З	У	У	У	З	З	У									
К ₁₉	З	З	У*	У*	С	У	У	У	У	С	У	У	У	У	С	С								
К ₂₀	З	У	У*	У*	С	У	У	У	У	С	У	У	У	У	С	У	О							
К ₂₁	У	С	С*	С*	У	З	У	У	У	С	З	У	У	У	У	У	У							
К ₂₂	З	З	З*	У*	С	З	У	У	У	У	У	У	У	У	У	У	У	О	З	У				
К ₂₃	З	У	У*	У*	С	З	У	У	У	У	У	У	У	У	У	У	У	У	У	У	У	У	У	У

П р и м е ч а н и я. Прямая корреляционная связь: О - очень высокая связь (r>0,9); В - высокая связь (r=0,7-0,9); З - заметная (выраженная) (r=0,5-0,7); У - умеренная связь (r=0,3-0,5); С - слабая связь (r=0,1-0,3). Обратная корреляционная связь: О* - очень высокая связь (r<-0,9); В* - высокая связь (r=-0,7(-0,9)); З* - заметная (выраженная) (r=-0,5(-0,7)); У* - умеренная связь (r=-0,3(-0,5)); С* - слабая связь (r=-0,1(-0,3)). - достоверность коэффициента корреляции (p<0,05)

Уровень трансферта новых медицинских технологий в организации практического здравоохранения РК изменился с 2007 года весьма неоднозначно. В ВУЗах данный показатель снизился на 12,1%, в НИИ/НЦ – на 13,1%, что в условиях роста количества разрабатываемых медицинских технологий, свидетельствует о значительном расширении количества организаций, в которых происходит внедрение данных технологий.

Проведенный корреляционный анализ дал возможность установить наличие тесной взаимосвязи между целым рядом изученных показателей (таблица 1). Так рост обученных кадров в области менеджмента и стандартов научных исследований напрямую определяет и увеличение количества проводимых исследований в рамках внебюджетных НИР ($r = 0,97, p < 0,05$), в том числе реализуемых совместно с зарубежными научными центрами ($r = 0,79, p < 0,05$), а также рост объемов научной продукции ($r=0,69, p < 0,05$) и публикаций в рецензируемых изданиях ($r=0,91, p < 0,05$), доли специалистов, имеющих активный индекс цитирования ($r=0,69, p < 0,05$) и получивших награды и премии ($r=0,65, p < 0,05$), а также участия исследователей в работе научных конференций ($r=0,68, p < 0,05$). При этом обратная корреляция с показателями экономической эффективности ($r=-0,65, p < 0,05$) указывает на повышение эффективности освоения средств, поступающих на научные исследования – снижения «себестоимости» создаваемой научной продукции.

Прямая корреляционная связь показателей результативности научных исследований (публикаций в рецензируемых изданиях, участия в работе научных конференций, доли специалистов имеющих награды и премии и объемов трансферта технологий в регионы) наблюдается с количеством реализуемых в организациях науки бюджетных и внебюджетных НТП.

Таким образом, анализ динамики КРІ реализации задач Концепции реформирования медицинской науки РК на 2008-2012 годы указывает на достоверную динамику большинства показателей количества, качества и результативности данного стратегического документа. Наиболее существенные изменения отмечены для таких индикаторов как количество реализуемых НТП, продуктивность научно-исследовательской и научно-издательской

деятельности организаций медицинской науки, количество научных публикаций в международных рецензируемых (peer-reviewed) изданиях, уровень обученности научных кадров менеджменту научных исследований и участия в работе международных конференций, количество созданных в организациях медицинской науки объединений и уровень участия в них научных сотрудников, а также для показателей, характеризующих уровень вовлечения научных работников в образовательный процесс и привлечения специалистов практического здравоохранения к разработке научной продукции. При этом наиболее значительная динамика по всем указанным индикаторам отмечена для ВУЗов, что, по-видимому, связано с тем, что организации образования располагают гораздо большим кадровым и материально-техническим потенциалом и возможностью привлекать к НИР профессорско-преподавательский состав, магистрантов, докторантов, студентов.

Наличие четкой корреляции между уровнем обученности менеджменту и стандартам научных исследований, а также количеством реализуемых научных программ с одной стороны и другими индикаторами с другой стороны указывает на необходимость дальнейшей поддержки мероприятий по повышению квалификации и компетентности работников НИИ/НЦ и ВУЗов в вопросах методологии научных исследований. А также создания условий для роста количества выполняемых в научных организациях проектов и программ.

Вместе с тем опыт использования системы КРІ показал и ряд проблемных вопросов при оценке результативности реформ медицинской науки. Прежде всего, это касается соотношения показателей: расчет показателей количества (количество НТП, научной продукции и созданных объединений на базе организаций науки) к одной научной организации, а также показателей качества и результативности к количеству работников научных подразделений не позволяют с достаточной долей объективности отразить вклад отдельных организаций в процесс проводимых реформ в сфере медицинской науки.

Учитывая различие инфраструктуры организаций и имеющихся ресурсов (человеческих, материально-технических), необходимо при расчетах использовать

соотношение изучаемых показателей к численности производственного персонала, поскольку в НИИ/НЦ и ВУЗах в научно исследовательский процесс включаются не только работники научных подразделений, но и персонал клинических подразделений, профессорско-преподавательский состав. Кроме того система КРІ стратегического документа, направленного в конечном итоге на достижение конкурентоспособности национальной медицинской науки, должна быть интегрирована с наиболее авторитетными системами рейтинга университетов и научных организаций. Для повышения

эффективности достижения КРІ стратегического развития отраслевой науки необходимо обеспечить соответствующую мотивацию всех заинтересованных субъектов – создать действенную систему ранжирования медицинских НИИ/НЦ и ВУЗов (КРІ деятельности научных организаций) и внедрить четкие критерии для ранжирования научных подразделений и научных сотрудников, в том числе дифференцированной оплаты труда персонала (КРІ деятельности структурных подразделений и сотрудников), основанных на ключевых КРІ развития национальной медицинской науки.

Источники:

1. Thomas L. Jackson Hoshin Kanri for the Lean Enterprise: Developing Competitive Capabilities and Managing Profit. - New York, USA: Productivity Press, 2006. – 245p.
2. David Parmenter. Key Performance Indicators: Developing, Implementing and Using Winning KPI's. - New Jersey, USA: John Wiley & Sons, inc., 2007. – 233p.
3. Приказ Министерства экономического развития и торговли РК от 1 июля 2010 года № 101 «Об утверждении Методических инструкций по разработке Стратегического плана развития РК, Прогнозной схемы территориально-пространственного развития страны, государственных программ, программ развития территорий и стратегических планов государственных органов»
4. Постановление Правительства РК от 14 апреля 2010 года № 305 «Об утверждении Правил разработки концепции, доктрины»

ОҚИФАЛАР/ СОБЫТИЯ

ЗАСЕДАНИЕ КОЛЛЕГИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК ОБ ИТОГАХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЗА 2012 ГОД И ЗАДАЧАХ НА 2013 ГОД

29 января состоялось расширенное заседание коллегии Министерства здравоохранения РК об итогах деятельности за 2012 год и задачах на 2013 год с участием вице-премьер-министра РК Е. Орынбаева.

На заседании также участвовали депутаты Парламента, ответственные лица Администрации Президента, Канцелярии Премьер-Министра РК, руководители центральных и местных исполнительных органов, территориальных органов Министерства и республиканских организаций здравоохранения.

С докладом об итогах деятельности Министерства здравоохранения РК в 2012 году и задачах на текущий год выступила Министр здравоохранения РК С.З. Каирбекова, которая отметила, что в результате роста рождаемости и стабилизации смертности естественный прирост населения страны увеличился на 4% в сравнении с 2011 годом. Впервые всего за один год удалось увеличить ожидаемую продолжительность жизни на 0,59 года с 69,01 в 2011 году до 69,6 в 2012 году.

За отчетный период снижены: материнская смертность на 23%, младенческая – на 9%, от болезней системы кровообращения – на 20%, от онкопатологии – на 3%, от туберкулеза – на 15%, от несчастных случаев, отравлений и травм – на 5,3%.

В рамках Единой национальной системы здравоохранения правом выбора воспользовались 800 000 человек, при этом 46% составляли сельские жители. Реализация принципа свободного выбора стационара позволила увеличить долю негосударственного сектора в ЕНСЗ до 16%. Внедрение ЕНСЗ позволило сделать акцент на развитие высоких технологий, доступных

не только жителям столицы, но и в регионах. Объем услуг высокоспециализированной медицинской помощи по сравнению с 2011 годом увеличен на 60%, при этом больше половины (56%) было оказано на региональном уровне.

С целью снижения очередности на лечение за рубежом внесены изменения в постановление Правительства РК, согласно которым лечение пациентов, ранее претендующих на лечение в зарубежных клиниках, может быть осуществлено в отечественных медорганизациях, в том числе в рамках мастер-классов с участием зарубежных специалистов. Также принято постановление Правительства РК, согласно которому все пациенты, стоящие на трансплантацию в очереди, одновременно направляются на первый этап лечения – обследование и поиск донора. По мере нахождения донора пациент будет направляться на второй этап – непосредственно пересадку органа или тканей. Активно развивается трансплантология. Если 3 года назад в стране проводились лишь единичные операции по пересадке органов, то за 2012 год взрослым и детям проведено более 90 трансплантаций (почки, костный мозг, сердце, поджелудочная железа). Наиболее значимым событием 2012 года стала уникальная трансплантация донорского сердца.

Внедряются современные методы администрирования, в том числе новые принципы оплаты труда, ориентированные на качество лечения и удовлетворенность пациента. В организациях с хорошим уровнем менеджмента осуществляются выплаты к действующему окладу врачам до 160 тыс. тенге, медицинским сестрам до 40 тыс. тенге в зависимости от вклада и

профиля деятельности.

В 2012 году медорганизациям предоставлена возможность приобрести оборудование через лизинг. В данной системе главный врач получает возможность получить именно то оборудование, которое ему необходимо для развития больницы и устраняет все коррупционные схемы.

Создается социально ориентированная модель первичной медико-санитарной помощи. На уровне ПМСП формируются службы социально-психологической помощи: сегодня уже работают 500 психологов и более 2000 обученных социальных работников, введены должности второй и третьей медсестер.

В рамках Национальной скрининговой программы проводятся массовые скрининги по всей стране по всем видам неинфекционных болезней, также на раннее выявление рака шейки матки, молочной железы и колоректального рака. За 2012 год скринингами охвачено около 6,9 млн. человек, у более 1 млн. чел. выявлены заболевания, оздоровлено около 600 000 человек. Поэтапно расширяется перечень скринингов (с текущего года планируется внедрение скрининговых исследований по раннему выявлению рака простаты, рака печени, рака пищевода и желудка).

В Казахстане внедрено новое направление в медицине – транспортная медицина. На сегодня 49 передвижных медицинских комплексов (ПМК), оснащенных новейшими системами диагностики, выезжают в самые отдаленные уголки страны для обследования сельских жителей. Запущены также 3 поезда медицинского назначения для ранней диагностики заболеваний. Функционируют 12 спасательных пунктов на аварийно-опасных участках дорог страны. На базе ПМК бригадами врачей осмотрено более 530 000 человек, проведено свыше одного миллиона лабораторно-диагностических исследований и более 450 000 консультаций. Медицинскими поездами «Денсаулык», «Жәрдем» и «Саламатты Қазақстан» оказано более 230 тысяч диагностических услуг населению 234 станций, медосмотрами охвачено свыше 63 000 человек, в том числе около 25 000 детей. Республиканским координационным центром по санитарной авиации за 2012 год осуществлено 1005 вылетов, оказано более 1300 медицинских услуг, 450 консультативных услуг, операций – 90.

С целью улучшения качества и доступности экстренной медицинской

помощи с использованием воздушного транспорта, для снижения смертности и инвалидизации населения в Республике Казахстан, постановлением Правительства РК создан «Республиканский центр санитарной авиации».

Одним из главных условий повышения качества жизни является лекарственное обеспечение. Если прежде отдельные категории больных обеспечивались на льготной основе, погашая 50% стоимости лекарств, то с прошлого года они полностью обеспечиваются необходимыми лекарственными средствами за счет государства на бесплатной основе. На эти цели выделено 2,4 млрд. тенге из республиканского бюджета.

Впервые на постсоветском пространстве с 2011 года приступили к вакцинации детей против пневмококковой инфекции. На сегодняшний день в 7-х регионах страны привито более 450 000 детей. До 2015 года вакцинация детей будет поэтапно проведена по всей республике.

Внедряются передовые технологии в лечении сердечно-сосудистых заболеваний, проводятся уникальные операции, которые не были возможны в нашей медицине еще совсем недавно. В 2012 году проведено более 20 000 кардиохирургических операций, из них операции на открытом сердце взрослому населению – более 9,5 тысяч.

В соответствии с международными стандартами в регионах открыто 20 инсультных центров. До конца 2013 года будет открыто еще 28 инсультных центров, что полностью покроет потребность всего населения.

В 2012 году ВОЗ подтвердила сертификат Казахстана как «страны, свободной от полиомиелита» и вручила сертификат «страны, свободной от малярии».

Сегодня в активной фазе находится реализация Единой информационной системы здравоохранения. В г. Астана и Акмолинской области ЕИСЗ внедрена в пилотном режиме. Сформировано более 750 тыс. электронных паспортов здоровья населения. В дальнейшем электронные паспорта будут сформироваться на все население республики.

Во исполнение поручений Главы государства, данных в Послании народу Казахстана «Стратегия Казахстан – 2050. Новый политический курс состоявшегося государства», Минздравом будут приняты меры: по усовершенствованию стандартов оказания медицинской помощи в

соответствии с международными нормами; расширению гарантированного объема бесплатной медицинской помощи детям; пересмотру структуры и содержания подготовки специалистов здравоохранения среднего звена; разработке стандартов специализированной аккредитации, основанных на международных стандартах.

Кроме того, на 2013 год Министерством в рамках реализации Государственной программы «Саламатты Қазақстан» будут усилены следующие направления: дальнейшее совершенствование ЕНСЗ с акцентом на формирование доступной, эффективной системы оказания амбулаторно-поликлинической помощи и развитие социально ориентированной первичной медико-санитарной помощи, включая внедрение новой системы финансирования и оплаты медицинских услуг; межсекторальное и межведомственное

взаимодействие по вопросам охраны здоровья граждан; внедрение современных инструментов менеджмента, принципов корпоративного управления в государственном секторе и ужесточение рационального использования средств поставщиками медицинских услуг, развитие государственно-частного партнерства; принятие действенных мер по закреплению кадров на селе, повышению социального статуса медицинских работников, строительству ведомственного жилья для медработников акиматами в регионах, в том числе общежитий для студентов, увеличения предоставления арендного жилья врачам и медсестрам, предоставления социального пакета; дальнейшее развитие Единой информационной системы здравоохранения, одним из приоритетов которой является формирование и развитие «электронного здравоохранения».

СОВМЕСТНОЕ ЗАСЕДАНИЕ КОЛЛЕГИИ ГЕНЕРАЛЬНОЙ ПРОКУРАТУРЫ РК И МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК В СЕЛЕКТОРНОМ РЕЖИМЕ

12 февраля 2013 года впервые состоялось совместное заседание коллегии Генеральной прокуратуры РК и Министерства здравоохранения РК в селекторном режиме, в котором участвовали руководители всех организаций здравоохранения, вплоть до главных врачей районных больниц.

На заседании коллегии были рассмотрены такие вопросы, как:

1. простой медицинского оборудования;
2. несоблюдение прав граждан на обеспечение лекарственными средствами и нарушений при закупе лекарственных средств и медицинской техники;
3. оказание лабораторных и инструментальных услуг на платной основе;
4. закрепление медицинских кадров в регионах;
5. обеспечение эпидемиологического благополучия.

Министр здравоохранения РК С. Каирбекова проинформировала участников коллегии о мерах, принимаемых

Министерством здравоохранения РК, в этом направлении, и акцентировала внимание местных исполнительных органов на необходимости кардинального решения вопросов, требующих комплексного подхода.

Министр потребовала от руководителей управлений здравоохранения регионов рационально использовать бюджетные средства, направленные в рамках Единой Национальной системы здравоохранения, организациям стационарной помощи регионов.

Только в 2012 году в соответствии с принципом «деньги следуют за пациентом» более 21 млрд. тенге оплачено за иногородних пациентов, которые до ЕНСЗ рассматривались как платные услуги «из кармана пациента».

В целях обеспечения прозрачности закупа и исключения простоя медицинского оборудования, Министерством здравоохранения РК проводится экспертиза заявок медицинских организаций на наличие

обученных специалистов, востребованность данного оборудования.

Министерством на сегодняшний день разработана нормативно-правовая база по кадровым вопросам, позволяющая местным исполнительным органам принять меры по закреплению, трудоустройству медицинских кадров. Успех и эффективность данных мероприятий находится в прямой зависимости от политики местных исполнительных органов в сфере здравоохранения. Без решения вопросов закреплению медицинских кадров в регионах, невозможно повысить качество предоставляемой медицинской помощи. Для этого местным исполнительным органам необходимо усилить взаимодействие с

медицинскими ВУЗами по привлечению молодых специалистов с выделением арендного жилья и созданием других условий для их закрепления.

Министр здравоохранения РК обратилась к Генеральному прокурору РК взять на контроль качества строительства объектов здравоохранения в рамках программы «Строительство 350 врачебных амбулаторий, фельдшерско-акушерских пунктов и поликлиник».

Она выразила уверенность в том, что после сегодняшнего совещания с участием всех заинтересованных сторон повсеместно будут приняты меры по решению проблемных вопросов укрепления здоровья населения.

ЗАСЕДАНИЕ ОБЩЕСТВЕННОГО СОВЕТА ПО ЗАЩИТЕ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ

29 марта в Министерстве здравоохранения РК состоялось заседание Общественного совета по защите прав пациентов в селекторном режиме под председательством депутата Мажилиса Парламента РК Н.М. Петуховой.

На заседании Совета приняли участие депутаты Парламента РК, представители республиканских организаций здравоохранения, управлений здравоохранения областей, гг. Астана и Алматы, неправительственных организаций.

В повестке дня заседания Общественного совета вопросы вакцинации против рака шейки матки, проблемы репродуктивного возраста детей и подростков, также обсуждение проекта Закона РК «О внесении изменений и дополнений в Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» в части усиления мер против употребления табака.

По вакцинации против папилломо-вирусной инфекции были отмечены 4 основные моменты: 1) в Казахстане вакцинация девочек в возрасте 11-12 лет против вируса папилломы человека вводится на добровольной основе с информированного согласия родителей или законных представителей; 2) Внедрение вакцинации против вируса папилломы человека начинается в 2013 году в 4 регионах республики – Атырауской, Павлодарской областях, гг. Алматы и Астана; 3) Используемые обе вакцины

против ВПЧ сертифицированы ВОЗ. Вакцины зарегистрированы в Республике Казахстан после проверки в Национальной лаборатории; 4) Вакцины эффективны, безопасны и рекомендованы для профилактики ВПЧ-инфекций, предраковых заболеваний и рака шейки матки у женщин и девочек.

По данным 5-го Национального социологического опроса среди населения распространенность табакокурения в республике составила 26,5%. Потребление табака вызывают онкологические, сердечно-сосудистые заболевания, инфаркты, инсульты, болезни дыхательных путей, гангрену, слепоту, раннее старение, бесплодие, самопроизвольные аборты и другие неинфекционные болезни. Смертность от онкологических заболеваний занимает второе место после болезней системы кровообращения. Смертность от рака легких в Казахстане за последние двадцать лет находится на 1-ом месте в структуре смерти от злокачественной опухоли.

С целью ограничения и профилактики потребления табака, реализации обязательств, взятых вследствие ратификации Казахстаном в 2006 году Рамочной конвенции борьбы против табака Всемирной организации здравоохранения, Министерством здравоохранения РК внесены изменения в проект Закона Республики Казахстан «О внесении

изменений и дополнений в Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» в части усиления мер по регулированию потребления табака. Сейчас данный законопроект находится на рассмотрении в Канцелярии Премьер-

Министра Республики Казахстан. В Парламент РК будет внесен 20 апреля текущего года.

Участники совещание также всесторонне обсудили проблемы репродуктивного возраста детей и подростков.

СОВЕЩАНИЕ «СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕНЕДЖМЕНТА В ПИЛОТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН НА ОСНОВЕ МЕЖДУНАРОДНЫХ СТАНДАРТОВ»

В городе Астана 28 марта 2013 года состоялось расширенное совещание по вопросам внедрения международных стандартов в пилотных медицинских организациях Республики Казахстан по проекту «Совершенствование менеджмента в пилотных медицинских организациях Республики Казахстан на основе международных стандартов» в рамках проекта «Передачи технологий и проведения институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан».

На совещании обсуждались перспективы дальнейшего внедрения международных стандартов аккредитации, стандартизации медицинской помощи и компетенций менеджеров в пилотных медицинских организациях Республики Казахстан, повышения качества клинической практики и внедрения оценки медицинских технологий. Также, были подведены итоги по оценке текущей ситуации на соответствие международным стандартам и по внедрению компетенции менеджеров здравоохранения.



Фото – Представители пилотных организаций

На совещании приняли участие члены организационно-координационной группы и представители технической группы по внедрению международных стандартов в

пилотных медицинских организациях. Это директора и заместители Департамента науки и человеческих ресурсов, Департамента оказания медицинской помощи,

Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения Республики Казахстан, РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК, также руководители и сотрудники областных управлений здравоохранения и пилотных медицинских организаций ГККП «Городская станция скорой медицинской помощи» г. Астаны, ГКП на ПХВ «ЦРБ Ескельдинского района» п. Карабулак Алматинской области, ГКП на ПХВ «Областной перинатальный центр» г. Караганды, ГКП на ПХВ «Областной медицинский центр» г. Кызылорды, КГКП «Поликлиника № 3 смешанного типа» г. Семей, Центров менеджмента здравоохранения, развития служб здравоохранения и аккредитации РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК.

На совещании руководители пилотных медицинских организаций смогли обменяться опытом и получить ответы на вопросы. В ходе совещания обсуждались темы касающиеся внедрения компетентного подхода по найму и отбору управленческого персонала на всех уровнях организации, международных норм безопасности в обновленных

стандартах аккредитации и по устранению несоответствий международным стандартам аккредитации, повышения качества клинической практики, внедрения медицинских технологий для выбора инструмента высокоспециализированной медицинской помощи, пошагового алгоритма внедрения клинических руководств и стандартов профильных служб.

По итогам совещания, принято решение о дальнейшем совершенствовании менеджмента управленческого персонала, с применением стандартов компетентного подхода совместно с участием Центра менеджмента здравоохранения. Также определены пути взаимодействия Центра аккредитации и Центра развития служб здравоохранения с пилотными медицинскими организациями по внедрению международных стандартов аккредитации и их пути внедрения медицинских технологий.

При этом путем проведения обучения и консультирования в течение года, будет проводиться мониторинг и анализ эффективности проведенного обучения, степень подготовленности медицинских организаций к аккредитации и уровень внедрения стандартов.

В КАЗАХСТАНЕ ПЛАНИРУЮТ ОТКРЫТЬ ОФИС ВОЗ

В настоящее время ведутся переговоры с руководством Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) об открытии географически удаленного офиса ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в Казахстане. Об этом информирует пресс-служба Республиканского центра развития здравоохранения.

Новая структура будет заниматься разработками, исследованиями, выработкой рекомендаций по развитию первичной медико-санитарной помощи не только в Казахстане, но и в целом в Европейском регионе ВОЗ.

Окончательное решение ВОЗ об открытии нового офиса будет принято в сентябре 2013 года. Затем будут приняты соответствующие меры со стороны правительства нашей республики по конкретному выполнению данного решения.

Планируется, что офис ВОЗ откроют в преддверии проведения международной конференции, посвященной 35-летию принятия Алматинской декларации ПМСП, которая пройдет 6-7 ноября 2013 года в г. Алматы.

Blank lined area for notes or text.

Қазақстан Республикасы,
010000, Астана қ.
Иманов к-сі 13, 619 кеңсе

Республика Казахстан,
010000, г. Астана
ул. Иманова 13, офис 619

www.rcrz.kz

