



Қазақстан Республикасының
денсаулық сақтау

МЕНЕДЖЕРІ

МЕНЕДЖЕР

здравоохранения
Республики Казахстан

№ 2 (15) 2015

СТРАТЕГИЯ

HR

УПРАВЛЕНИЕ

ЭКОНОМИКА

ИНФОРМАЦИЯ

Астана

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау

МЕНЕДЖЕРІ МЕНЕДЖЕР

здравоохранения Республики Казахстан



Журналдың аты:

Қазақстан Республикасының
денсаулық сақтау менеджері

Наименование журнала:

Менеджер здравоохранения
Республики Казахстан

Редакциялық кеңес:

Қ.Қ. Ермекбаев, М.Е. Шоранов,
Н.М. Исатаева, А.А. Ақанов, Г.М. Алпысбекова,
С.Қ. Оралов, В.З. Кучеренко

Редакционный совет:

Ермекбаев К.К., Шоранов М.Е.,
Исатаева Н.М., Ақанов А.А., Алпысбекова Г.М.,
Уралов С.К., Кучеренко В.З.

Редакция алқасы:

Д.Е. Айтуарова, Б. Т. Қаупбаева,
Л.Г. Макалкина, А.А. Нұрғожаев, Г.Т. Жангереева,
В.В. Койков, Л.М. Садуақасова

Редакционная коллегия:

Айтуарова Д.Е., Қаупбаева Б.Т.,
Макалкина Л.Г., Нургожаев А.А., Жангереева Г.Т.,
Койков В.В., Садуақасова Л.М.

Редакция хатшысы:

Г.Т. Назарова

Секретарь редакции:

Назарова Г.Т.

Техникалық редакторлар:

А.Е. Тәпенова, Л.Г. Ұспанова

Технические редакторы:

Тапенова А.Е., Успанова Л.Г.

Меншік иесі:

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

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.

Жазылу индексі:

74608

Подписной индекс:

74608

Мерзімділігі:

жарты жылда 2 рет

Периодичность:

2 раза в полугодие

Таралымы:

500 дана

Тираж:

500 экземпляров

Құрылтайшылары:

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау
және әлеуметтік даму министрлігі,
Денсаулық сақтауды дамыту
Республикалық орталығы.

Учредители:

Министерство здравоохранения и социального
развития Республики Казахстан,
Республиканский центр развития
здравоохранения.

Редакцияның мекен-жайы:

Астана қ., Орынбор к-сі, 4, 1004 кеңсе
e-mail: imzrk@bk.ru

Адрес редакции:

г. Астана, ул. Орынбор, 4, офис 1004
e-mail: imzrk@bk.ru

Жарияланатын мәліметтердегі
ақпараттардың нақтылығы, авторлардың
жауапкершілігінде

Ответственность за достоверность информации,
публикуемой в журнале,
несут авторы

МАЗМҰНЫ/СОДЕРЖАНИЕ

В ФОКУСЕ МИНИСТРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Прессслужба Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан

Галерея министров здравоохранения Казахстана: в фокусе Тамара Дуйсенова.....5
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлерінің галереясы: назарда Тамара Дүйсенова

КАДРЛАРДЫ БАСҚАРУ / УПРАВЛЕНИЕ КАДРАМИ

Нурпеисова Г.Б.

«Руководить больницей – огромная ответственность!»..... 10
«Аурухананы басқару - Үлкен жауапкершілік!»

Азербаета А.Ж.

О разработке проектов профессиональных стандартов в здравоохранении.....14
Денсаулық сақтау саласындағы кәсіби стандарттар жобасын әзірлеу туралы

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ СТРАТЕГИЯСЫ ЖӘНЕ САЯСАТЫ / СТРАТЕГИЯ И ПОЛИТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Койков В.В., Умбетжанова А.Т., Аубакирова А.С., Абдуажитова А.М., Мергентай А.

Ранжирование медицинских ВУЗов и научных организаций как инструмент повышения конкурентоспособности научной и инновационной деятельности в здравоохранении.....22
Денсаулық сақтаудағы ғылыми және инновациялық қызметтің бәсекеге қабілеттілігін арттыру құралы ретінде медициналық жоғары оқу орындары мен ғылыми ұйымдарды саралау

Умарова Г.А., Кенжебаева И.Б.

Анализ эффективности работы службы внутреннего аудита.....30
Ішкі аудит қызметінің тиімді жұмыстарын талдау

Макалкина Л.Г., Жусупова Г.К., Есбатырова Л.М., Боровикова К.

Результаты социологического опроса студентов в регионах Казахстана по применению лекарств.....34
Қазақстанның өңірлерінде дәрілерді қолдану бойынша студенттерге жүргізілген әлеуметтік сауалдың нәтижелері

Тимербулатов Д.Р.

Разработка стратегии фармацевтической компании»
(на примере ТОО «ChemoTher»).....43
Фармацевтикалық компаниялардың стратегиясын дайындау. («ChemoThera» ЖШС мысылында)

Сейдуалиев Г.В

Особенности разработки стратегии и концепции развития в организации здравоохранения 46
Денсаулық сақтау ұйымында даму стратегиясы мен тұжырымдамасын дайындау ерекшеліктері

Жусипалиева Г.Б., Курганбаева Г.М.

Почему в текущей модели оказания услуг ПМСП нужны изменения? 50
Неге ағымдағы БМСК қызмет корсету моделіне өзгерістер қажет?

ҚЫЗМЕТТЕРДІ БАСҚАРУ / УПРАВЛЕНИЕ УСЛУГАМИ**Арзыкулов Ж.А., Медеубеков У.Ш., Нарманова О.Ж., Избагамбетов Н.А., Сеитова Г.С.**

Современное состояние хирургической службы Республики Казахстан на уровне ПМСП: проблемы и перспективы модернизации 54
Науқастардың онкологиялық ауруларын ерте анықтау – сауығуға және ұзақ өмір сүруге мүмкіндік БДСК деңгейіндегі ҚР хирургиялық қызметінің заманауи жағдайы: модернизацияның проблемалары мен перспективалары.

Кажобаев А.Э.

Онкологическая заболеваемость сельского населения Кызылординской области 59
Қызылорда облысында қатерлі ісік ауыруның кездесуі

Кисикова С.Д.

Оперативное управление в медицинских учреждениях на основе комплексной медицинской информационной системы 63
Кешенді медициналық ақпараттық жүйе негізінде медициналық мекемелерде оперативті басқару

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘЛІМЕТІН БАСҚАРУ / УПРАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИЕЙ И СТАТИСТИКОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**Койков В.В.**

Использование фактических данных при принятии управленческих решений в сфере здравоохранения 68
Денсаулық сақтау саласында басқарушылық шешімдерді қабылдау кезінде нақты мәліметтерді пайдалану

Мусина Г.А., Турумбетова Т.Б., Калжанова Ж.Х., Кабдуллина М.М., Мамбетов К.Д.

Состояние кадровых ресурсов здравоохранения 78
Пациенттердің кардиологиялық көмектің сапасы мен қолжетімділігіне қанағаттанушылығын зерттеуге әдістемелік қозғарас

Кожекенова Л.Г., Мусаханова А.К.

Методологический подход к исследованию удовлетворенности пациентов качеством и доступностью кардиологической помощи 87
Пациенттердің кардиологиялық көмектің сапасы мен қолжетімділігіне қанағаттанушылығын зерттеуге әдістемелік қозғарас

«Omnium profecto artium medicina nobilissima»
«Из всех наук, безусловно, медицина - самая благородная»

Гиппократ

УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ!

В третье воскресенье июня мы традиционно отмечаем свой профессиональный праздник – День медицинского работника. Труд медицинских работников – это высокое служение во имя и на благо людей. В современном мире нет большей ценности, чем жизнь и здоровье человека, и именно на работников медицины возложена огромная ответственность за охрану этих величайших ценностей. Самое современное оборудование не заменит чуткого и внимательного отношения к пациенту.

В настоящее время для эффективной реализации задач системы здравоохранения необходим высокий уровень управленческой самостоятельности поставщиков медицинских услуг. Необходимы менеджеры, являющиеся наиболее успешными действующими управленцами, имеющие исключительные, уникальные компетенции в области менеджмента здравоохранения. Профессиональный менеджер имеет ясные цели, знания в области экономики, права, имеет творческий подход, обучает, мотивирует других, решает проблемы, управляет собой, ведет переговоры. Главная задача менеджмента – это достижение высоких результатов при минимальных затратах.

Традиционно ко дню медицинского работника Республиканским Центром развития здравоохранения был проведен конкурс «Лучший менеджер – организатор здравоохранения». В 2015 году победителем ежегодного конкурса в номинации «Лучший менеджер – здравоохранения» стал главный врач городской больницы №4 города Алматы Аманов Ануар Турсунжанович. В данном выпуске журнала Вы можете прочитать интервью с победителем конкурса.

В связи с тем, что журнал ориентирован на широкую аудиторию врачей клиницистов, фармацевтов, научных сотрудников, а также менеджеров здравоохранения, то в рубриках нашего журнала публикуются оригинальные клинические исследования, актуальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения, обзоры и последние достижения медицинской науки. Данный номер журнала объединяет информационные материалы по состоянию кадровых ресурсов здравоохранения, анализу эффективности работы службы внутреннего аудита.

Будем надеяться, что информация, изложенная в нашем журнале, послужит вам с пользой в Вашей ежедневной практике и вдохновит на новые достижения.

С уважением,

Центр менеджмента здравоохранения

РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗСР РК

В ФОКУСЕ МИНИСТРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ГАЛЕРЕЯ МИНИСТРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЗАХСТАНА:

В ФОКУСЕ ТАМАРА ДУЙСЕНОВА.



Дуйсенова
Тамара
Касымовна
Министр здравоохранения и социального развития РК

Министр здравоохранения и социального развития Республики Казахстан Тамара Касымовна Дуйсенова

Тамара Дуйсенова по образованию инженер-экономист, окончила Ташкентский институт народного хозяйства. Трудовой путь начала в 1988 году в качестве учителя информатики и вычислительной техники средней школы Сарыагашского района Южно-Казахстанской области. Поработав в разные годы научным сотрудником НИИ экономики и нормативов ВЦ Госплана в Узбекистане, старшим экономистом Сарыагашской районной администрации, руководителем отдела информации и маркетинга компании «Перизат-Холдинг», заместителем акима Сарыагашского района, затем заместителем акима г.Шымкент, а после заместителем акима Южно-Казахстанской области в 2002 году была назначена Вице-министром труда и социальной защиты населения. В 2014 году ее назначают Министром труда и социальной защиты населения. В том же году, после слияния двух ведомств, назначается Министром здравоохранения и социального развития.

– Тамара Касымовна, в системе здравоохранения постоянно проводятся реформы. К чему приводят все эти нововведения?

– Для начала, хотелось бы озвучить сегодняшние показатели здоровья населения страны в сравнении с 2000 годом, то есть до начала комплексных реформ в системе здравоохранения. Существенно увеличилась продолжительность жизни – с 65,5 года до 70,04 года. Наблюдается снижение общей смертности населения на 25% (с 10,1 до 7,65 на тысячу населения). Смертность от болезней системы кровообращения уменьшилась более чем в два раза, от злокачественных новообразований – на 29%. Эти заболевания – основные причины ухода людей из жизни не только в нашей республике, но и во всех развитых странах. Ощутимое снижение показателей материнской, младенческой и детской смертности позволило Казахстану достичь ЦРТ (Цель развития тысячелетия) к 2015 году, что особенно отмечают международные эксперты.

Нельзя забывать также о вакцинации, которая ежегодно защищает около 1,5 млн детей от 11 инфекционных заболеваний. Казахстан стал первой страной среди всех государств СНГ, осуществившей иммунизацию всех новорожденных от вируса гепатита В. На сегодня в республике охват вакцинацией составляет 95%.

Как известно, реформы в здравоохранении наше общество воспринимает настороженно, иногда и критично. Однако, как мы видим, улучшение показателей здоровья населения страны стало результатом планомерных и последовательных реформ здравоохранения. Важно отметить, что во всем мире систе-

ма охраны здоровья находится в состоянии перманентного развития, каждый день в мире внедряются новые технологии диагностики и лечения, в результате чего люди, страдающие от болезней, которые традиционно считались неизлечимыми, получают шанс на исцеление. Поэтому в зависимости от состояния экономики каждое государство разрабатывает свои программы развития медицины, и этот процесс постоянен.

В ходе реформ 2005–2010 годов был укреплен потенциал системы здравоохранения Казахстана, внедрены элементы рыночных механизмов и осуществлен трансферт современных медицинских технологий. То есть система сделала большой рывок в своем развитии, появился мощный национальный медицинский холдинг, ставший локомотивом внедрения новых технологий. Когда была создана необходимая инфраструктура, нужно было наполнить ее внутренним содержанием, для чего была принята госпрограмма "Саламатты Қазақстан", которая завершается в нынешнем году. Были созданы Единый плателщик медицинских услуг, Единая национальная система здравоохранения. Если кратко, то отрасль перешла от финансирования на количество коек, кадров на финансирование по конечному результату, за каждого пролеченного пациента, и это, безусловно, прогрессивный шаг в развитии здравоохранения. Таким образом, благодаря поддержке Главы государства, Правительства в республике создана конкурентоспособная система охраны здоровья, способная решать самые сложные задачи.

– В текущем году завершается реализация государственной программы "Саламатты Қазақстан". Чего удалось добиться?

– Удалось добиться многого. Во-первых, был устранен дисбаланс финансирования между регионами. Внедрение Единой национальной системы здравоохранения позволило преодолеть дифференциацию условий и различий в финансировании в разрезе регионов. Значительно повысилась эффективность работы организаций первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП), ра-

ботников участковой службы, особый акцент сделан на профилактике.

Наши граждане получили возможность самостоятельно выбирать, в какой медицинской организации лечиться. Оплата за всех пролеченных независимо от места проживания осуществляется по принципу "деньги следуют за пациентом". Это также стимулирует организации здравоохранения, так как чем эффективнее они работают, тем больше средств получают. За пять лет внедрения Единой национальной системы здравоохранения межрегиональная госпитализация выросла в четыре раза. Треть пациентов из регионов выбирают для лечения Астану и Алматы, где сконцентрированы республиканские клиники. Остальные получают не менее квалифицированную помощь непосредственно в своих регионах.

Получила развитие транспортная медицина: в республике работают 49 передвижных мобильных комплексов, в которых ежегодно осматривается свыше 300 тысяч пациентов, три медицинских поезда с охватом более 200 тыс. человек и санитарная авиация, совершающая ежегодно около 1 000 вылетов как внутри страны, так и за ее пределами.

Активно осуществляется трансферт высокоспециализированной медицинской помощи. Стали доступными уникальные дорогостоящие технологии. Сегодня по всей стране успешно проводятся операции на сердце и головном мозге, производится пересадка органов. Если в 2010 году мы делали единичные операции по трансплантации органов, то сейчас наши центры освоили технологию пересадки донорского сердца, печени. В стране ежегодно проводится более 60 тысяч операций на сердце.

Действует утвержденная Правительством Программа развития онкологической помощи на 2012–2016 годы, акцент в которой сделан на раннем выявлении злокачественных новообразований путем профосмотров целевых групп и использования прогрессивных методов диагностики и лечения. Только за прошлый год скрининговый осмотр прошли 2,2 миллиона человек, охват составил 100% из целевых групп взрослого населения,

профилактическими осмотрами охвачено 4,5 миллиона детей, при этом было выявлено 15,7% больных. В результате скрининговых осмотров в 2014 году обнаружено более 2 000 случаев заболеваний раком и около 80 тысяч предраковых заболеваний и доброкачественных опухолей. Эти системные меры и позволили нам добиться тех результатов, о которых я уже упомянула. Главой государства перед нами поставлена задача войти в число 30 конкурентоспособных стран мира. Поэтому мы уже приступили к разработке новой Государственной программы развития здравоохранения на 2016–2020 годы, которая станет логическим продолжением предыдущих программ.

– На что будет сделан упор в новой государственной программе?

– Новая государственная программа будет направлена на закрепление и развитие достигнутых успехов и решение имеющихся проблем в вопросах охраны здоровья в соответствии с новыми вызовами, станет основой для планомерного развития отрасли. Одним из ее наиболее приоритетных направлений будет развитие первичной ПМСП как начального звена, определяющего структуру и принципы организации всей системы здравоохранения страны.

Во-вторых, предусматривается развитие кадрового потенциала на основе совершенствования медицинского образования, укрепления практической базы, изменения учебных планов и программ с учетом необходимости подготовки врачей общей практики. Наряду с этим требуется и усиление мотивации к работе в системе ПМСП, устранение неравномерного и нерационального распределения кадров между регионами, амбулаторно-поликлиническими и стационарными службами.

В-третьих, финансовое обеспечение здравоохранения должно осуществляться на основе применения единого и комплексного подушевого норматива, а уровень финансирования ПМСП должен быть доведен до международных стандартов – 40% от общего объема средств, направляемых на предоставление гарантированного объема бесплатной медицин-

ской помощи. В настоящее время он составляет 26%, что недостаточно для полного охвата населения эффективными услугами ПМСП.

Другое направление работы – это внедрение системы управления заболеваниями, предусматривающей профилактику, раннее выявление заболеваний и лечение как единый процесс медицинской помощи. Надо иметь в виду, что здравоохранение страны сталкивается сегодня с глобальными изменениями демографической ситуации: ростом продолжительности жизни, увеличением численности людей с хроническими неинфекционными заболеваниями и тенденцией старения населения.

Поэтому наша задача – адаптировать систему здравоохранения к новым вызовам, создав службу, ориентированную на нужды человека. Такая система уже была внедрена в ряде регионов в качестве пилотного проекта. Анализ результатов показывает, что один из основных барьеров в ее реализации – недостаточная преемственность и взаимодействие ПМСП и специализированных служб, что отражается на конечных результатах наблюдения и лечения пациентов. Поэтому проводится работа по совершенствованию службы, чтобы придать ей новый импульс, основанный на лучшей мировой практике.

– В системе здравоохранения существует кадровая проблема...

– Развитие кадрового потенциала здравоохранения – это одна из приоритетных задач. Ее решение начинается, конечно же, с образования. Действующие программы и учебные планы ориентированы преимущественно на подготовку специалистов узкого профиля для оказания стационарной помощи. Нам же необходимо еще развитие такого направления, как врачи общей практики, поскольку именно эта квалификация более эффективна для ПМСП. Кроме того, сегодня у вузов нет собственных клинических баз, что приводит к слабой практической подготовке выпускников. Поэтому нам предстоит большая работа по модернизации системы подготовки, переподготовки и повышения квалификации кадров, которая должна соответствовать внедряемой с 2009 года в Казахстане Национальной системе ква-

лификаций.

С учетом новых требований будет разработан пятилетний план подготовки кадров. Предстоящие изменения предполагают преобразование медицинских университетов и колледжей в центры компетенции. Обучение специалистов качественно нового уровня будет обеспечено посредством осуществления принципа триединства научного, образовательного и клинического процессов на базе региональных инновационных хабов, объединяющих организации медицинского образования, науки и практики. По опыту ведущих зарубежных стран (США, Великобритании и других) в основе создания региональных инновационных хабов будет лежать реализация эффективных форм партнерства (в виде научно-производственных холдингов, научных и технологических парков) между медицинскими университетами, научными центрами, медицинскими организациями и производством. Будут определены приоритетные специальности вузовского и послевузовского образования для подготовки специалистов за рубежом.

Второй важный вопрос – это повышение квалификации работающих кадров. Не секрет, что по количеству врачей мы входим в первую десятку стран мира. Но проблема в том, что основная часть квалифицированных врачей сконцентрирована в стационарном секторе, и поэтому существует нехватка кадров на уровне ПМСП. Обеспечив приоритетность ПМСП, что означает повышение статуса самой службы и работающих в ней специалистов, мы создадим условия для притока кадров в эту службу, в том числе "открыв двери" для частной медицины.

Третья задача – повышение квалификации медицинских сестер. Наши врачи перегружены не свойственными профессии функциями, с которыми эффективно справляются квалифицированные медсестры и фельдшеры. Подготовка и переподготовка специалистов среднего звена станет одной из наших главных задач.

Недавно вступил в действие Закон "О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам здравоохранения", на-

правленный на улучшение государственного регулирования в области здравоохранения, укрепление здоровья населения и ведение здорового образа жизни.

В Кодексе "О здоровье населения и системе здравоохранения" предусмотрена процедура оценки профессиональной подготовленности и подтверждения соответствия квалификации специалистов – оценки знаний и навыков в целях подтверждения соответствия квалификации специалиста требованиям профессионального стандарта в области здравоохранения. Эта норма вводится в действие с октября 2015 года. Оценка будет проводиться организациями, аккредитованными уполномоченным органом в области здравоохранения. Сертификат специалиста и свидетельство о присвоении категории, как и сегодня, будут выдаваться департаментами Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности, но по результатам предварительного прохождения специалистом независимой оценки.

Утверждается нормативная правовая база оценки – Правила оценки, Правила аккредитации, в том числе организаций, проводящих оценку. Кроме того, принимаются меры по дальнейшему повышению потенциала казахстанских экспертов и экзаменаторов с участием специалистов Всемирной организации здравоохранения, Национального совета медицинских экзаменаторов (NBME, США), совершенствованию содержания тестовой и симуляционной базы оценки в соответствии с профессиональными стандартами в области здравоохранения.

В целом проведение независимой оценки повысит объективность восприятия уровня знаний и навыков специалистов здравоохранения, будет способствовать снижению клинических ошибок и, соответственно, улучшению качества медицинских услуг.

– Можно ли сказать, что отечественное здравоохранение соответствует всем мировым стандартам?

– Система охраны здоровья в нашей стране находится на достаточно высоком уровне, и это признают ведущие мировые эксперты в сфере здравоохранения. Сегодня к

нам приезжают на лечение, на операции жители зарубежных стран. У нас уже сегодня есть немало поводов для гордости за отечественную медицину. Мы живем в постоянно меняющемся мире. Отрасль развивается, и это – постоянный процесс. Здоровоохранение, как и любая другая сфера, не стоит на месте. Появляются новые технологии, методы лечения. В недалеком прошлом мы вряд ли могли себе представить, что сможем вывозить на-

ших граждан, находящихся в критическом состоянии, из любой точки мира. А сегодня это стало повседневной реальностью. Я уверена, что казахстанские врачи всегда будут на передовой этого процесса, для этого государством созданы все условия. Поэтому совершенствование здравоохранения – процесс постоянный, и я думаю, очень скоро наступит время, когда его уровень ничем не будет уступать лучшим образцам мировой медицины.

Материал предоставлен пресслужбой Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан

КАДРЛАРДЫ БАСҚАРУ / УПРАВЛЕНИЕ КАДРАМИ

РУКОВОДИТЬ БОЛЬНИЦЕЙ – ОГРОМНАЯ
ОТВЕТСТВЕННОСТЬ!

**Аманов
Ануар
Турсунжанович**
*Главный врач городской больницы №4
города Алматы*

В последние годы в Казахстане развитию менеджмента в здравоохранении уделяется всё большее внима-

ние. Ведь Глава государства Нурсултан Назарбаев ставит основной вопрос в развитии профессионального менеджмента в здравоохранении. В современных условиях для успешной и эффективной реализации задач системы здравоохранения необходимо создание специально подготовленного к управлению состава менеджеров, являющихся наиболее успешными действующими управленцами. Их компетенции в сфере менеджмента здравоохранения играют ведущую роль в повышении качества оказываемых медицинских услуг. Ведь менеджер-организатор здравоохранения – это движущая сила развития профессионального менеджмента и создатель мотивационных компонентов для привлечения в отрасль здравоохранения профессиональных менеджеров (руководителей). Каждый руководитель медицинской организации должен уметь реализовывать стратегию развития потенциала менеджеров здравоохранения Республики.

Республиканский центр развития здравоохранения МЗСР РК уже третий год в

преддверии профессионального праздника медицинских работников проводит конкурс «Лучший по профессии» в номинации «Лучший менеджер здравоохранения». В этом году за звание «Лучшего менеджера» состязались 10 главных врачей со всей республики. По результатам конкурса 2015 года победителем признан главный врач городской больницы №4 города Алматы Аманов Ануар Турсунжанович. О том, какие основные задачи стоят перед управленцами системы здравоохранения, Ануар Турсунжанович поделился с читателями нашего журнала.

- Ануар Турсунжанович, поздравляем Вас с получением престижной награды! Что для Вас значит получение такой награды?

- Победа в любом конкурсе, а, тем более, на таком высоком уровне — это, конечно, удовлетворение. Удовлетворение амбиций, ощущение, что все старания не зря. Ну, и дополнительная мотивация на новые «вершины». И, само собой, победа в этом конкурсе – это заслуга всего сплоченного коллектива городской клинической больницы №4.

- Чем отличается Ваша медицинская организация от других? По каким критериям была выделена именно Ваша медицинская организация и Вы - как лучший менеджер?

- Главный принцип нашей работы - сочетание старых традиций и новых технологий, наша главная задача - быстрая и качественная помощь нашим пациентам. Мы не останавливаемся на достигнутом. Мы растем, развиваемся, совершенствуемся, у нас большие планы. Каждый, кто обратится в нашу

больницу со своей бедой, встретит здесь внимательное отношение, понимание, высокий профессионализм и квалификацию сотрудников. Стабильный рост основных показателей. Внедрение новых видов высокоспециализированной медицинской помощи. Внедрение новых методов работы, организации, управления персоналом и АХЧ. Хочу подробнее остановиться на высокоспециализированной медицинской помощи. Удельный вес ВСМП от пролеченных случаев в круглосуточном стационаре нашей клиники самый высокий в городе. В 2014 году этот показатель вырос до 14,5% (по городу 2%). Всего в 2014 году проведено 1793 операции ВСМП, что на 15 с лишним процентов больше, чем 2 года назад. Это тоже повод гордиться.

- Несколько слов об основных достижениях вашего коллектива.

- Городская клиническая больница №4 является одной из четырех больниц города Алматы, которая оказывает экстренную и плановую медицинскую помощь всем гражданам Республики Казахстан, пребывающим на территории нашего мегаполиса. Кроме плановой медицинской помощи наша больница оказывает высокоспециализированную медицинскую помощь. По ВСМП на сегодняшний день мы выполняем эндопротезирование тазобедренного сустава, коленного сустава, плечевого сустава, а также впервые в Казахстане в прошлом году мы установили протез локтевого сустава. Потребность в данном виде услуге очень высокая, есть большой поток больных. Управлением здравоохранения была поставлена задача – ликвидировать очереди на эндопротезирование крупных суставов.

У пациентов существуют такие возрастные изменения, как артрозы, ревматоидный артрит, к примеру, когда уже поражаются суставы и нужно менять два колена или два тазобедренных сустава. Эта задача была выполнена, мы полностью ликвидировали очередь на эндопротезирование по городу Алматы. Сейчас при наличии показаний пациент обращается в поликлинику по месту жительства. Если выявляются показания для госпитализации, его направляют к нам на портал, после чего мы оказываем пациенту дальней-

шее лечение. Вся процедура занимает 7 - 10 дней, и пациент своевременно получает высокоспециализированную медицинскую помощь. Нам это интересно с профессиональной точки зрения. В прошлом году сделано 750 протезирований тазобедренного, коленного, локтевого и плечевого суставов. В этом году мы подали заявку (с учетом возможностей нашей новой клиники) на 3200 протезирований. С начала года мы уже сделали 600 операций, и сейчас идет увеличение объемов высокоспециализированной медицинской помощи, соответственно растет и бюджет.

Протезы, используемые в нашей клинике, являются ведущими мировыми брендами производства США. Мы не ориентируемся на бюджетные протезы российского, китайского производства. Наша клиника старается держать свою марку как травматологическая ортопедическая клиника №1 не только в Алматы, но и по всему южному региону. Наши объемы сопоставимы с объемом НИИ травматологии и ортопедии в Астане, с ними у нас очень тесное сотрудничество по учебным процессам, по научной работе, а также в планах совместные проекты. Наряду с травматологией и ортопедией, которая представлена пятью отделениями, в нашей клинике функционируют ожоговое отделение, отделения хирургии, урологии, гинекологии, терапии, неврологии, отделение реанимации, оперблок, рентген-отделение, отделение функциональной диагностики. Имеется собственная аптека, в которой изготавливают растворы для внутривенных вливаний. Это значительно сокращает наши расходы, потому что стоимость препаратов, приготовленных самими, в десятки раз меньше, чем заводских.

- С какими трудностями вы сталкиваетесь в управлении коллективом? И как Вы с ними справляетесь?

- Я всегда с удовольствием рассказываю о нашем коллективе. Изначально, наша клиника была узкопрофильная, здесь не было отделений кроме травматологии и ортопедии. В тот момент мы делали первые шаги по расширению сферы обслуживания. Естественно, на начальном этапе были моменты, когда была разрозненность в коллективе, разногла-

сия между теми, которые недавно пришли и «старожилами», работающими по 30 лет.

Моя задача была объединить и сплотить коллектив. На сегодняшний день это один общий конгломерат, в котором нет противостояний. Мы вместе активно занимаемся спортом: играем в футбол, на праздники устраиваем эстафеты национальных видов спорта.

- В последнее время часто слышится в средствах массовой информации слово - "пациентоориентированность". Что, по Вашему мнению, оно обозначает? Каким образом пациентоориентированность проявляется в работе Вашей медицинской организации?

- Понятие, которое стало одним из главных в списке дериватов программы «Саламатты Қазақстан», и которое определяет всю нашу работу. Это и согласование с пациентом хода лечения, назначаемых процедур или операций. Даже просто свободный выбор пациентом медучреждения. Все уже, наверняка, хоть раз слышали про так называемый «портал». Через Бюро госпитализации к нам приезжают люди со всего Казахстана. Кроме того, это мониторинг: регулярно проводится анкетирование пациентов, что получили у нас лечение, на основе данных из этих анкет мы делаем анализ и вносим коррективы в работу клиники. И ещё служба поддержки пациентов: она включает в себя и постоянные встречи наших подопечных — т. е. пациентов — с заместителем главного врача по контролю качества оказания мед услуг, врачом-эксперта. К слову, даже встречаться не всегда требуется — можно написать, обратиться ко мне на сайте gkb4.kz — есть рубрика «блог главного врача» или просто задать волнующий вопрос: для этого рубрика «вопросы-ответы». С этой службой работает и психолог. Вы знаете, мы специализируемся на травматологии, и диагнозы, с которыми к нам поступают, да и, в принципе, любые тяжелые патологии или травмы — это всегда стресс, постоянный, долговременный, так что пытаемся лечить и душу, и тело. Хотя палаты типовые, они все же доступны для лиц с ограниченными возможностями. И это тоже часть пациентоориентированности.

- Также в настоящее время с высоких трибун часто говорят о "солидарной ответ-

ственности". Могли бы Вы расшифровать данное понятие для наших читателей?

- Об этом уже не раз говорил наш президент: Нурсултан Абишевич объяснял, что и пациент тоже несет ответственность за свое здоровье. Можно сказать, что наше здоровье - меня, вас, всех жителей страны - на 50 процентов зависит от образа жизни. Ну, просто невозможно вылечить до конца человека, который не принимает лекарства или даже не посещает вовремя врача, если стоит на учете. Солидарная ответственность, я уверен, может серьезно повысить эффективность казахстанской системы здравоохранения. Солидарная ответственность - это когда я разделяю с врачами бремя болезни. Что мы сейчас видим: часть населения — которой, естественно, она требуется - потребляет гарантированный объем медицинской помощи. И на этом все. А как же дальше: мало кто считает нужным отвечать за свое здоровье. Не ешь много жирной пищи — будет меньше риск заболеваний сердечно-сосудистой системы или инсульта. Но много ли из наших граждан отказываются посидеть допоздна за ломящимся от еды дастарханом... И это риторический вопрос... И если бы люди отвечали, разделили эту ответственность за свое здоровье с государством и системой здравоохранения, то мы могли бы поднять эффективность сегодняшней модели в несколько раз! Другой аспект: примерно в 80 процентах стран с бюджетным финансированием здравоохранения есть и сооплата. Медицина — это тоже сфера услуг, в какой-то степени товар на рынке. И там понимают цену качественному медобслуживанию. Некоторые платят за первый визит, другие за дополнительные виды медпомощи, процедуры и т.д.. Наверно, это тоже заставляет ценить каждодневные усилия моих коллег. И это, кстати, хорошо отражается на результатах лечения!

- Ануар Турсунжанович, по Вашему мнению, какой он «Лучший менеджер»?

- Ну, выходит, что такой, как я. (смеется.) Ну, а если серьезно, руководить такой «машиной», как ГKB №4, да любой большой больницей — это же огромная ответственность. Я даже считаю, что она больше, чем на каком-либо промышленном предприятии.

Если встанут станки — их можно запустить, даже доменную печь можно отстроить заново. Но жизнь и здоровье людей — тут совершенно другие стандарты. Так что хороший менеджер в здравоохранении должен в первую очередь иметь силы взять на себя огромную моральную ответственность. Ну, а следом — работоспособность, открытость для нового, рассудительность. Можно долго продолжать...

- Что нужно изменить в системе здравоохранения, чтобы не было «больших очередей» перед кабинетом врача?

- Работа в нашей клинике организована таким образом, что очередей и так, в общем, нет в том смысле, о котором вы говорите. Если это экстренное обращение, об очереди вообще нельзя говорить: все решается за пять минут, быстро сдаются анализы, принимается решение о назначении или операции, к примеру. Ну, а очереди, если говорить о плановых обращениях... Давайте с вот с такой стороны посмотрим. У нас в КДО (консультативно-диагностическом отделении) бывают очереди. 4,5, 6 человек сидят и ждут — хотят попасть на прием к нашим специалистам. Это показатель — хотят-то именно к ним, едут из других городов. Или эндопротезирование: есть очередь, но ее, скорее, стоит назвать ожиданием, оно может быть до двух месяцев: люди нам доверяют, и знают, что можно сделать это бесплатно, а не платить огромные деньги за границей часть без всяких гарантий и обязательств со стороны клиник. За это время человек корректирует свои планы, готовится к операции и затем спокойно идет к нам. Такие очереди — разве плохо?!

- Как в целом, можно избежать недовольства пациентов? Ведь большинство населения не устает жаловаться на отечественную медицину...

- Ну, хочется отметить, что мне чаще приходится сталкиваться или с благодарностью пациентов в адрес наших специалистов, или с конструктивными попытками решения разного рода вопросов вместе с пациентами или их родственниками: надо просто разговаривать с людьми, стараться понять, чего они хотят. Тогда будет соответственная реакция: человек понимает, что нет конфронтации, а

есть желание сделать все правильно, вылечить человека, объяснить максимально доступно, что и почему делается. Что касается жалоб: они будут всегда, никуда от них не деться. Мы обслуживаем до 15000 человек в год, если возникают какие-то проблемы, стараемся решить их тут же на уровне больницы. И обычно все благополучно решается — для всех. Как подтверждение — отсутствие обоснованных жалоб в течение двух лет.

- Пример какой зарубежной клиники/поликлиники Вам бы хотелось внедрить у себя в организации?

- Нельзя сказать, что вот эта конкретная больница — идеальный образец. Я посещал клиники в разных странах: США, Япония, Германия. Подмечаю интересные особенности, стараюсь перенять лучшее. Затем адаптирую это к условиям ГКБ №4 и внедряю. Более того, те наработки, что мы имеем, доступны для коллег. Мы и перенимаем чужой опыт, и хотим поделиться своим. 30 июня на базе нашей больницы будет проходить семинар-тренинг «Совершенствование деятельности служб поддержки пациента и внутреннего контроля в медицинских организациях», нам есть, что рассказать, чему научить.

- В завершении нашей беседы хотелось бы услышать вашу оценку состояния здравоохранения РК в целом.

- Уже давно ведется разговор о солидарной ответственности пациента и государства за свое здоровье. Есть определенная категория пациентов, которые не следят за своим здоровьем, которые ведут асоциальный образ жизни. Такое можно встретить в любом городе и любой клинике. Естественно, возникает вопрос, почему государство тратит колоссальные деньги, если человек, имея хроническое заболевание, не обращается в поликлинику по месту жительства, не проходит профилактические осмотры, а поступает, в конце концов, к нам с уже запущенной формой заболевания. Например, у человека хронический гастрит, в течение 5 - 7 лет не обращался в поликлинику, периодически занимался самолечением при возникновении болей, и вот он поступает к нам с кровотечением, с язвой желудка или 12-перстной кишки. В такой ситуации нужно спросить, почему на протяжении этих лет

больной не проходил профосмотры, не следил за здоровьем, не обращался в поликлинику и не получал периодическое квалифицированное лечение, используя дорогостоящее оборудование, препараты, квалифицированный персонал. Я думаю, что внедрение солидарной ответственности пациента за свое здоровье – это правильно. Невозможно, чтобы государ-

ство всегда отвечало за вас. Ваше здоровье – ваше богатство. Берегите его!

Беседовала Гульмира Нурпеисова,
Заведующая сектором по связям с общественностью РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗСР РК

О РАЗРАБОТКЕ ПРОЕКТОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СТАНДАРТОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Азербаета А.Ж.

Руководитель Информационно-аналитического центра

"Больница медицинского центра Управления делами президента Республики Казахстан"

Аталуы: Денсаулық сақтау саласындағы кәсіби стандарттар жобасын әзірлеу туралы

Авторлары: Азербаета А.Ж. ҚР Президенті Іс басқармасы Медициналық орталығының Ақпарат және талдау орталығының меңгерушісі

Түйіндеме: Кәсіби стандарттарды жобасын әзірлеу - мақала күні, денсаулық біліктілік жүйесін жетілдіру мәселесі, процесінің кезеңдерін бірінің сипаттау арналған. Стандарттың мақсаты лауазымдық функцияларын кәсіби және құрылымдық сипаттамасы жүйесін, оларды іске асыру үшін тапсырмаларды, білімді тиісті талаптарды, нақты мамандық қызметкерлерінің кәсіби дағдылары мен дамыту болып табылады.

Title: Professional standards projects development in healthcare

Authors: Head of Information and Analytical Center RSE "Medical Center of the Presidential Administration of the Republic of Kazakhstan "

Abstract: The article is devoted to date, the problem of improving the qualification system of health, the description of one of the stages of the process - project development of professional standards. The purpose of the standard is to develop a system of professional and structured description of job functions, tasks for their implementation, the relevant requirements of the knowledge, skills and competencies of workers in a particular profession.

Развитые государства мира усиливают стремление повысить свою конкурентоспособность путем подготовки трудовых ресурсов более высокого профессионального уровня. Стабильно высокие уровни безработицы, особенно среди молодежи, обнажили неспособность систем образования готовить для рынка труда молодых людей, обладающих необходимыми навыками. В этой связи, Президентом Республики Казахстан Н.А. Назарбаевым в статье «Социальная модернизация Казахстана: двадцать шагов к обществу всеобщего труда» поставлена конкретная задача по созданию национальной системы квалификаций. В формировании национальной

системы квалификации примут участие как потребители квалифицированных кадров на рынке труда, так и образовательные организации. Ориентированность профессиональных стандартов на потребности производственного сектора, и последующая разработка по ним образовательных стандартов, наряду с разработкой национальной и отраслевых рамок квалификаций, направленных на систематизацию квалификационных уровней, для справедливой мотивации труда и стимулирования карьерного роста, - вот основная идея национальной системы квалификаций.

Одной из основных проблем системы здравоохранения является обеспечение от-

расли высококвалифицированными кадрами, соответствующих современным требованиям высокотехнологичной медицины и запросам развитого общества. Одна из причин данного явления – это несоответствие компетенций соискателей на вакантные должности, в том числе и управленческие, ожиданиям работодателей.

Законом Республики Казахстан от 17 февраля 2012 года «О внесении изменений и дополнений в Трудовой кодекс Республики Казахстан» внесены положения по формированию национальной системы квалификаций. Указанным Законом законодательно закреплены такие понятия, как национальная рамка квалификаций, отраслевые рамки квалификаций, профессиональные стандарты, оценка профессиональной подготовленности и подтверждение соответствия квалификации специалистов. Определены компетенция уполномоченного органа по труду, уполномоченных государственных органов соответствующих сфер деятельности, объединений работодателей и работников в организации работы по формированию национальной системы квалификаций.

Утверждена национальная рамка квалификаций. Это очень принципиальный и системный шаг, призванный в корне изменить взаимоотношения всех сторон, представленных на рынке квалифицированного труда – системы образования, специалистов, бизнеса. С принятием данного документа в Казахстане начинается формирование новой системы подтверждения и присвоения квалификации специалистов.

Особенность казахстанской национальной рамки квалификаций состоит в том, что она является неотъемлемой частью Национальной системы квалификаций, совместима с Европейской рамкой квалификаций по восьми уровням в масштабах страны и базируется на результатах обучения.

На сегодняшний день Казахстан, являясь молодой страной-подписантом Болонской декларации, вошел в число 27 стран, принявших национальные рамки квалификаций.

На основе национальной рамки квалификаций уполномоченными государствен-

ными органами совместно с отраслевыми объединениями работодателей и работников разрабатываются отраслевые рамки квалификаций. На следующем этапе построения системы квалификаций проводится разработка профессиональных стандартов, к разработке которых необходимо привлечь участников производственного сектора отрасли. По разработанным профессиональным стандартам планируется разработка образовательных стандартов. Завершающим этапом планируется разработка системы сертификации в соответствии с квалификационными уровнями отраслевой системы.

В отрасли здравоохранения РК, в отличие от других отраслей система квалификаций уже имеет определенную нормативную базу. Уже существуют признаваемые в отрасли структурированные квалификационные уровни специалистов здравоохранения, на основе которого разработан проект отраслевой рамки квалификации. Также имеются квалификационные характеристики специальностей, которые послужат основой при разработке профессиональных стандартов. В настоящее время уже существуют образовательные стандарты и система сертификации согласно квалификационному уровню, совершенствование которых планируется провести в перспективе.

Основной единицей профессиональной деятельности отрасли является – профессия, в рамках которой деятельность направлена на решение определенной производственной задачи. У Области деятельности имеются 2 характеристики: функции области деятельности и квалификационные уровни в данной области деятельности.

Профессиональный стандарт является важнейшей частью Национальной системы квалификаций Республики Казахстан, на основе которого будут разработаны/усовершенствованы образовательные программы, стандарты в системе сертификации, должностные инструкции, система мотивации и стимулирования для сотрудников данной подотрасли деятельности. Профессиональный стандарт разрабатывается на основе требований Национальной рамки квалификаций, Отрасле-

вой рамки квалификации системы здравоохранения, с возможностью периодического обновления с учетом появления новых медицинских технологий, совершенствования безопасности и качества медицинских услуг, потребностей рынка медицинских услуг на новые компетенции в рамках специальности.

Целью разработки профессионального стандарта является системное и структурированное описание трудовых функций, задач по их реализации, соответствующих требований к знаниям, умениям, навыкам и компетенциям работников конкретной профессии.

Разработка проектов профессиональных стандартов состояла из трех этапов.

На подготовительном этапе была сформирована экспертная группа для непосредственной разработки отраслевых профессиональных стандартов. С целью координации работы членов экспертной группы по разработке проектов профессиональных стандартов закреплены методисты (модераторы). Все участники процесса были обучены методике разработки ОПС, анкетированию и интервьюированию работников организаций здравоохранения. Обучение проводилось в виде семинаров и регулярных консультаций. Дополнительно ключевые участники проекта приняли участие в тренинге компании Ернст энд Янг (Ernst & Young Kazakhstan LLP) с успешным прохождением экзамена по Методологии разработки профессиональных стандартов и получением подтверждения.

Разработчиками на подготовительном этапе разработаны 20 проектов профессиональных стандартов по следующим специальностям:

- 1) ревматология (взрослая, детская);
- 2) аллергология и иммунология (взрослая, детская);
- 3) пульмонология (взрослая, детская);
- 4) эндокринология (взрослая, детская);
- 5) нефрология (взрослая, детская);
- 6) инфекционные болезни (взрослая, детская);
- 7) лучевая диагностика (рентгенология, компьютерная и магнитно-резонансная томография, ультразвуковая);
- 8) функциональная диагностика;
- 9) медицина чрезвычайных ситуаций и ката-

строф;

- 10) общая хирургия (торакальная, абдоминальная, трансплантология, колопроктология);
- 11) кардиохирургия (взрослая, детская);
- 12) ангиохирургия (рентгенохирургия, интервенционная хирургия) (взрослая, детская);
- 13) травматология-ортопедия (комбустиология) (взрослая, детская);
- 14) патологическая анатомия (взрослая, детская);
- 15) трансфузиология (клиническая, производственная);
- 16) перфузиология;
- 17) детская хирургия (неонатальная);
- 18) медицинская генетика;
- 19) менеджмент здравоохранения;
- 20) общественное здравоохранение/социальная гигиена и организация здравоохранения (валеология, эпидемиология, статистика, методология).

С целью выявления соответствия функций, указанных в проектах профессиональных стандартов, реально выполняемым функциям специалистов практического здравоохранения согласно профилю, разработана анкета для работников организаций здравоохранения.

На основном этапе организовано и проведено анкетирование работников организаций здравоохранения по вопросу соответствия разработанного проекта профессионального стандарта профилю реально выполняемым функциям специалистов практического здравоохранения на сайте РЦРЗ с применением программы Survey Monkey. Респонденты могли ознакомиться с проектами 20 профессиональных стандартов на официальном сайте Республиканского центра развития здравоохранения <http://www.rcrz.kz> и дать свои комментарии или предложения, если считали это необходимым.

Проведен анализ анкетирования. Целью анкетирования было выявление соответствия, получение замечаний для дальнейшего усовершенствования разрабатываемых проектов профессиональных стандартов.

Для оценки практической необходимости, полезности, качества содержания и



Рисунок 1 – Доля организаций, принявших участие в анкетировании

степени важности разработанных профессиональных стандартов в анкетировании приняли участие 393 респондентов (рисунок 1).

На рисунке 2 представлен результат опроса при распределении по доли регионов, принявших наибольшее участие в анкетировании. Из 393 респондентов наибольшее количество приняли участие в анкетировании специалисты города Астана – 16,5%, на

втором месте - специалисты города Алматы – 12,5% и Акмолинской области – 9,2%, наименьшее число респондентов из Костанайской – 2,8%, Павлодарской – 2,3% и Северо-Казахстанской областей – 1,8%.

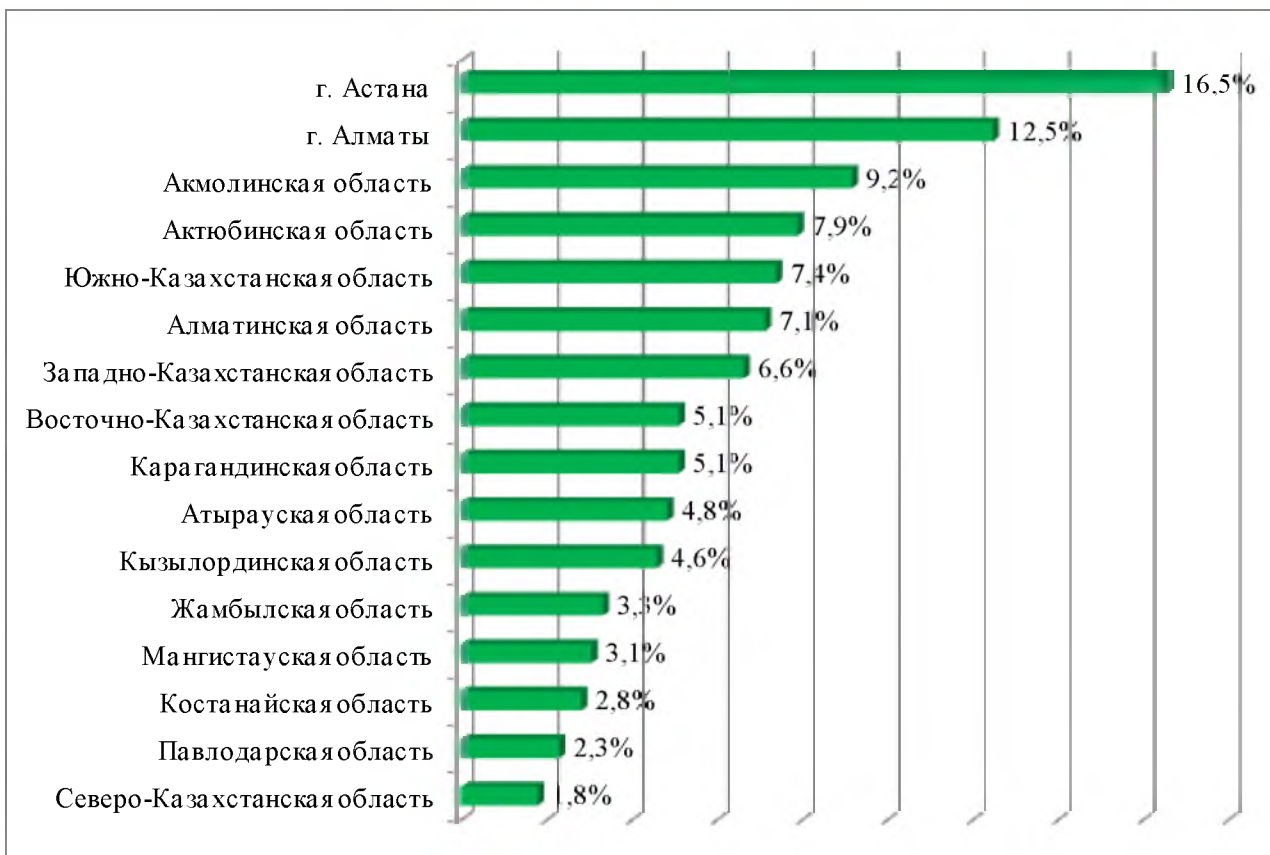


Рисунок 2 – Доля регионов, принявших участие в анкетировании

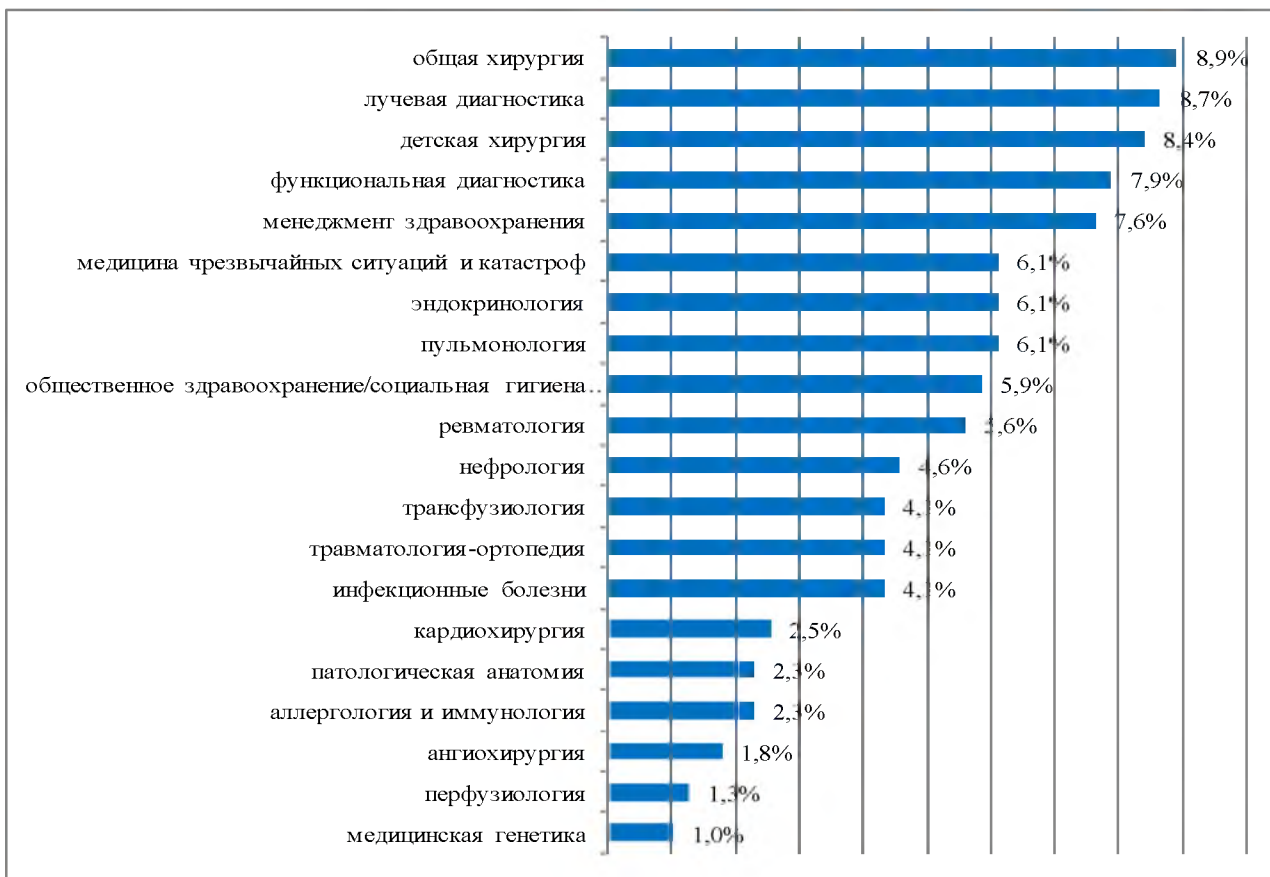


Рисунок 3 – Доля респондентов, оценивших профессиональный стандарт

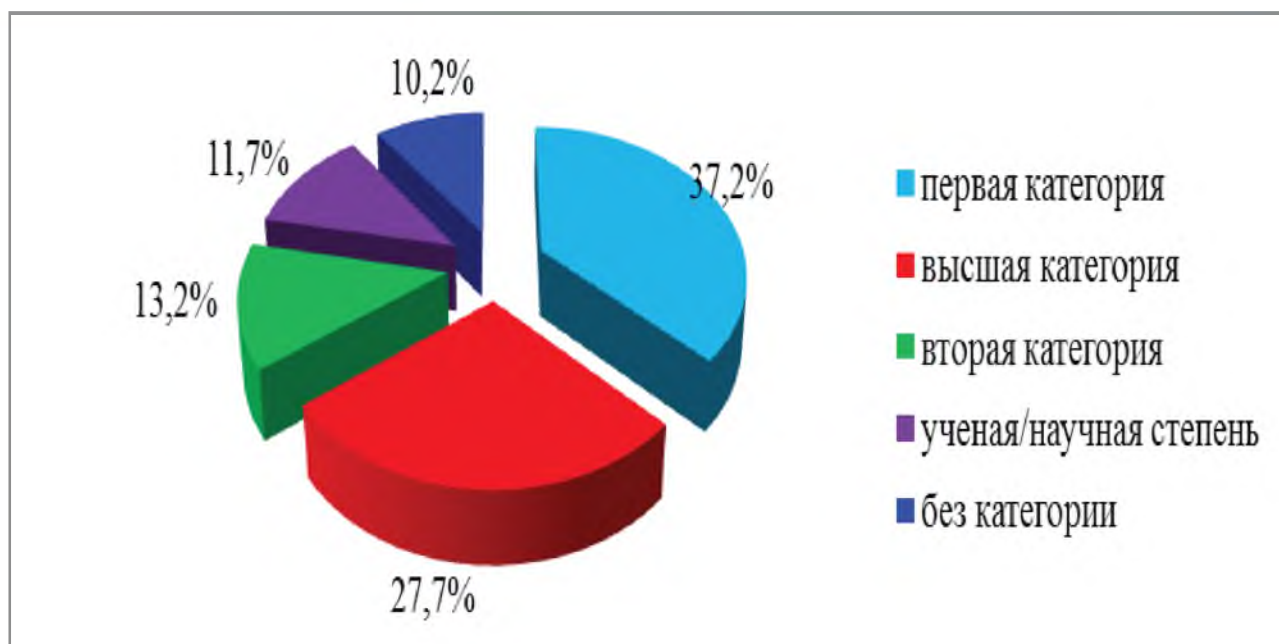


Рисунок 4 – Доля врачей с категорийностью, оценивших профессиональные стандарты

Из оценивших проекты профессиональных стандартов доля врачей с высшей квалификационной категорией составила 27,7%, с первой категорией - 37,2%, врачи имеющие вторую категорию – 13,2%, ученую степень – 11,7% и сертификат без категории – 10,2% (рисунок 4).

Таблица 1 – Оценка качества разработки и оформления профессиональных стандартов

Вопросы	Паразиты ответов		во в полном объеме		не в полном объеме		требуется дополнений		требуется исправлений		Количество ответов
	в полном объеме										
Как Вы считаете, в полном ли объеме представлены требования к образованию и опыту работы специалиста?	89,6%	352	1,3%	5	7,1%	28	2,0%	8			393
Как Вы считаете, в полном ли объеме отражен перечень трудовых функций согласно уровню квалификации?	90,1%	354	1,8%	7	7,4%	29	0,8%	3			393
	отлично		хорошо		удовлетворительно		требуется исправлений				Количество ответов
Как Вы оцениваете перечень компетенций (умений, навыков и знаний), входящих в каждую трудовую функцию и формирующих ее содержание?	23,4%	92	70,7%	278	4,8%	19	1,0%	4			393
	да, соответствует		нет, не соответствует		требуется дополнений		требуется исправлений				Количество ответов
Соответствует ли уровню квалификации указанные функции?	91,1%	358	0,2%	1	7,9%	31	0,8%	3			393
Соответствуют ли функциям указанные компетенции?	91,6%	360	0,3%	1	7,1%	28	1,0%	4			393
Соответствует ли специальности указанные личностные и профессиональные компетенции?	90,6%	356	0,0%	0	8,4%	33	1,0%	4			393

Вопросы	Варианты ответов		да, достигнуто		нет, не достигнуто		не в полном объеме		Количество ответов
	да, достигнуто	нет, не достигнуто	да, достигнуто	нет, не достигнуто	не в полном объеме	да, достигнуто	нет, не достигнуто		
Как Вы считаете, достигнуто ли цель разработки профессионального стандарта (представлено ли по каждой профессии системное и структурированное описание уровней квалификации, трудовых функций и соответствующих требований к компетенциям)?	91,7%	354	0,5%	2	7,8%	30			386

Респонденты представленные в ПС объём требований к условиям труда, образованию и опыту работы специалиста оценили следующим образом (таблица 1):

89,6% опрошенных считают, что объём представленных требований к условиям труда, образованию и опыту работы специалиста ПС соответствует – в полном объёме, 1,3% – не в полном объёме, 7,1% – требует дополнений, и 2,0% – требует исправлений.

На вопрос об объёме перечня трудовых функций согласно уровню квалификации 90,1% анкетированных считают перечень достаточным, 1,8% отмечают неполноценность перечня функций, 7,4% полагают, что перечень трудовых функций по профессиям требует дополнений, а 0,8% предлагают внести исправления.

По вопросу соответствия перечня компетенций (умений, навыков и знаний), входящих в каждую трудовую функцию и формирующих ее содержание, из числа всех опрошенных специалистов 23,4% оценивают перечень соответствующих в полном объёме, 70,7% – не в полном объёме, 4,8% - требует исправлений, и 1,0% требует исправлений в профессиональном стандарте.

На вопрос «Соответствуют ли уровню квалификации указанные функции?» ответили следующим образом: да, соответствует – 91,1% респондентов, не соответствует – 0,2% опрошенных, требуют дополнений – 7,9% врачей, а также 0,8% предположили внести исправления.

91,6% анкетированных считают, что уровень соответствия функций указанным профессиональным компетенциям, представлен-

ным в проекте профессиональных стандартов, в то же время 0,3% опрошенных не согласны с предложенным перечнем, 7,1% специалистов предлагают внести дополнения, 1,0% врачей требует изменений.

На вопрос «Соответствует ли специальности указанные личностные и профессиональные компетенции?» 90,6% врачей ответили – да, соответствует, 8,4% анкетированных ответили, что компетенции требуют дополнений, и 1,0% специалистов требуют исправлений.

К вопросу о достижении цели разработки профессионального стандарта, ответили:

91,7% врачей считают, что цель разработки достигнута в полном объёме и представлены системное и структурированное описание трудовых функций, соответствующие требования к компетенциям;

0,5% считают, что системное и структурированное описание трудовых функций и задач не в полном объёме;

остальные 7,8% полагают, что цель разработки не достигнута.

По результатам анкетирования можно сделать следующие выводы:

1. Большинство респондентов, принявших активное участие в опросе, то есть заинтересованных в рассмотрении проектов ПС, оказались работниками медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь. На втором месте – работниками медицинских организаций, оказывающих амбулаторную помощь,

2. Из опрошенных специалистов преимущественно были сотрудники столичных

медицинских организаций.

3. Активное участие в опросе приняли представители следующих специальностей: общая хирургия, лучевая диагностика, детская хирургия, функциональная диагностика и менеджмент здравоохранения.

4. По результатам анкетирования специалисты с высшей и первой квалификационной категорией показали наибольшую заинтересованность в опросе.

5. Основной контингент опрошенных отмечают, что объём представленных в профессиональных стандартах требований к условиям труда, образованию и опыту работы специалиста отражен в полном объеме.

6. Также перечень трудовых функций, указанных в профессиональных стандартах, не требует дополнений и в полной мере соответствует уровню квалификации.

7. Больше половины респондентов отметили, что представленные компетенции, формирующие содержание трудовой функции, отражены полностью, но имеют некоторые недочеты и могут быть дополнены.

8. В тоже время, превалирующее число анкетированных согласны с утверждением, что перечень личностных и профессиональных компетенций соответствует специальностям.

9. И в итоге, к вопросу о цели разработки ПС по представлению системного и структурированного описания трудовых функций и соответствующих требований к компетенциям, почти все специалисты считают достигнутой.

После проведения доработки проектов профессиональных стандартов с учетом результатов анкетирования и обсуждения был начат заключительный этап, в ходе которого

проекты профессиональных стандартов были обсуждены с представителями медицинских организаций, научных медицинских организаций и медицинских высших учебных заведений, колледжей с работниками отраслевых объединений в научно-практической конференции «Современные аспекты управления качеством медицинской помощи и безопасности пациентов в Республике Казахстан» 7 ноября 2014 года, проведенной АО «Центр медицинских технологий» Медицинского центра «Управления делами Президента Республики Казахстан».

Далее проведена экспертиза ОПС: одного ОПС не менее двумя экспертами и одним главным внештатным специалистом МЗ СР РК по каждой специальности. Привлекаемые независимые эксперты имели первую/высшую квалификационную категорию по соответствующему профилю, наличие ученой степени, опыт в образовательной или научной деятельности, опыт разработки проектов нормативно-правовых и методических документов, и опыт рецензирования методических разработок, рекомендаций и научных работ. Проведена повторная доработка ОПС с учетом результатов обсуждения и экспертизы.

Таким образом, анализ результатов выполненной работы, с учетом полученного одобрения привлеченных экспертов на проекты профессиональных стандартов и результаты анализа проведенного анкетирования представителей всех 20 профессиональных подгрупп, свидетельствует о том, что разработанные проекты профессиональных стандартов могут быть применены, как инструмент компетентного подхода к управлению кадровыми ресурсами здравоохранения.

Источники:

1. «Социальная модернизация Казахстана: двадцать шагов к обществу всеобщего труда» Назарбаев Н.А. Казинформ. 10.07.2012
2. Закон Республики Казахстан от 17 февраля 2012 года «О внесении изменений и дополнений в Трудовой кодекс Республики Казахстан»
3. Совместный приказ Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 24 сентября 2012 года № 373-ө-м и Министра образования и науки Республики Казахстан от 28 сентября 2012 года № 444. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 19 октября 2012 года № 8022

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ СТРАТЕГИЯСЫ ЖӘНЕ САЯСАТЫ /
СТРАТЕГИЯ И ПОЛИТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯРАНЖИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ И НАУЧНЫХ ОР-
ГАНИЗАЦИЙ, КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ КОНКУРЕН-
ТОСПОСОБНОСТИ НАУЧНОЙ И ИННОВАЦИОННОЙ ДЕЯ-
ТЕЛЬНОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Койков В.В.

*Директор Департамента развития медицинской науки образования
РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗСР РК*

Умбетжанова А.Т.

Докторант АО «Медицинский университет Астана»

Аубакирова А.С.

*Начальник отдела развития медицинской науки и экспертизы Департамента развития ме-
дицинской науки образования РГП на ПХВ «Республиканский центр развития
здравоохранения» МЗСР РК*

Абдуажитова А.М.

*Главный менеджер отдела развития медицинской науки и экспертизы Департамента разви-
тия медицинской науки образования РГП на ПХВ «Республиканский центр развития
здравоохранения» МЗСР РК*

Мергентай А.

*Главный менеджер отдела развития медицинской науки и экспертизы Департамента разви-
тия медицинской науки образования РГП на ПХВ «Республиканский центр развития
здравоохранения» МЗСР РК*

Аталуы: Денсаулық сақтаудағы ғылыми және инновациялық қызметтің бәсекеге қабілеттілігін артты-
ру құралы ретінде медициналық жоғары оқу орындары мен ғылыми ұйымдарды саралау

Авторлары: Койков В.В., Умбетжанова А.Т., Әубәкірова А.С., Әбдуәжитова Ә.М. Мергентай А ҚР
ДСӘДМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» РМК, «Астана медициналық университеті»
АҚ

Түйіндеме: Ғылым және инновация саласында бәсекеге қабілеттілікке жетудің негізгі шарттарының бірі, медициналық ғылымды басқарудың тиісті қағидаларын қолдану болып табылады, олардың қатарына басты нәтижелілік көрсеткіштері бойынша денсаулық сақтау ұйымдарының қызметін мониторингілеу және бағалау жатады. Осыған байланысты, Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесінде 2013 жылдан бастап ғылыми және инновациялық қызмет индикаторлары бойынша медициналық ғылым және білім беру ұйымдарын бағалау жүйесі енгізілген. 2014 жыл бойынша медициналық ғылыми ұйымдар мен медициналық ЖОО-ларды саралау нәтижелерінің талдауы барлық ғылыми ұйымдар мен ЖОО-ларда мен ғылыми қызметтің негізгі индикаторларының 2013 жылдың нәтижелері жөніндегі мәліметтермен салыстырғанда анық оң динамикасын көрсетті. Сонымен бірге, анықталған кемшіліктер ғылыми зерттеулер менеджментін жетілдіру бойынша басқарушылық шешімдердің қабылдануын, жүргізілетін зерттеулердің сапасын қамтамасыз етуге қажетті зерттеушілердің құзыретін арттыруды, инфрақұрылымды дамытуды талап етеді.

Title: The ranking of medical schools and scientific organizations as a tool to enhance the competitiveness of research and innovation in health care

Authors: Koikov V.V., Umbetzhanova A.T., Aubakirova AS, Abduazhitova A.M., Mergentay A.

RSE "Republican Center for Health Development" MHSR RK, JSC "Astana Medical University

Abstract: One of the main conditions for achieving competitiveness in science and innovation is the use of appropriate guidelines for the management of medical science, which include monitoring and evaluation of health care organizations on key performance indicators. In this regard, in 2013 the system of evaluation of the organization of medical science and education by the indicators of research and innovation was introduced the health care system of Kazakhstan. Analysis of the results of ranking institutions of medical science and medical universities for 2014 showed clear positive trends in key indicators of scientific activity in all scientific organizations and universities, compared with the data on the results of 2013. However, the identified deficiencies, require the adoption of administrative decisions on improving the management of scientific research, increasing the competence of the researchers, the development of the infrastructure necessary to ensure the quality of the research

Достижение конкурентоспособности медицинской науки и инноваций в системе здравоохранения РК относится к числу ключевых задач развития национальной системы здравоохранения РК [1]. При этом одним из основных условий достижения конкурентоспособности в сфере науки и инноваций является использование надлежащих принципов управления медицинской наукой, к числу которых относятся мониторинг и оценка деятельности организаций здравоохранения по ключевым показателям результативности, позволяющим проводить интегральную оценку всех ключевых составляющих научно-инновационного процесса.

В системе здравоохранения РК с 2013 года внедрена система оценки организаций медицинской науки и образования по индикаторам

научной и инновационной деятельности (рисунок 1) [2].

Основная цель внедрения системы индикаторов научной и инновационной деятельности – стимулировать научную и инновационную активность организаций медицинского образования и науки, способствовать развитию научного потенциала казахстанских исследователей и преподавателей медицинских ВУЗов, в целом повысить уровень конкурентоспособности биомедицинских научных исследований и обеспечить вхождение Казахстана в авторитетные глобальные (общемировые и региональные) страновые рейтинги, а субъектов системы здравоохранения – в рейтинги отдельных организаций (университетские рейтинги, рейтинги научных организаций) и индивидуальных исследователей.



Рисунок 1 – Методика ранжирования медицинских научных организаций и ВУЗов

Ранжирование научных организаций и ВУЗов в рамках данной методики проводится по следующим категориям: медицинские ВУЗы, организации медицинской науки клинического профиля, организации медицинской науки неклинического профиля. При ранжировании учитываются следующие ключевые индикаторы, объем выполняемых научных исследований, публикации, цитирование, патенты, научные разработки, коммерциализация результатов научной деятельности, участие в международных конференциях. Для обеспечения возможности сравнивать и сопоставлять между собой отдельные НИИ, НЦ и ВУЗы бальное и абсолютное значение показателей по каждому индикатору рассчитываются на одну единицу производственного персонала, т.е. количество фактически занятых должностных единиц в научных, клинических и образовательных подразделениях. Данный подход позволяет оценить результативность работы единицы производственного персонала НИИ, НЦ, ВУЗа.

Научный и инновационный потенциал системы здравоохранения РК

Научной и инновационный потенциал системы здравоохранения РК представлен 33 организациями, осуществляющими прикладные научные исследования в сфере медицины, в том числе 8 организациями медицинского образования, 20 научными организациями клинического профиля и 5 научными организациями неклинического профиля. Кадровый потенциал сферы медицинской науки и инноваций представлен 7929 специалистами научного, педагогического и клинического которые занимают 9121 должностных единиц (1 января 2015 года). Из них, доля занятых должностей профессорско-преподавательского состава составляет 54,5%, доля занятых должностей персонала научных подразделений – 8,1%, доля должностей клинического

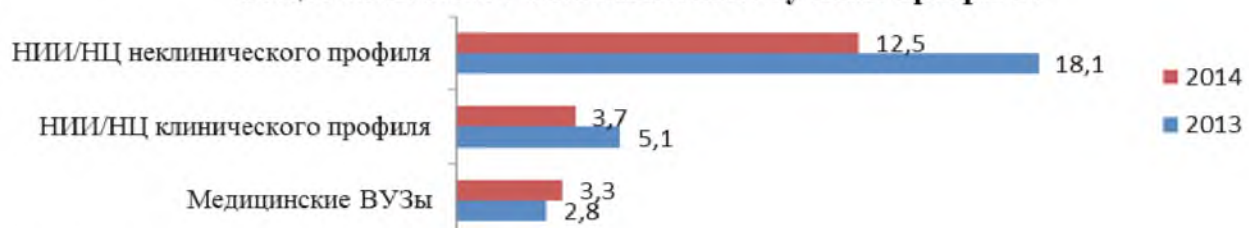
персонала – 33,4%. В организациях медицинской науки и образования работает 727 докторов наук, 2010 кандидатов наук и 66 докторов PhD.

Динамика ключевых индикаторов научной и инновационной деятельности

Ключевыми показателями в оценке объема выполняемых научных исследований является количество выполняемых научных программ и объем привлеченного финансирования на их реализацию. Проведенный анализ показывает рост общего количества выполняемых научных программ и проектов в области здравоохранения на 10,1% (с 276 в 2013 году до 304 в 2014 году), в т.ч. инициативных НТП – на 20,7% (с 106 до 128), программно-целевых НТП – на 17,5% (с 40 до 47). При расчете показателей на единицу производственного персонала положительная динамика отмечается лишь в медицинских ВУЗах (рисунок 2), что связано с тем, что именно в ВУЗах в последние годы сосредоточен основной объем проводимых исследований в системе здравоохранения (рисунок 3).

Вместе с тем, проведенный нами мониторинг показал наличие ряда недостатков. Так общий объем финансирования, привлекаемого на научные исследования в 2014 году по сравнению с 2013 годом снизился на 7,5% (с 5981 млн. тенге до 5531 млн. тенге), выполнение программно-целевых НТП отсутствует в 21,2% (7) организаций, выполнение грантовых НТП, финансируемых отечественными грантодателями, отсутствует в 42,4% (14) организаций, зарубежными грантодателями – отсутствует в 78,7% (26) организаций. Выполнение НТП в партнерстве с зарубежными НИИ/НЦ, ВУЗами отсутствует в 57,6% (19) организаций, лишь 17,1% (52) НТП реализуются в партнерстве с зарубежными ВУЗами, НИИ/НЦ.

Общее количество выполняемых научных программ



Объем привлеченного финансирования на науку, тыс. тенге

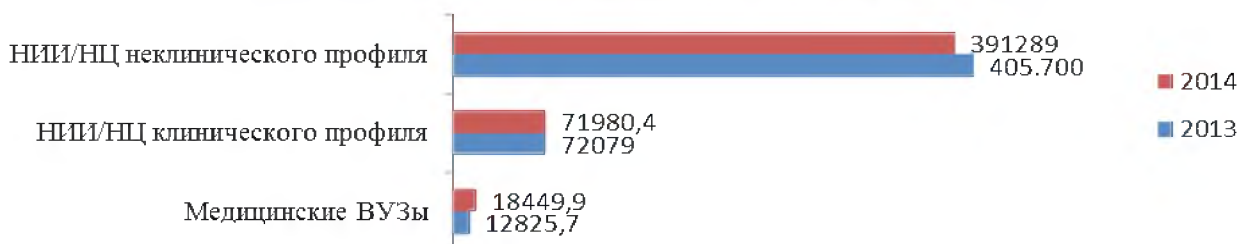


Рисунок 2 – Динамика показателей по индикатору "Объем выполняемых научных исследований" в расчете на 100 единиц производственного персонала



Рисунок 3 - Вклад ВУЗов и НИИ/НЦ в достижение показателей индикатора "Объем выполняемых научных исследований", 2014 год

Ключевыми показателями в оценке результативности выполняемых научных исследований являются публикации в международных рецензируемых научных изданиях, индексируемых в авторитетных базах данных научной информации (Web of Knowledge, Scopus, Springer). Проведенный анализ показывает рост общего количества публикаций (научных статей) в рецензируемых изданиях на 86,8% (с 91 в 2013 году до 170 в 2014 году). При этом доля публикаций в журналах с импакт-фактором от общего объема публикаций в рецензируемых изданиях возросла с 75,8% до 87,1% (с 69 до 148). При расчете показателей на единицу производственного персонала

наиболее значительная динамика количества публикаций отмечается в медицинских ВУЗах (рисунок 4). Именно ВУЗы вносят наибольший вклад в достижение данного показателя (рисунок 5).

Выявленные нами недостатки в уровне публикационной активности показывают отсутствие публикаций в рецензируемых изданиях в 18,2% (6) организациях (в 2013 году в 36,4% (12) организаций). Доля публикаций казахстанских ученых-медиков в журналах, утративших свой авторитет (life Science Journal, World Applied Sciences Journal и др.) составляет 23,5% (40) (в 2013 году 40,9% (33)).

Всего статей

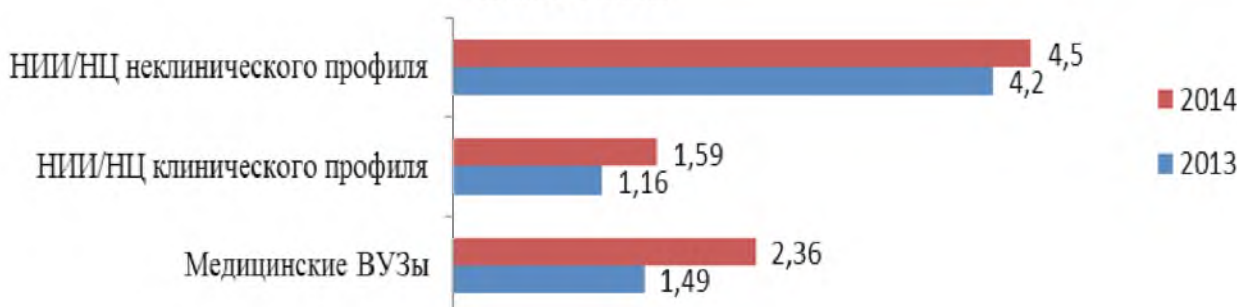




Рисунок 4 – Динамика показателей по индикатору "Количество публикаций в международных рецензируемых научных изданиях" в расчете на 100 единиц производственного персонала



Рисунок 5 - Вклад ВУЗов и НИИ/НЦ в достижение показателей индикатора "Количество публикаций в международных рецензируемых научных изданиях", 2014 год

К числу ключевых показателей, оценивающих востребованность научных работ казахстанских ученых-медиков, является цитирование научных работ. Проведенный анализ показывает рост количества цитирований научных работ за последние 5 лет по данным Web of Knowledge, Scopus на 86,3% (с 1235 в 2013 году до 2301 в 2014 году). Количество цитирований научных работ за последние 5 лет по данным Google Scholar, национальных агентств в РК и странах СНГ (РИНЦ) возросла в 3,7 раза (с 1050 до 3884). При расчете показателей на единицу производственного персонала наиболее значительная динамика цитирования научных работ отмечается в медицинских ВУЗах и НИИ/НЦ неклинического профиля (рисунок 6). Ощутимый рост данного показателя во многом связан с тем, что

по сравнению с 2013 годом в организациях медицинской науки и ВУЗах начала работать система мониторинга за достижениями своих сотрудников. Как и по другим индикаторам наибольший вклад в достижение данного показателя цитирования вносят медицинские ВУЗы (рисунок 7).

Выявленные нами недостатки в уровне цитирования научных работ указывают на отсутствие цитирования научных работ у сотрудников 24,2% (8) организаций (в 2013 году - в 36,4% (12) организаций). Доля сотрудников, чьи работы цитируются в течение 5 последних лет, составляет всего лишь 10,5% (810), т.е. цитирование научных работ отмечается лишь у одного из 10 сотрудников отечественных НИИ, НЦ и ВУЗов.

Количество цитирований по данным Web of Knowledge, Scopus

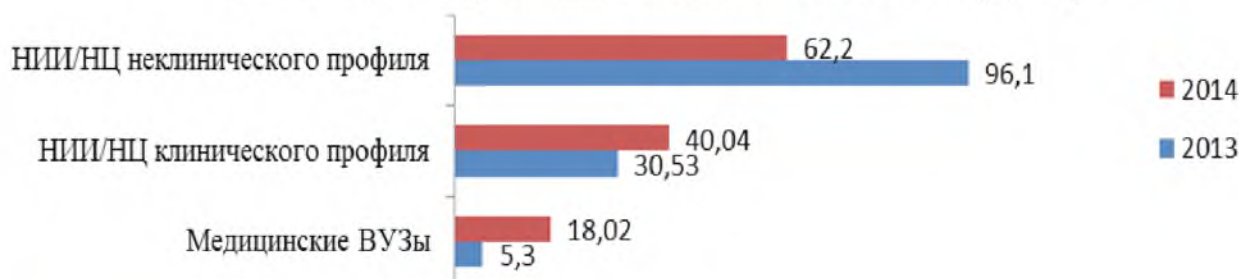




Рисунок 6 – Динамика показателей по индикатору "Цитирование научных работ в течение 5 последних лет" в расчете на 100 единиц производственного персонала



Рисунок 7 – Вклад ВУЗов и НИИ/НЦ в достижение показателей индикатора "Цитирование научных работ в течение 5 последних лет", 2014 год

К числу ключевых показателей, оценивающих уникальность научных разработок, относятся патенты и иные охраняемые документы (авторские свидетельства и т.д.). Проведенный нами анализ показывает рост количества полученных охраняемых документов (патентов, авторских свидетельств) в 2,1 раза (с 126 в 2013 году до 262 в 2014 году), в т.ч. количество авторских свидетельств возросло в 5,9 раз (с 31 до 182). При расчете показателей на единицу производственного персонала положительная динамика количества охраняемых

документов отмечается лишь в медицинских ВУЗах (рисунок 8). Именно медицинские ВУЗы вносят наибольший вклад в достижение данного показателя (рисунок 9).

Выявленные нами недостатки в уровне патентования научных разработок в сфере здравоохранения указывают на отсутствие охраняемых документов в 51,5% (17) организаций. Доля патентов (национальных, зарубежных) в общем количестве охраняемых документов снизилась с 15,5% (20) в 2013 году до 3,4% (9) в 2014 году.

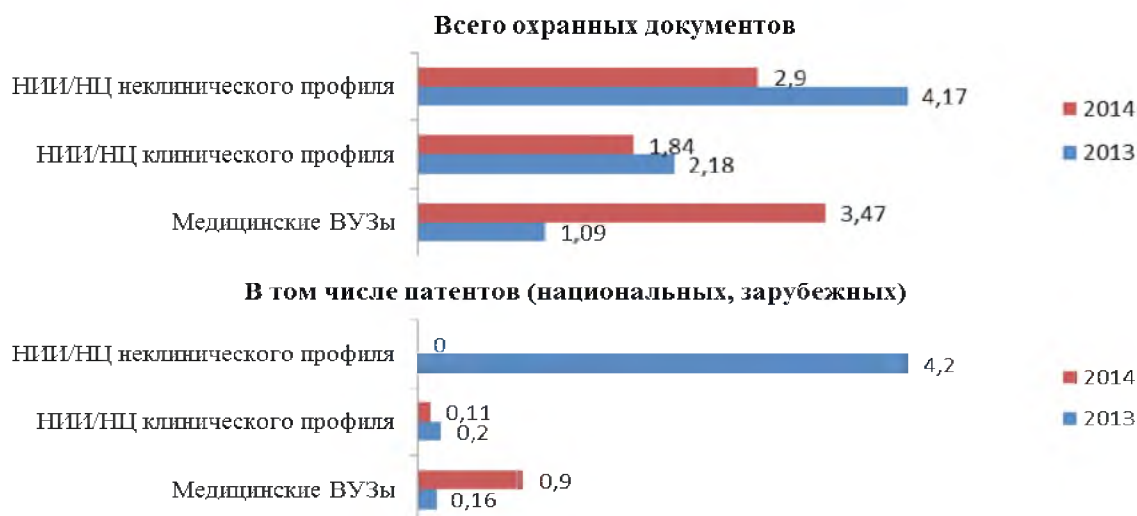


Рисунок 8 – Динамика показателей по индикатору "Количество полученных патентов и иных охраняемых документов" в расчете на 100 единиц производственного персонала

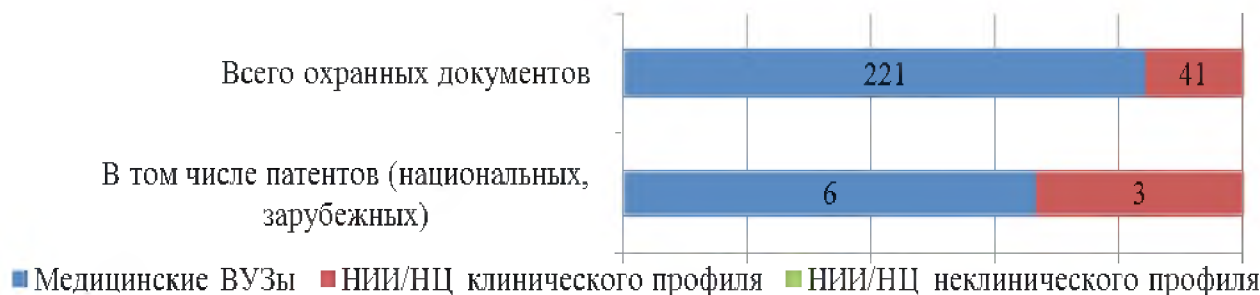


Рисунок 9 – Вклад ВУЗов и НИИ/НЦ в достижение показателей индикатора "Количество полученных патентов и иных охранных документов", 2014 год

К числу ключевых показателей, оценивающих результативность научных исследований, относятся также научные разработки, утверждаемые на уровне уполномоченного органа в области здравоохранения (новые медицинские технологии, методические рекомендации, руководства, инструкции и регламенты, монографии, атласы). Проведенный нами анализ показывает рост количества новых фармпрепаратов, способов (протоколов) лечения, диагностики и реабилитации в 3,5 раза (с 138 в 2013 году до 489 в 2014 году). Количество методических рекомендаций, руководств, инструкций и регламентов, монографий, атласов возросло на 29,7% (с 111 до 144). При расчете показателей на единицу производственного персонала наиболее значительная положительная динамика количе-

ства новых фармпрепаратов, способов (протоколов) лечения, диагностики и реабилитации отмечается для медицинских ВУЗов и НИИ/НЦ клинического профиля, количества методических рекомендаций, руководств, инструкций и регламентов, монографий, атласов – для НИИ/НЦ неклинического профиля (рисунки 10 и 11).

Выявленные нами недостатки в уровне создания научных разработок в медицинских НИИ, НЦ и ВУЗах указывают на отсутствие разработки новых фармпрепаратов, способов (протоколов) лечения, диагностики и реабилитации в 36,4% (12) организаций. Разработка методических рекомендаций, руководств, инструкций и регламентов, монографий, атласов отсутствует в 27,3% (9) организаций.

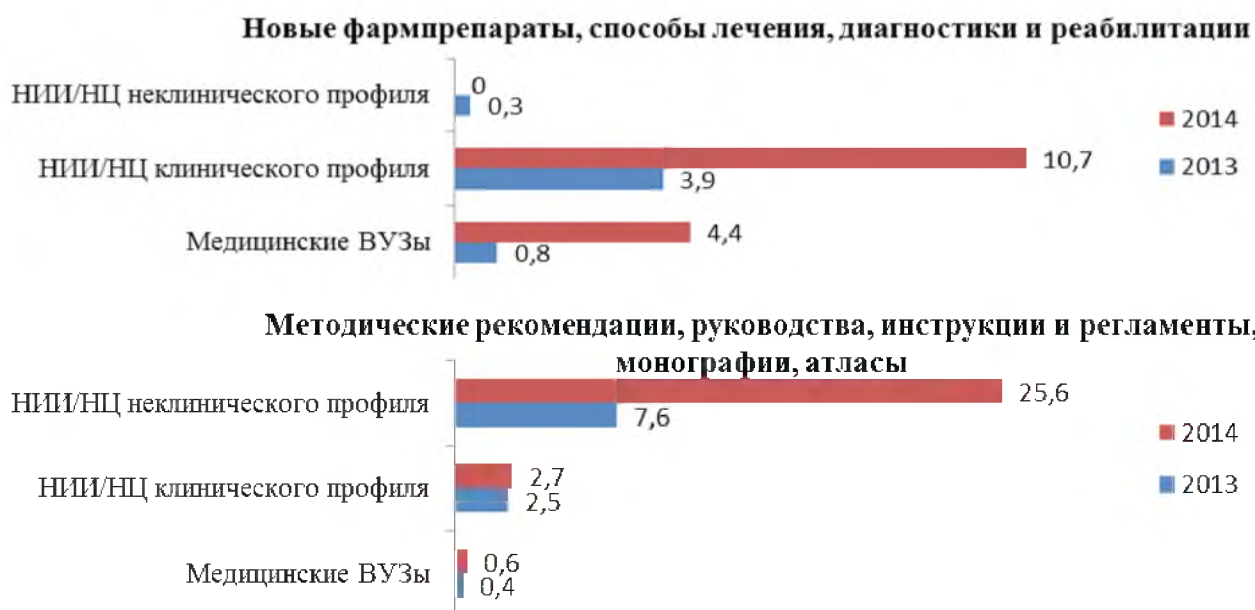


Рисунок 10 – Динамика показателей по индикатору "Количество научных разработок" в расчете на 100 единиц производственного персонала

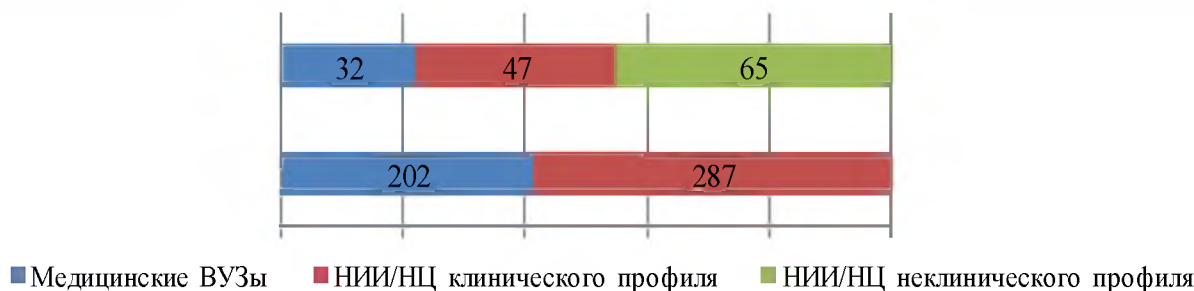


Рисунок 11 – Вклад ВУЗов и НИИ/НЦ в достижение показателей индикатора "Количество научных разработок", 2014 год

Несмотря на рост количества коммерциализованных технологий в 19 раз (с 5 в 2013 году до 95 в 2014 году) и увеличение объема прибыли от коммерциализации технологий в 29,8 раз (с 19 789 тыс. тенге в 2013 году до 589 390 тыс. тенге в 2014 году), отмечается недостаточный уровень коммерциализации результатов научных исследований. Так, коммерциализация научных разработок в 2014 году отсутствовала в 72,7% (24) организаций, трансферт новых медицинских технологий (одобренных на уровне уполномоченного органа) отсутствовал в 75% (15) клинических НИИ/НЦ.

Показателем научной активности сотрудников медицинских НИИ, НЦ и ВУЗов является также участие в международных конференциях. В динамике за последние 2 года количество докладов на конференциях возросло на 30% (с 2096 до 2725), количество опубликованных тезисов возросло на 84,5% (с 1711 до 3157). Вместе с тем, проведенный нами анализ показывает, что доля специалистов НИИ/НЦ и ВУЗов, имеющих в 2014 году доклады на конференциях, составил лишь 35,3% (в 2013 году – 27,1%). Доля специалистов НИИ/НЦ и ВУЗов, опубликовавших тезисы, составила 40,9% (в 2013 году – 22,2%). Доля тезисов, опубликованных в сборниках, индексируемых в международных базах данных - составила 11,4% (361) (в 2013 году – 12,2%).

Таким образом, проведенный нами анализ итогов ранжирования организаций медицинской науки и медицинских вузов за 2014 год свидетельствует о явной положительной динамике ключевых индикаторов научной де-

ятельности в сравнении с данными по итогам 2013 года: это касается роста количества выполняемых научных программ, публикаций, цитирований, полученных патентов. Вместе с тем, для дальнейшего стимулирования научной и инновационной деятельности необходимо принять меры по устранению выявленных нами недостатков. Прежде всего, нами выявлена недостаточная информированность организаций о своих достижениях, что требует усиления мониторинга научной и инновационной деятельности на уровне НИИ, НЦ и ВУЗов. Необходимо также принять меры по повышению научно-исследовательской активности сотрудников (через внедрение дифференцированной оплаты труда, поддержку и развитие научных школ и т.д.), поскольку проведенный нами анализ указывает на то, что лишь 20-25% сотрудников ВУЗов и НИИ/НЦ вовлечены в научно-исследовательскую деятельность (вносят вклад в достижение индикаторов).

В целом ряде организаций (21% (7)) отмечается отрицательная динамика суммарных показателей рейтинга, отсутствуют публикации (в 18,2% (6) организаций), цитирования научных работ (в 24,2% (8) организаций), охранные документы (в 51,5% (17) организаций), коммерциализация и трансферт технологий (в 72,4% (24) организаций).

В этой связи необходимо принять меры по повышению ответственности организаций за низкие показатели научной и инновационной деятельности (достижение пороговых значений), включая:

- принятие мер административного воздействия к аутсайдерам в рейтинге;

- снижение госзаказа на послевузовское обучение для организаций, показывающих низкие показатели научной и инновационной деятельности;

- рассмотрение целесообразности наличия у организации статуса «научной организации» - если несколько лет отмечается отрицательная динамика в рейтинге.

Кроме того, по-видимому, при утверждении перечня организаций, привлекаемых на вторичные исследования (разработку клинических протоколов и т.д.) предпочтение нужно отдавать тем организациям, где развиты первичные исследования. Также при выделении госзаказа на программно-целевое финансирование и утверждении объемов базового

финансирования необходимо отдавать предпочтение организациям, показывающим высокие показатели НИР. Необходимо внедрить механизмы адресной поддержки ученых и исследователей через систему отраслевых курсов и грантов, создание «социальных лифтов» для перспективных научных работников. Необходимо создание отраслевого офиса коммерциализации и трансфера технологий и усиление потенциала ВУЗов, НИИ/НЦ по данному вопросу. Комплекс данных мероприятий рекомендуется включить в стратегические документы по развитию системы здравоохранения в целом и системы медицинской науки в частности.

Источники:

1. Указ Президента РК от 29 ноября 2010 года № 1113 «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы»

2. Приказ и.о. Министра образования и науки РК от 15 июля 2011 года № 309 «Об утверждении Методики оценки деятельности субъектов научной и (или) научно-технической деятельности»

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ СЛУЖБЫ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА

Умарова Г.А.

Преподаватель кафедры общественного здравоохранения Факультета послевузовского и дополнительного образования. Западно-Казахстанского государственного медицинского университета им. Марата Оспанова. Республика Казахстан, г. Актобе, магистр медицинских наук

Кенжебаева И.Б.

Доцент, руководитель кафедры общественного здравоохранения Факультета послевузовского и дополнительного образования. Западно-Казахстанского государственного медицинского университета им. Марата Оспанова. Республика Казахстан, г. Актобе, к.м.н.

Аталуы: Ішкі аудит қызметінің тиімді жұмыстарын талдау

Авторлары: Умарова Г.А., Кенжебаева И.Б.

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медициналық университеті.

Түйіндеме: Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесінің дамуы заманауи этаптарындағы азаматтардың әлеуметтік қажеттіліктері, сонымен қоса медициналық қызмет көрсету сұрақтары өзекті болып табылады. Соңғы жылдар аралығында денсаулық сақтау жүйесінде халықаралық талаптарға сәйкес, сапалы менеджмент жүйесінің өңделуі мен ендірілуіндегі көзқарастардың артуы маңызды болып отыр. Енгізілген ішкі аудит жүйесіндегі, ұйымдарындағы менеджмент жүйесінің даму стратегиясында олардың тәуелділікке ептіліктерін арттыру мақсатында қарастырылады. Ішкі аудит жүйесі қызметінің және құрылуының сұрақтары қазіргі заманауи жағдайларында жетік түрдегі өзекті мәселелердің бірі болып саналады.

Title: Internal audit service analysis.

Authors: Umarova G.A., Kenzhebaeva I.B. West Kazakhstan Marat Ospanov State Medical University.

Abstract: At the present stage of development of the health care system of the Republic of Kazakhstan and questions meet the social needs of citizens, including medical services. Over the past years in health care has been a steady growth of interest in the development and implementation of quality management system conforming to international standards. In organizations that have implemented an internal audit service, visible development strategy management system in order to increase their competitiveness. In modern conditions, questions of formation and functioning of the internal audit are sufficiently relevant. Solving problems of patients and the referral of citizens is one of the most important tasks of the internal audit of the medical organization.

На современном этапе развития системы здравоохранения актуальным является вопрос удовлетворения социальных потребностей граждан Казахстана, в том числе в медицинских услугах. Так, целью Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг. является улучшение здоровья граждан Казахстана для обеспечения устойчивого социально-демографического развития страны. Совершенствование управления качеством медицинских услуг занимает важное место в контексте стратегического развития здравоохранения Казахстана до 2020 года [1]. Реализуемое сейчас реформирование здравоохранения основано на важнейших принципах доступности, качества и безопасности медицинских услуг, наличие многоуровневой системы здравоохранения, результатом которого станет здоровье казахстанцев [2].

Одним из коренных условий успешной реализации стратегии социально-экономического развития страны является совершенствование системы здравоохранения, а состояние здоровья населения – важнейшая цель этого развития. В первую очередь, модернизация системы здравоохранения направлена на обеспечение доступной и качественной медицинской помощи для широких слоев населения. Ограничение доступности и снижение качества медицинской помощи неизбежно приведет к негативным социально-политическим последствиям, и потребует значительных дополнительных затрат на восстановление утраченного трудового потенциала общества [3,4].

На протяжении последних лет в здравоохранении наблюдается устойчивый рост интереса к разработке и внедрению системы менеджмента качества, соответствующих

международным требованиям. В организациях, внедривших службу внутреннего аудита, просматривается стратегия развития системы менеджмента с целью повышения их конкурентоспособности. В современных условиях вопросы формирования и функционирования службы внутреннего аудита являются достаточно актуальными.

Кроме выполнения требований стандартов, интерес к внутреннему аудиту обусловлен потребностью получения объективной информации о состоянии дел в организации, определения соответствия деятельности и результатов в области качества запланированным мероприятиям, а также требованиям, разработанным самой организацией. Внедрение процедуры внутренних аудиторов обусловлено также необходимостью для руководства упорядочить процессы в организации, что может привести к весьма ощутимой экономии средств. Кроме того, результаты внутренних проверок служат основой входных данных для анализа со стороны руководства, и позволяет организации декларировать свое соответствие международным стандартам [5].

Особое внимание уделяется обратной связи с населением. Так, посредством проведенного анкетирования изучается вопрос удовлетворенности граждан качеством оказываемых услуг, имеется возможность анализа мнения населения и предлагаемых ими мероприятий по совершенствованию качества оказываемых медицинских услуг.

Министерством здравоохранения и социального развития Республики Казахстан осуществляется целенаправленная работа по достижению приоритетных целей, которые определены для отрасли здравоохранения. За прошедший период были достигнуты резуль-

таты в обеспечении качества медицинской помощи. В том числе созданы система независимой медицинской экспертизы, основные элементы аккредитации в области здравоохранения, внедрена служба внутреннего аудита медицинских организаций с целью обеспечения своевременного и качественного предоставления медицинских услуг и защиты прав пациентов.

Во всех медицинских организациях нашей страны с 2009 года созданы службы внутреннего аудита, согласно приказу Министра здравоохранения РК «Об утверждении правил по совершенствованию системы управления качеством оказания медицинской помощи в организациях здравоохранения РК» №32 от 21 января 2009 года. Целью создания данного подразделения в медицинских организациях является обеспечение прав пациентов на получение своевременной, качественной и безопасной медицинской помощи в необходимом объеме. Представители службы внутреннего аудита занимаются решением многих проблем медицинской организации [6, 7].

Основой принятия управленческих решений является своевременно получаемая, достоверная и полная информация, от которой зависит эффективность и качество работы управленческих систем, что позволяет снизить возможность возникновения ошибок и минимизировать многие риски. Источниками получения такой информации служат материалы аудиторских проверок и иных контрольных мероприятий, которые показывают настоящее положение дел, показывают имеющиеся

отклонения от требований нормативно-правовых актов или методических рекомендаций. Анализ этих материалов позволяет изучить причины нарушений, возможные риски, и что наиболее важно, прогнозировать последствия [8, 9].

Важным вопросом является изучение обратной связи с населением. Нами был проведен ретроспективный анализ сводных данных по анкетированию пациентов Актобинского областного консультативно-диагностического центра за 2012, 2013, 2014 годы. Количество участников определялось согласно приказу и.о. министра здравоохранения РК от 22 июля 2011 года №468 "Об утверждении Методических рекомендаций по проведению анкетирования граждан в целях определения степени удовлетворенности уровнем и качеством оказываемой медицинской помощи" - 5% от посещений в смену амбулаторно-поликлинического приема [10]. В анкетировании участвовали в 2012 году - 385 пациентов. Т.е. в 1 квартале 2012 года составило - 100 пациентов, во 2-ом квартале 2012 года - 90 пациентов, в 3 квартале 2012 года - 105 пациентов, в 4-м квартале 2012 года - 90 пациентов.

Количество участников анкетирования в 2013 году включало - 337 пациентов. 1 квартал 2013 года - 75, 2 квартал 2013 года - 100, 3 квартал 2013 года - 82, 4 квартал 2013 года - 80 пациентов.

В 2014 году общее количество составило - 252 пациента. 1 квартал 2014 года - 72, 2 квартал 2014 года - 40, 3 квартал 2014 года - 70, 4 квартал 2014 года - 70 пациентов.

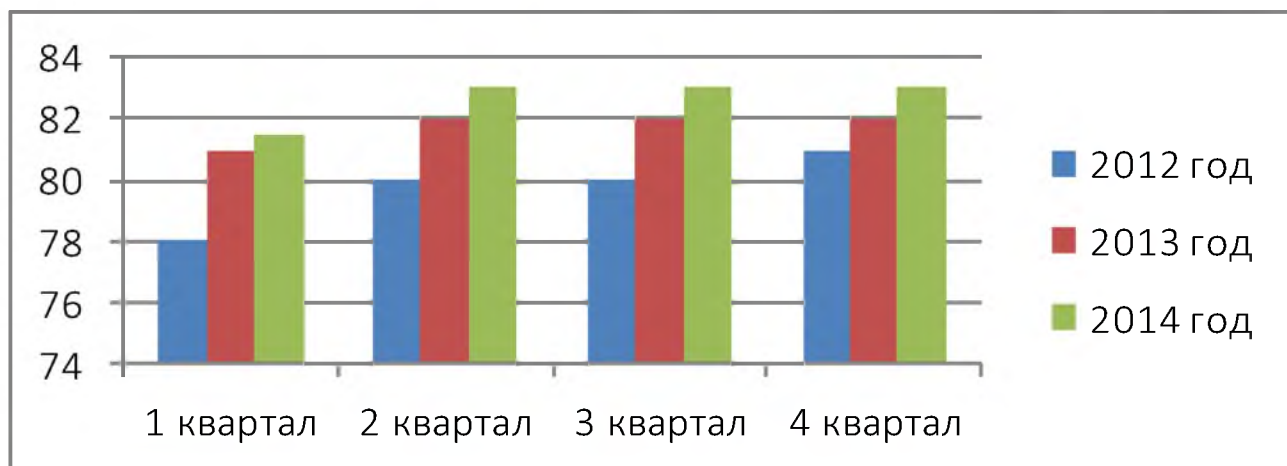


Рисунок 1 – Доля лиц, удовлетворенных организацией медицинской помощи в учреждении.

На рисунке представлены данные по четырем кварталам 2012, 2013, 2014 года доли лиц, удовлетворенных организацией медицинской помощи в учреждении. С 2012 года имеется тенденция плавного постепен-

ного роста. В свою очередь, данные 1 квартала 2013 году совпадают с данными 4 квартала 2012 года. В 2013 и 2014 гг. со 2 по 4 квартал данные постоянные.

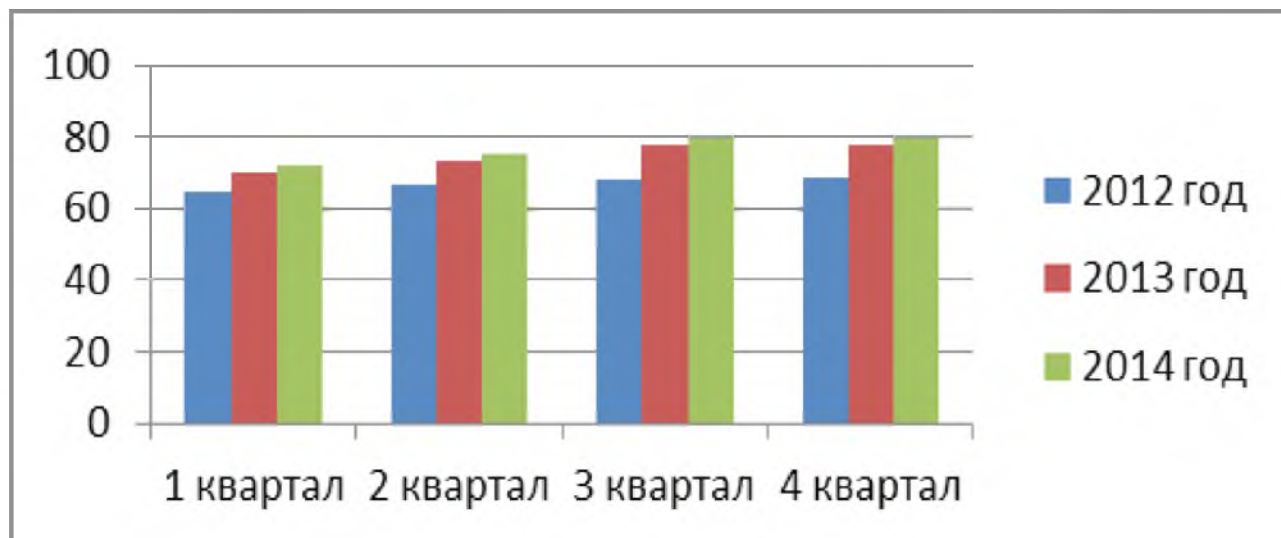


Рисунок 2 – Доля лиц, удовлетворенных уровнем квалификации специалистов

На выше представленном рисунке виден постепенный рост процента доли лиц, удовлетворенных уровнем квалификации специалистов. Что, на наш взгляд, свидетельствует о положительной динамике работы медицинской организации. Так, при взаимосвязанной работе службы внутреннего аудита

и руководства медицинской организации, направленной на регулярное повышение квалификации путем обучающих семинаров и тренингов, предоставление юридической базы, интернет ресурсов, обеспечение современной научной публикацией.

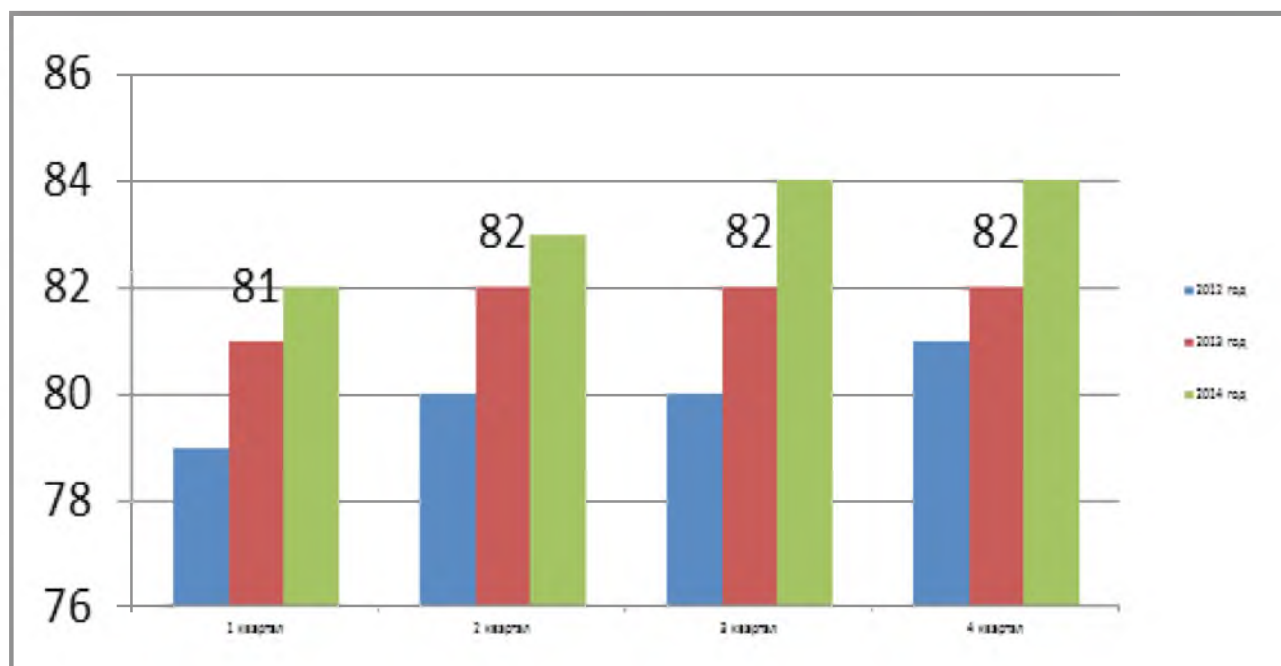


Рисунок 3 – Доля лиц, удовлетворенных качеством оказанных услуг

По данным рисунка можно установить, что при сравнении поквартально за 2012 и 2013 года, процент доли лиц, удовлетворенных качеством оказанных услуг, имеет постепенный рост с 2012 года, в 2013 году за 2, 3, 4 квартал и в 2014 году за 3, 4 квартал носит постоянный характер. Каждый процент в сторону увеличения дается с большим усилием, давая перспективу для дальнейшего совершенствования методов и способов, процессов оказания медицинских услуг. По данным интернет - ресурсов Министерства здравоохранения и социального развития РК в этом году планируется усиление работы служб поддержки пациента и внутреннего контроля, созданных во всех медицинских

организациях Казахстана в 2009 годах. В целях дальнейшего совершенствования деятельности вышеуказанных служб, в этом году планируется внести дополнения в меморандумы, заключенные в 2014 году между управлениями здравоохранения и подведомственными им медицинскими организациями, в части реализации мероприятий по увеличению числа сотрудников служб, организации эффективного функционирования телефонов доверия, размещения номеров телефонов доверия медорганизации, управления здравоохранения и регионального call-центра в регистратуре, приемном покое, кабинетах врачей и иных местах ожидания пациентов.

Источники:

1. Указ Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113 "Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан "Саламатты Қазақстан" на 2011 - 2015 годы".
2. Аканов А.А. Организация здравоохранения Казахстана / Аканов А.А., Куракбаев К.К., Чен А.Н., Ахметов УИ. – Астана-Алматы, 2006. – С. 230-233.
3. Жужжанов О.Т. Теоретические аспекты и методические подходы к измерению и оценке процессов реформирования отрасли здравоохранения / Жужжанов О.Т., Ибраев С.Е. // Алматы, 1999. – С: 203-205.
4. Татаринцев А.В. Здоровье населения и качество медицинского обеспечения / А.В. Татаринцев, Н.П. Назарчук // Перспективы науки. - 2012. - №2 (29). - 93 с.
5. Князюк Н.Ф. Внутренний аудит как важнейший элемент оценки интегрированной системы менеджмента качества медицинской организации / Князюк Н.Ф. // Сибирский медицинский журнал. - 2011. - №7. - 94 с.
6. Макаров В. Безопасность и качество / Макаров В. // Казахстанская правда. -2013. - №232 (27506). – 13 июля].
7. Кенжебаева И.Б. Экспертиза качества медицинской помощи / Кенжебаева И.Б. // Медицинский журнал западного Казахстана. – 1 (29) 2011. – С. 13-15.
8. Жиганшина Д.Р. Внутренний аудит в системе внутреннего контроля организации / Жиганшина Д.Р. // Бухгалтер и закон. - 2007. - №10 (106). -С.11-13.
9. Иванов О.Б. Будущее внутреннего аудита создается сегодня / Иванов О.Б., Егорова Е.А. // Экономическая теория, анализ, практика. - 2012. - №4. - С. 4-5.
10. Приказ и.о. министра здравоохранения РК от 22 июля 2011 года №468 "Об утверждении Методических рекомендаций по проведению анкетирования граждан в целях определения степени удовлетворенности уровнем и качеством оказываемой медицинской помощи".

РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА СТУДЕНТОВ В РЕГИОНАХ КАЗАХСТАНА ПО ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВ

Макалкина Л.Г.

Руководитель Лекарственного информационно-аналитического центра РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗСР РК, PhD, клинический фармаколог

Жусупова Г.К.

Начальник отдела рационального использования лекарственных средств Лекарственного информационно-аналитического центра РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗСР РК, клинический фармаколог, врач высшей категории

Есбатырова Л.М.

Начальник отдела информирования населения Лекарственного информационно-аналитического центра РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗСР РК, клинический фармаколог

Боровикова К.

Специалист отдела информирования населения Лекарственного информационно-аналитического центра РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗСР РК

Аталуы: Қазақстанның өңірлерінде дәрілерді қолдану бойынша студенттерге жүргізілген әлеуметтік сауалдың нәтижелері

Авторлары: Макалкина Л.Г. PhD, клиникалық фармаколог, «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК Дәрі-дәрмек ақпараттық-талдау орталығының басшысы. Жүсіпова Гүлзира Кенжеқызы клиникалық фармаколог, жоғары санаттағы дәрігер, «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК-ның Дәрі-дәрмек ақпараттық-талдау орталығы дәрілік заттарды ұтымды пайдалану бөлімінің бастығы

Есбатырова Ләззат Мұратқызы клиникалық фармаколог, «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК-ның Дәрі-дәрмек ақпараттық-талдау орталығы халықты ақпараттандыру бөлімінің бастығы, Астана қ-сы

Боровикова Ксения: «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК-ның Дәрі-дәрмек ақпараттық-талдау орталығы халықты ақпараттандыру бөлімінің маманы

Түйіндеме: Қазіргі уақытта біздің елімізде, басқа ТМД елдеріндегідей дәрілік заттарды пайдалану саласында жастарды оқытуға жеткілікті назар аударылмайды. Халықаралық тәжірибе адамның дәрілік заттарды қабылдауға дұрыс қарауы бала кезден-ақ қалыптасатындығын және өз денсаулығына қатысты дұрыс қылық алгоритмін мүкіндігінше ерте қалыптастыру қажет екендігін көрсетті.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің дәрілік заттарды ұтымды пайдалану бойынша жүргізіп отырған саясаты Республикалық дәрілік формулардан антибиотиктерді, парентералдық препараттар мен дәрілік заттарды тағайындау саласында жақсару бағытында тұрақты жүзеге асырылды. Бұған қоса, медициналық жоғарғы оқу орындарының студенттерін дәрілік заттарды ұтымды пайдалану, дәрілік заттар мен оларды қолдану туралы тәуелсіз ақпараттың қолжетімділігін арттыру мәселелері бойынша оқыту бағдарламасын күшейту қажеттілігі сақталып отыр.

Осы зерттеудің мақсаты өскелең ұрпақтың дәрі-дәрмектерді пайдалануға деген дұрыс көзқарасын және денсаулықтарына жауапкершілігін одан әрі қалыптастыру үшін студенттердің дәрілік заттарды пайдалану бойынша хабардар болу деңгейін зерделеу болып табылады.

Зерттеу, бекітілген сауалнамаларға сәйкес студенттерден сауалнама алу әдісімен жүргізілген. Фокустық топты колледж студенттері құрады. Барлығы 3804 респондентке сауал жүргізілді. Зерттеу жүргізу кезеңі 2015 жылғы 12 қаңтардан 1 сәуірге дейінгі аралық.

Title: Survey findings of students on the application of drugs in the provinces of the Republic of Kazakhstan

Authors: Larissa Makalkina – PhD, Clinical pharmacologist, leader of the Drug information and analytical center of Republican State Enterprise “Republican Centre for Healthcare Development”, Astana, st.Orynbor, 4, office 1301, business phone number 700-957 (10-36), larisa_makalkina@mail.ru

Gulzira Zhussupova - Clinical pharmacologist, doctor of the highest category, head of rational use of medicines department of the Drug information and analytical center of Republican State Enterprise “Republican Centre for Healthcare Development”, Astana, Orynbor str, 4, office 1303, business phone number 700-957 (10-39), gulzira-1970@mail.ru

Lyazzat Yesbatyrova - Clinical pharmacologist, head of provision of information to the public department of the Drug information and analytical center of Republican State Enterprise “Republican Centre for Healthcare Development”, Astana, Orynbor str, 4, office 1303, business phone number 700-957 (10-38). lazzat_e@mail.ru

Kseniya Borovikova – specialist of provision of information to the public department of the Drug information and analytical center of Republican State Enterprise “Republican Centre for Healthcare Development”, Astana, Orynbor str, 4, office 1303, business phone number 700-957 (10-38). kseniya.mz@mail.ru

Abstract: At the present time in this country as in some other countries of Former Soviet Republics gives deficiently attention to youth education in the area of drug administration. International practice suggests that rational attitude to drug administration comes from childhood and it is necessarily to model correct algorithm of behavior as for health as early as possible.

The policy of rational use of medicines has persistent trend to improvement in the sphere administration of antibiotic drugs, parenteral and Republican drug formulary medicines. This policy is conducted by the Ministry of Health and Social Development of the Republic of Kazakhstan. However, there is preserved a need to strengthening of students' educational program of medical universities concerning rational use of medicines, increasing of availability of independent information on medicines and their use.

Aim of this finding is learning of students' familiarity level on the application of medicines for further formation of rational attitude of the younger generation to medicines and liability for their health.

Finding was conducted by questioning of students according to established form. Focal group were collegians. There were 3804 surveyed respondents. Time frame of findings was from 12th January to 1st April, 2015

Введение

Глава Государства Н.Назарбаев в своем обращении к гражданам страны «Социальная модернизация Казахстана: 20 шагов к Обществу Всеобщего Труда» отметил необходимость повышения лекарственной грамотности населения, что является неотъемлемой частью солидарного отношения граждан к своему здоровью.

В настоящее время в нашей стране, как и в других странах СНГ, недостаточно уделяется внимания образованию молодежи в области применения лекарственных средств. Международная практика показывает, что разумное отношение человека к приему лекарственных средств закладывается уже с детства и необходимо как можно раньше формировать правильные алгоритмы поведения в отношении собственного здоровья.

Динамично развивающийся фармацевтический рынок предоставляет населению все больше различных лекарственных средств. Человеку даже с медицинским образованием очень сложно ориентироваться в этом обилии препаратов.

Лекарственным информационно-аналитическим центром с 2015 года стартовал

образовательный проект «Молодежь и лекарства» в ВУЗах и колледжах Республики Казахстан. Основным инструментом образовательного проекта является интерактивные тренинги.

Цель исследования

Изучение уровня осведомленности студентов по применению лекарственных средств, для дальнейшего формирования обучающихся программ соответственно потребностям респондентов.

Материалы и методы

Исследование проведено методом анкетирования студентов (всего 39 вопросов). Фокусную группу составили студенты медицинских ВУЗов и колледжей. Всего было опрошено 3804 респондентов. Период проведения исследования с 12 января по 1 апреля 2015 года.

Результаты

В анкетировании студентов (респондентов) приняли участие 3804 респондентов, из них:

75% - в возрасте от 15-до 20 лет

25% - от 21-30 лет

66% - женщин

34% - мужчин (рисунок 1)

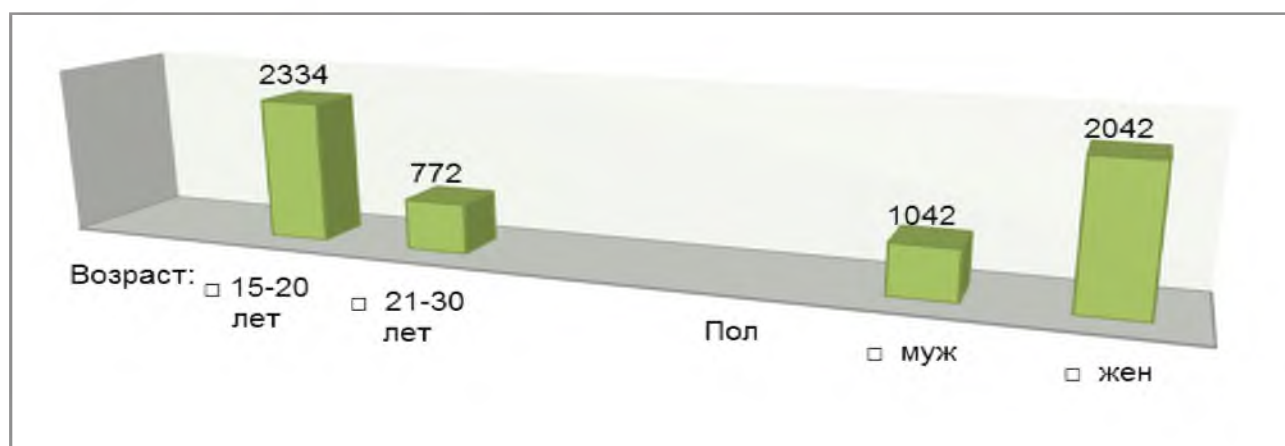


Рисунок 1 – Ранжирование опрошенных респондентов по возрасту и полу

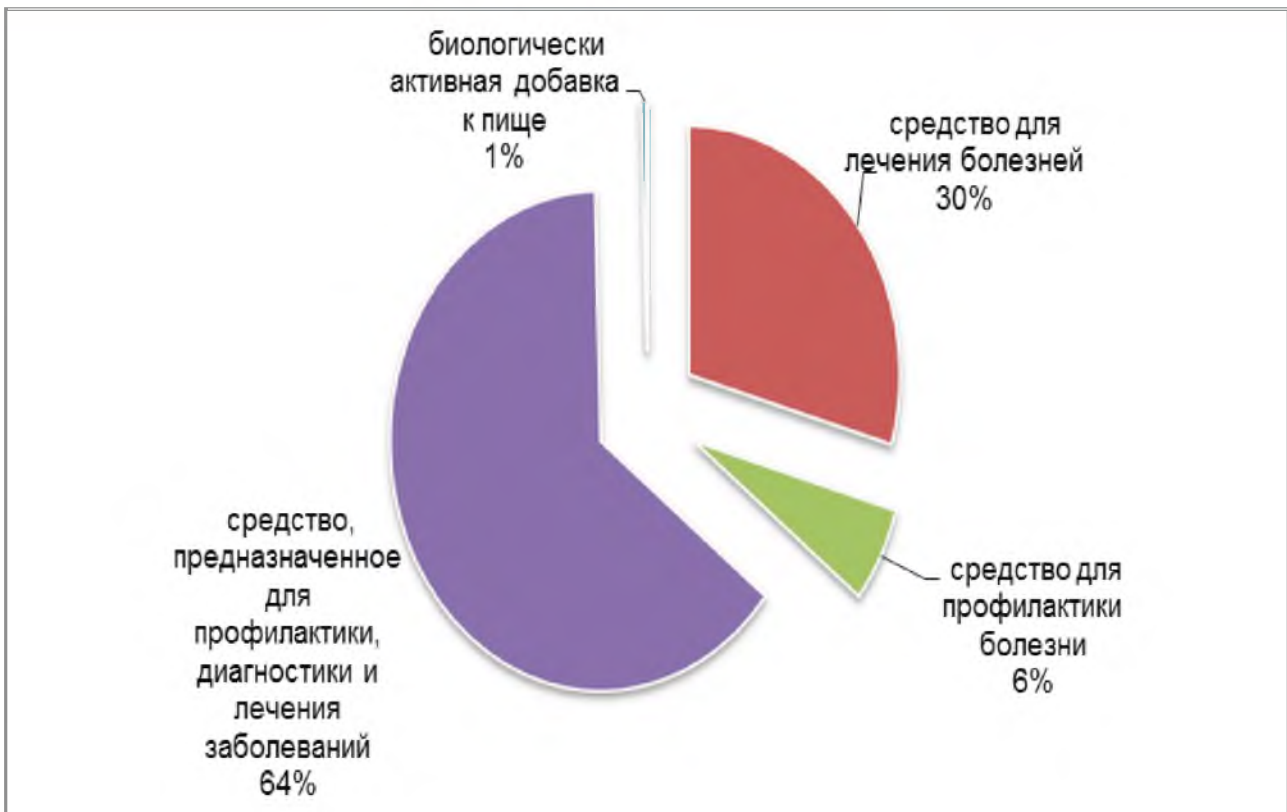


Рисунок 2 – Ранжирование опрошенных респондентов по вопросу «Что такое лекарство»

Вместе с тем, на вопрос «Являются ли лекарственные средства тем же, что и лекарственный препарат?» 34% (1289) ответили «Да» и 66% (2485) – «Нет». На вопрос «Может

ли один и тот же препарат быть как полезным, так и вредным?», из 3804 респондентов 11% (410) указали «Нет» и 3390 (89%) – «Да» (рисунок 3).

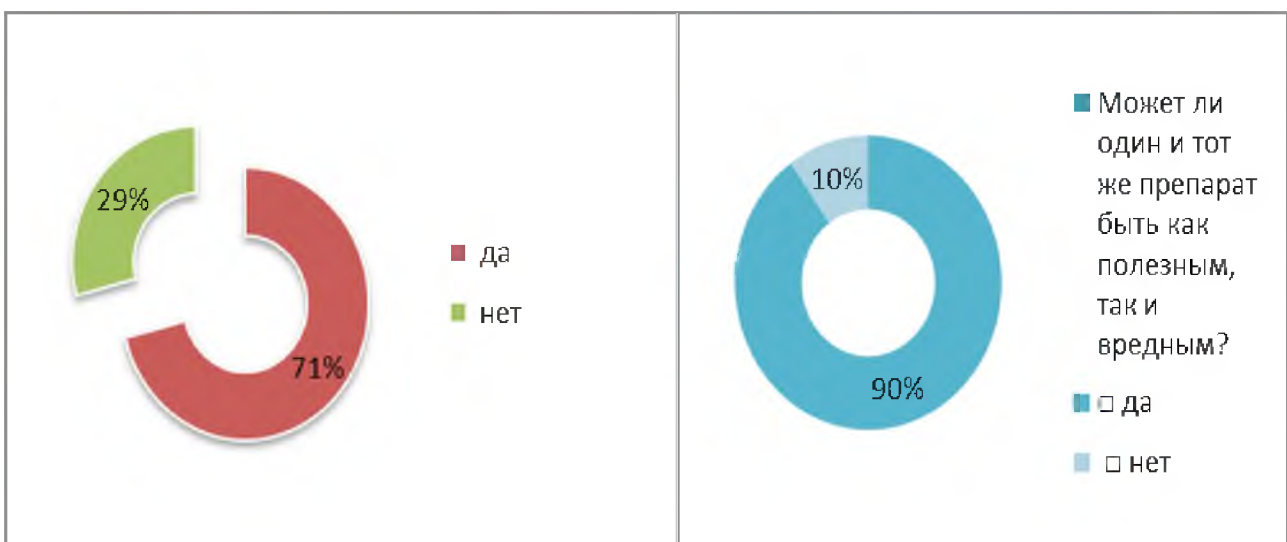


Рисунок 3 – Ранжирование опрошенных респондентов по вопросам «Являются ли лекарственные средства тем же самым, что и лекарственные препараты?», «Может ли один и тот же препарат быть как полезным, так и вредным?»

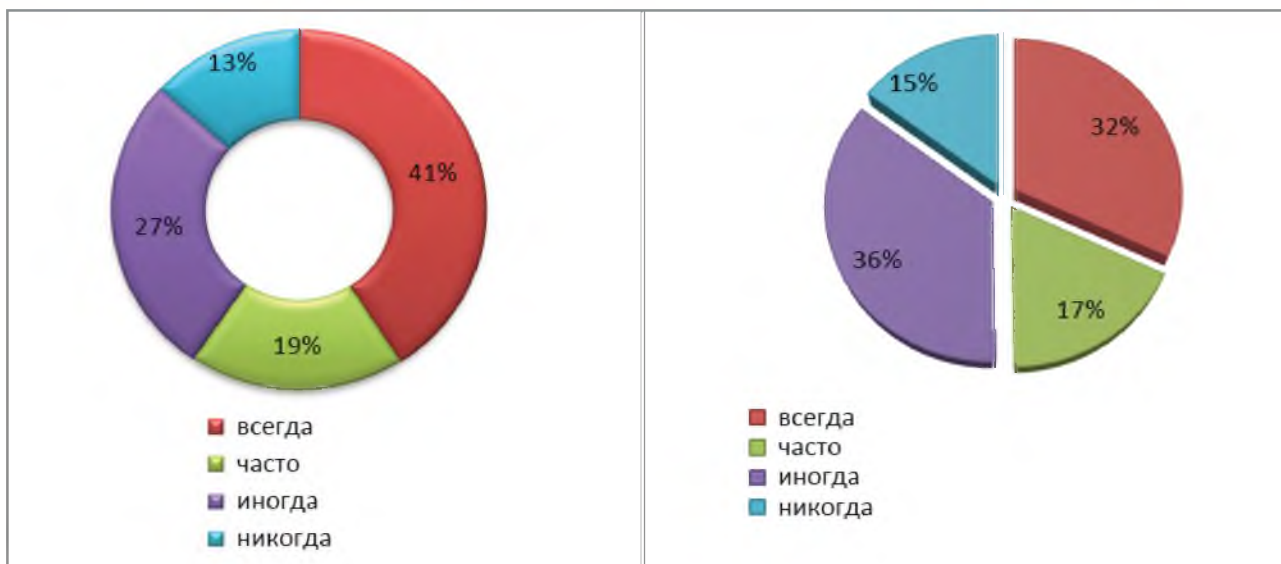


Рисунок 4 – Ранжирование опрошенных респондентов по вопросу «Выписывают ли врачи рецепт при назначении лекарственного препарата?», «Что такое рецепт?», «Спрашивают ли у вас в аптеке рецепт?».

По данным рисунка 4 видно, что при назначении лекарственного средства врачи только в 41% случаях всегда выписывают рецепт, при этом в аптеках всегда спрашивают рецепт только в 32% случаев.

По данным анкетирования, можно так-

же сказать, что в 36% случаев студенты доверяют фармацевтическому сотруднику аптеки и считают, что фармацевт аптеки при выборе лекарства может дать такой же квалифицированный совет по лечению, как и врач.

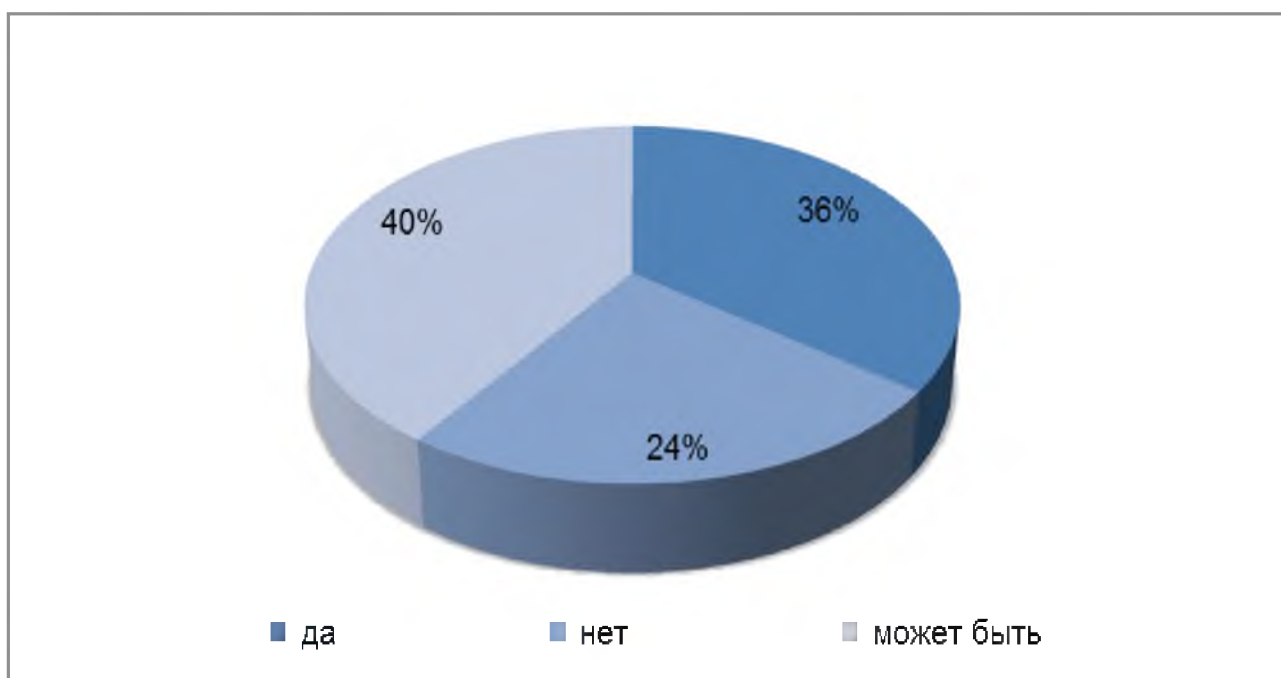


Рисунок 5 – Ранжирование опрошенных респондентов по вопросу «Может ли фармацевт аптеки дать квалифицированный совет по лечению, как и врач?»

При опросе 3804 респондента 14% (517) указали на то, что при возникновении заболеваний всегда принимают лекарствен-

ные средства без назначения врача, часто – 1172 (31%), иногда – 1913 (50%) и лишь 5% (211) - никогда.

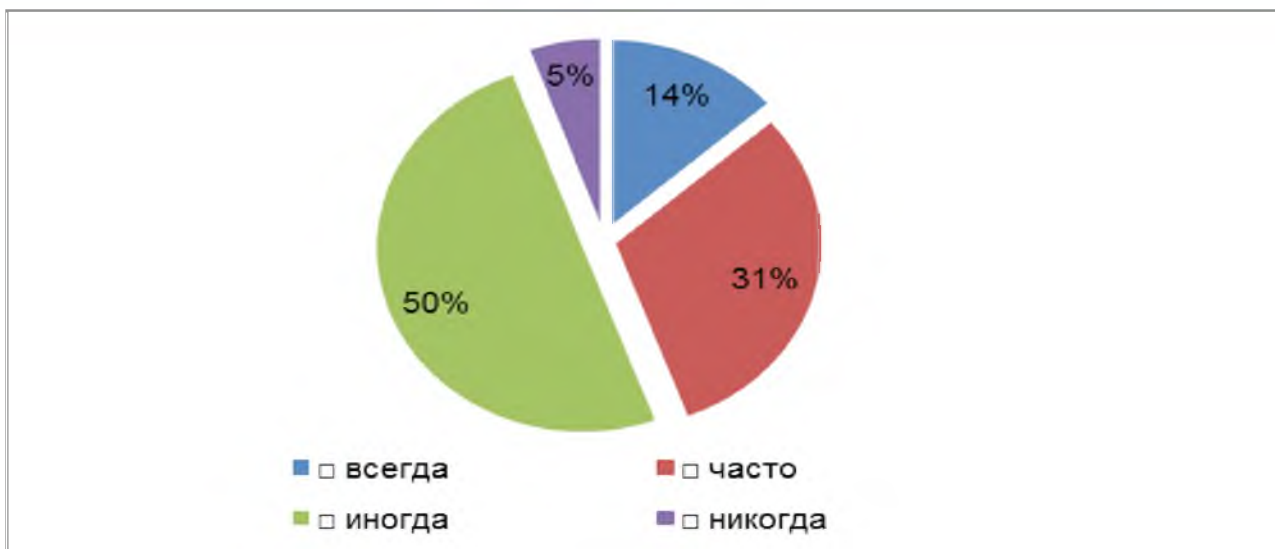


Рисунок 6 – Ранжирование опрошенных респондентов по вопросу «Принимаете ли Вы ЛС если заболели без назначения врача?»

При этом на вопрос «Есть ли у Вас лекарство с собой?», 1008 респондента (26%) ответили - «Да» и 2796 (74%) – «Нет».

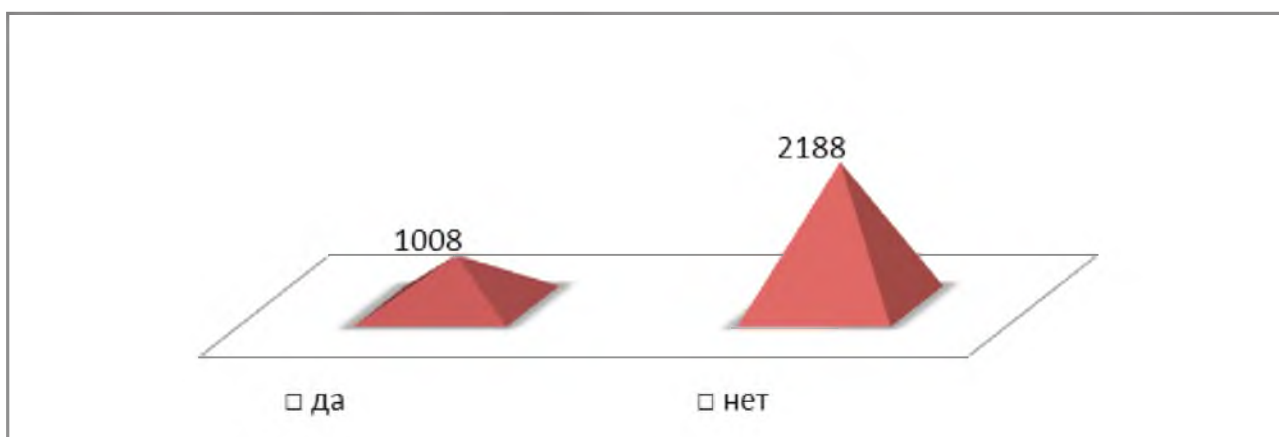


Рисунок 7. – Ранжирование опрошенных респондентов по вопросу «есть ли у Вас лекарство с собой?».

На вопрос «Получают ли ожидаемый эффект от самолечения?» ответили «Иногда» 1353 (36%), «Часто» 1480 (39%), «Всегда» 801 (21%), «Никогда» 153 (4%).

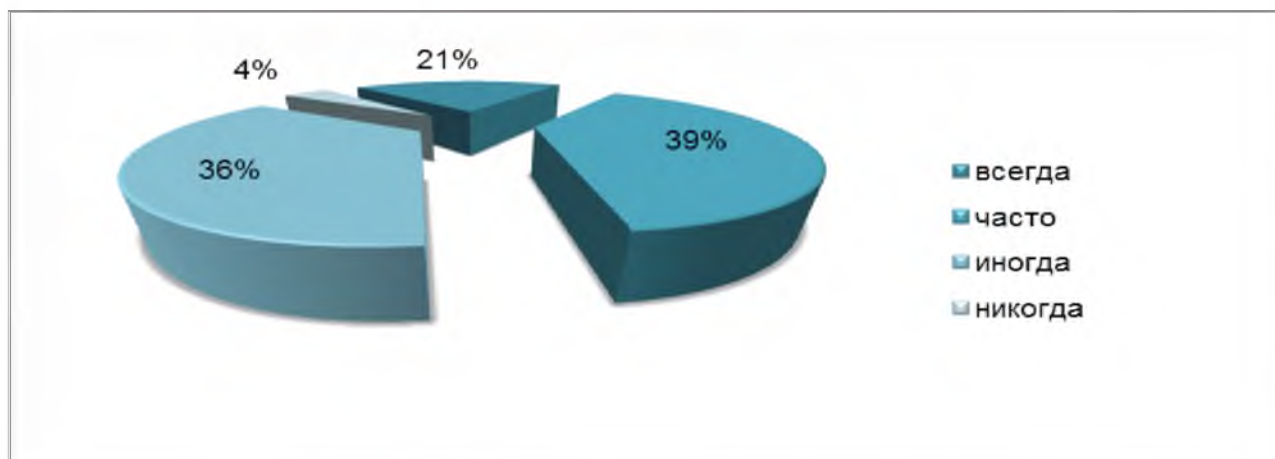


Рисунок 8 – Ранжирование опрошенных респондентов по вопросу «Получают ли ожидаемый эффект от самолечения?».

На вопрос, известны ли Вам случаи серьёзного ухудшения состояния после самостоятельного применения лекарств, «Да» указали 1735 человек (46%), «Нет» - 2063 (54%).

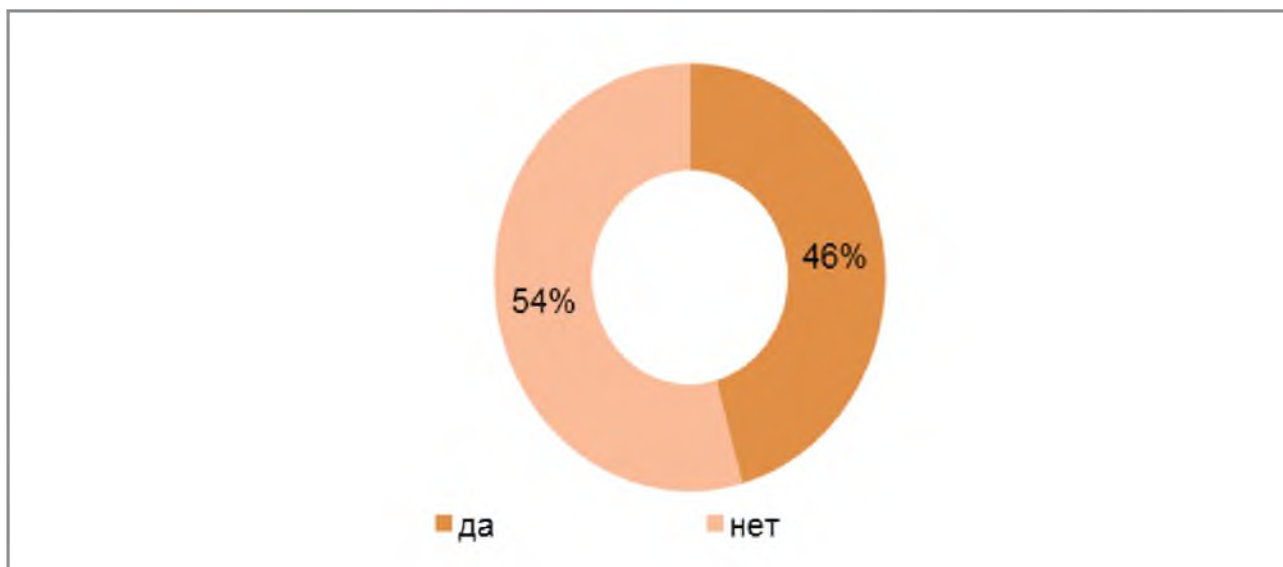


Рисунок 9 – Ранжирование опрошенных респондентов по вопросу «Известны ли Вам случаи серьёзного ухудшения состояния после самостоятельного приема лекарственного средства?».

При этом, несмотря на то, что студенты имеют медицинское образование и располагают информацией о побочных эффектах, из 3804 респондентов 38% (1433) студентов применяют антибиотики без назначения врача и только 17% (653) студентов указали, что никогда не принимают антибиотики без назначения врача. 45% (1708) – ответили на вопрос

«нет».

Немаловажным является вопрос о «продолжительности последнего применения антибиотика», по результатам которого видно, что в 35% случаев продолжительность лечения составила 5-7 дней, в 40% - 1-4 дня, 25% - 8 и более.

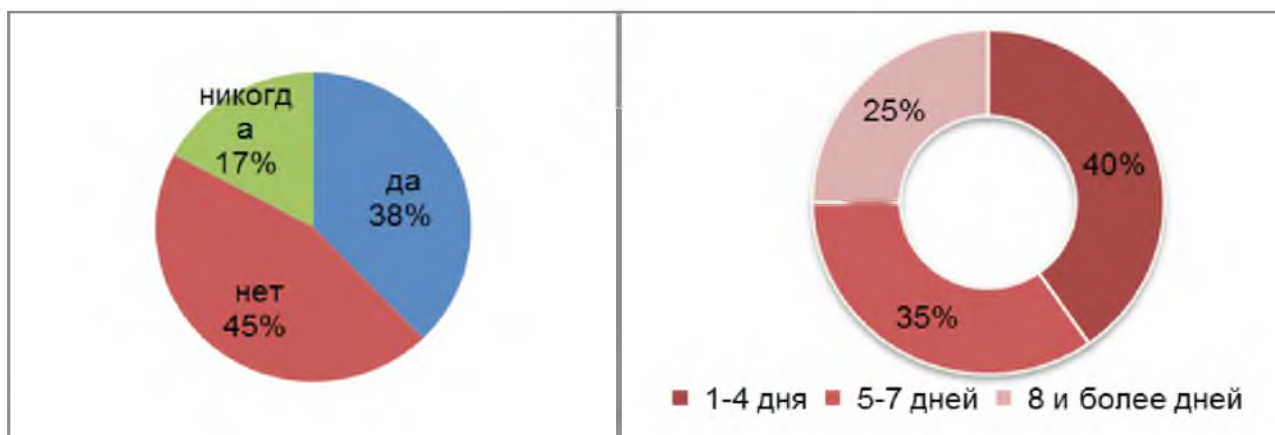


Рисунок 10 – Ранжирование опрошенных респондентов по вопросу «Применяют ли антибиотики без назначения врача» и «Укажите продолжительность последнего применения антибиотика».

Касательно надежности источников информации о лекарствах, из 3804 респондентов 29% считают, что наиболее надежным источником является врач.

Вместе с тем 19% (1887) респондентов учитывают информацию, полученную от фармацевтов, 4% - знакомых, соседей, 11% - из интернета.

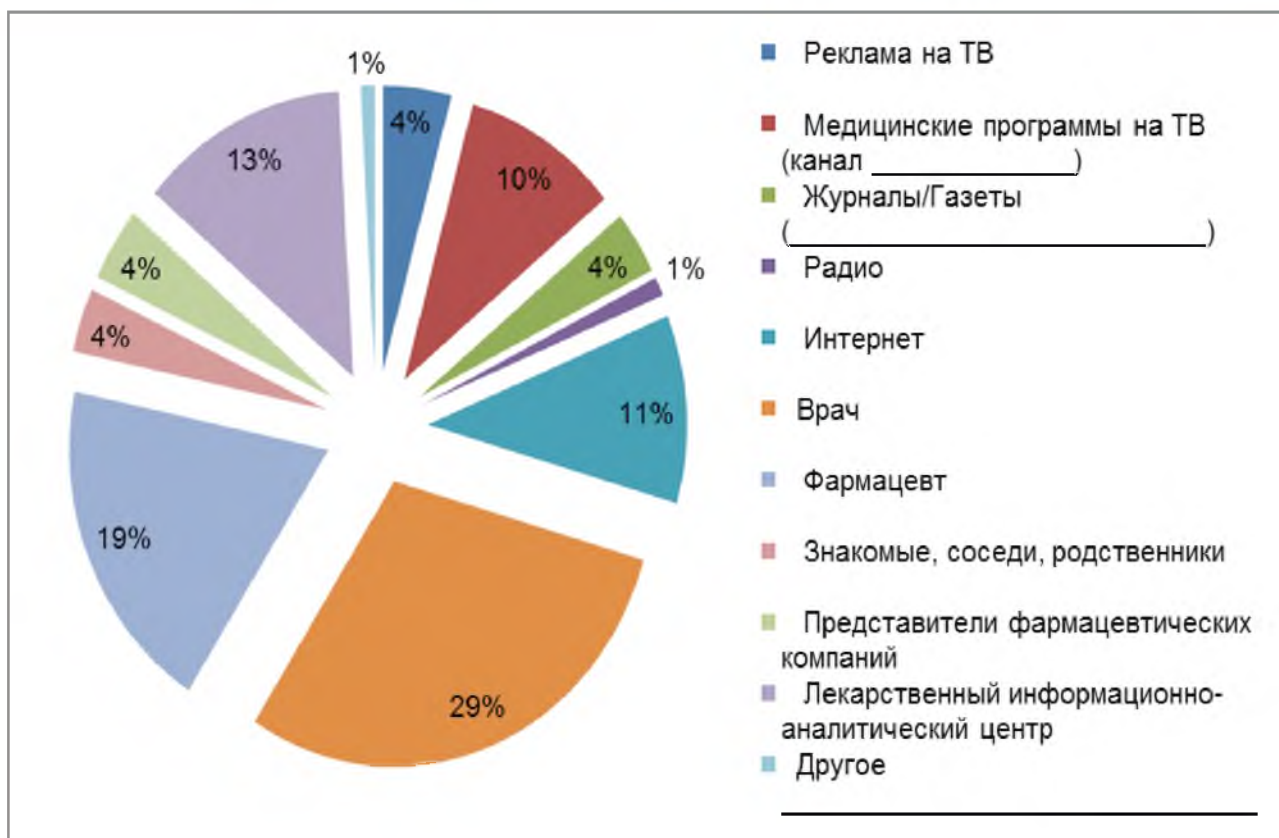


Рисунок 11 – Ранжирование опрошенных респондентов по вопросу «Назовите наиболее достоверные источники информации».

На вопрос «Нужна ли Вам дополнительная информация о лекарствах, которые назначены Вам?» ответили «Да»- 2891 (79%) респондентов и «Нет»- 899 (21%).

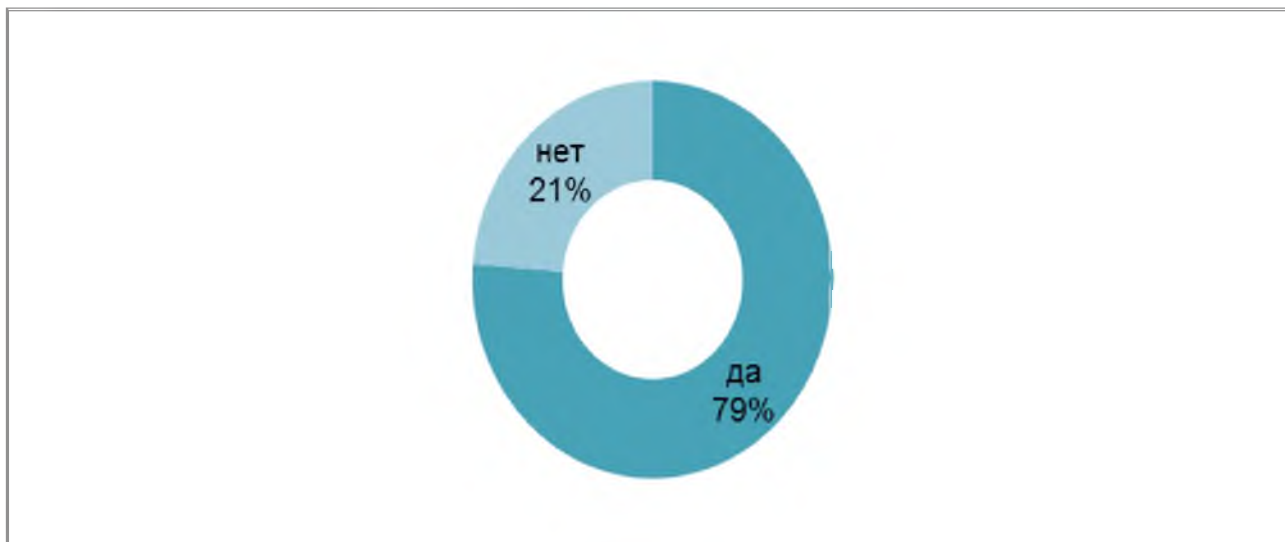


Рисунок 12 – Ранжирование опрошенных респондентов по вопросу «Нужна ли Вам дополнительная информация?».

На вопрос «при выборе лекарства, что для Вас наиболее важно?», 26% (2661) респондентов ответили, что отдают предпочтение качеству ЛС, 23% (2330) -безопасности ЛС и только 18% (1858) - эффективности, 9% (935) - стоимости, 4%(258) – популярности и собственному опыту.

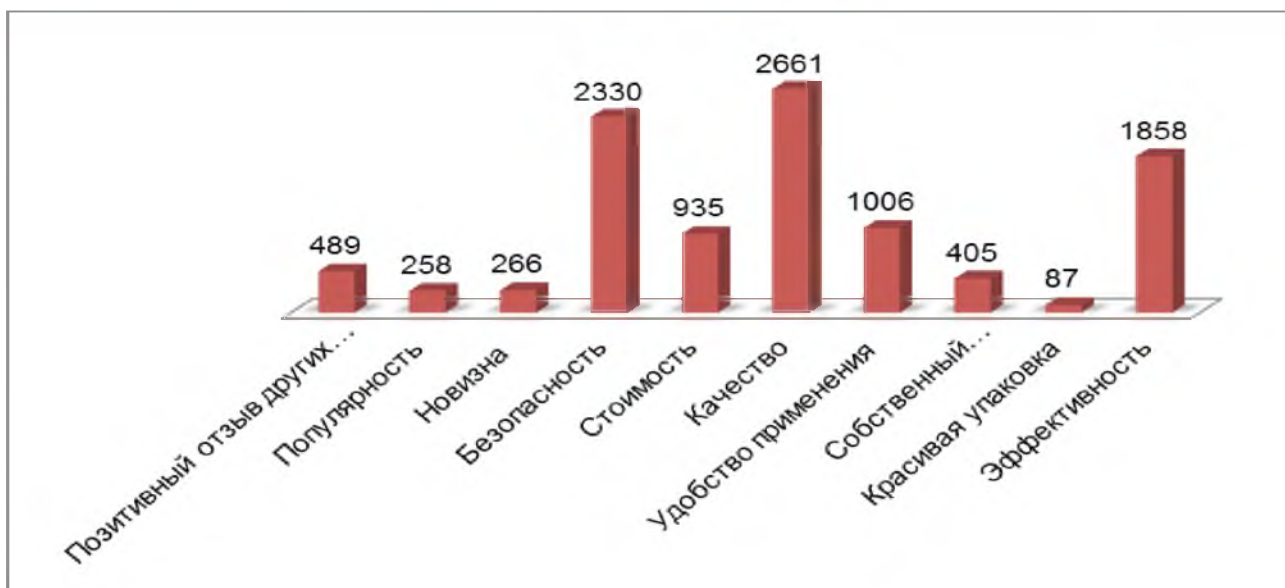


Рисунок 13. – Ранжирование опрошенных респондентов по вопросу «Что для Вас важно при выборе лекарства?».

По данным опроса, в топ 5 наиболее популярных вопросов о лекарственных средствах среди респондентов входят:

- Побочные действия -12% (1348);
- Различие между оригиналами и генериками -7%(8w14);

- Почему следует соблюдать диету и график при приеме ЛС- 6%(675);
- Почему лекарства выпускаются в различных формах- 6%(670);
- Связь между эффективностью и ценой ЛС -6% (646).



Рисунок 14 - Ранжирование опрошенных респондентов по вопросу «Что хотели бы знать о лекарствах».

Выводы

1. Положительными тенденциями в использовании лекарственных средств, студентами медицинских ВУЗов и колледжей является их приоритетное внимание при выборе лекарств качеству, безопасности и эффективности.

2. Наиболее интересными темами в области применения лекарств, для респон-

дентов явились побочные действия, технологии производства.

3. Сохраняется необходимость в расширении программ обучения студентов медицинских вузов по вопросам рационального использования лекарственных средств, повышении доступности достоверной информации о лекарственных средствах.

Источники:

1. Всемирная Организация Здравоохранения. [Электронный ресурс]: <http://www.who.int/ru/> (дата обращения: 01.04.2015года)
2. Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов (США). Защита и поощрение Ваше здоровье. [Электронный ресурс]: <http://www.fda.gov/> (Дата обращения: 01.04.2015года)
3. Национальный центр Dari.kz. [Электронный ресурс]: <http://www.dari.kz/> (Дата обращения: 01.04.2015года)
4. Patient Trusted medical information and supportю. [Электронный ресурс]: <http://patient.info/> (Дата обращения: 01.04.2015года)

РАЗРАБОТКА СТРАТЕГИИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ КОМПАНИИ» (НА ПРИМЕРЕ ТОО «CHEMOTHERA»)

Тимербулатов Данияр Рашидович

Заместитель директора ТОО «Chemothera»

Аталуы: Фармацевтикалық компаниялардың стратегиясын дайындау. («ChemoThera» ЖШС мысылында)

Авторлары: Тимербулатов Д.Р. «ChemoThera» ЖШС директорының орынбасары

Түйіндеме: Қазақстанның Фармацевтикалық бизнесі соңғы он жылдағы дағдарыс әсерлерінен қалыс қалған жоқ. Өйткені қазақстандық фармацевтикалық өнеркәсіп осы уақытқа дейін толық дамыған жоқ, және Қазақстан аталған сектор өнімінің ірі импортері болып табылады, яғни сату өсімінің төмендеуіне негізгі фактор осы жылдардағы валюта бағамдарының көтерілуі болып табылады. Алайда фармацевтикалық компаниялар дағдарыстың қалыптасқан жағдайларына қарамастан нарық позициясын сақтауға және нығайтуға дайын. Осындай жағдайларда нарықты жүргізудің маңызды аспектілерінің бірі фармацевтикалық нарықтың әрбір қатысушысының стратегиялық жоспар құруы болып табылады.

Бапта фармацевтикалық нарыққа қатысушылардың стратегиялық жоспарларының өзекті мәселелері қарастырылған, мысалға алатын болсақ «Chemothera» ЖШС-нің дағдарыс кезеңінде заманауи жағдайларда бизнесті жүргізуді қалыпты нысаннан неғұрлым икемді немесе ұтымды нысанға ауыстыру стратегиясы.

Title: Development strategy for pharmaceutical companies (for example limited liability partnership "ChemoThera ")

Authors: Temirbulatov D.R. Deputy Director of the Limited Liability Partnership "CHEMOTHERA")

Abstract: Pharmaceutical business in Kazakhstan has not become an exception and experienced all waves of crises for the last decades. As the Kazakhstan pharmaceutical industry is not developed, and Kazakhstan is the large importer of products of this sector, so the basic factor of the decrease of sales grows is an increase of foreign currencies rate in these years. However, pharmaceutical companies despite of crisis are aimed to maintain and strengthen their market positions. In such market conditions one of the important aspects is strategic planning by every participant of the pharmaceutical market.

In the article the important issues of the strategic planning by the pharmaceutical market players are considered, so for example transformation of strategy of "Chemothera" LTD in the period of crisis from a classical form into a more flexible and responsive to the conditions of doing business in modern realities.

Конечно, обдумывай "что", но еще больше обдумывай "как"!
Иоганн Вольфганг Гёте

Фармацевтическая отрасль является одним из самых высокодоходных секторов мировой и локальной экономики. Фармацевтический комплекс практически не пострадал от финансового кризиса, так как темпы роста по-прежнему составляют 8-14% в год, с чистой прибылью в 8%, хотя в иных отраслях индекс прибыли равен всего 5%.

За последние годы, а именно с начала финансового кризиса, мировая фарминдустрия испытала глобальные изменения. К примеру, крупные игроки рынка приобрели новые фармацевтические заводы (французский фармацевтический гигант Sanofi приобрел американскую компанию-конкурента Genzyme, японская Takeda берет контроль над швейцарской Nucomed и т.д.). Также стоит учитывать окончание патентных сроков у крупных компаний «Биг фарм», что не могло не повлиять на сокращение штата персонала, в основном в направлении клинического испытания.

Казахстан по сравнению с другими странами, в частности, с близким соседом, союзником и партнером Россией, имеет важную особенность – прямую зависимость от размера внешних инвестиций, как в банковский сектор, так и в реальное производство. Сокращение поступления внешних ресурсов, продолжительная инфляция, проведение девальвации тенге, значительный рост цен и снижение платежеспособности населения – все это негативным образом сказалось на развитии экономических процессов в Казахстане. Учитывая вышеуказанные факторы, а также некоторые другие особенности фармацевтической отрасли Казахстана, компаниям необходимо постоянно оттачивать навыки в собственном стратегическом планировании и дальнейшем его реализации.

В современном мире стратегическое управление компанией непосредственно связано с вопросами планирования и экономического анализа. И. Ансофф, родоначальник концепции стратегического менеджмента, дает

фундаментальное красноречивое определение: «стратегический менеджмент – это взаимосвязанный комплекс планирования стратегии организации и внедрения выработанных планов в жизнь». Принято считать, что стратегический план компании – это оформленный в письменном виде документ, служащий руководством к деятельности в течение достаточно долгого периода времени.

Однако современные реалии, в том числе финансовые кризисы, требуют у менеджмента компании новых подходов, а именно гибкости и адаптивности реагирования на возникающие события. В результате новый подход к стратегическому планированию привел к появлению ряда альтернативных управленческих моделей, направленных на выработку желаемой гибкости, что в свою очередь наносит некоторый ущерб скрупулезности и обоснованности проработки стратегических планов.

Рациональная модель, основанная на тщательном анализе и детальной проработке стратегического плана, является классикой в вопросах стратегического менеджмента. На момент открытия нашей компании ТОО “Chemothera” мы придерживались именно этой модели. При разработке стратегического плана были учтены три стадии: стратегический анализ, стратегический выбор и реализация стратегии.

ТОО “Chemothera” предоставляет маркетинговые услуги для немецкой фармацевтической компании medac GmbH в Казахстане.

Благодаря тщательному стратегическому плану компания заняла свою нишу в следующих областях фармацевтического рынка Казахстана: ревматология, онкология, гематология. При разработке стратегического плана компания учла “радугу” стратегического планирования (рисунок 1).

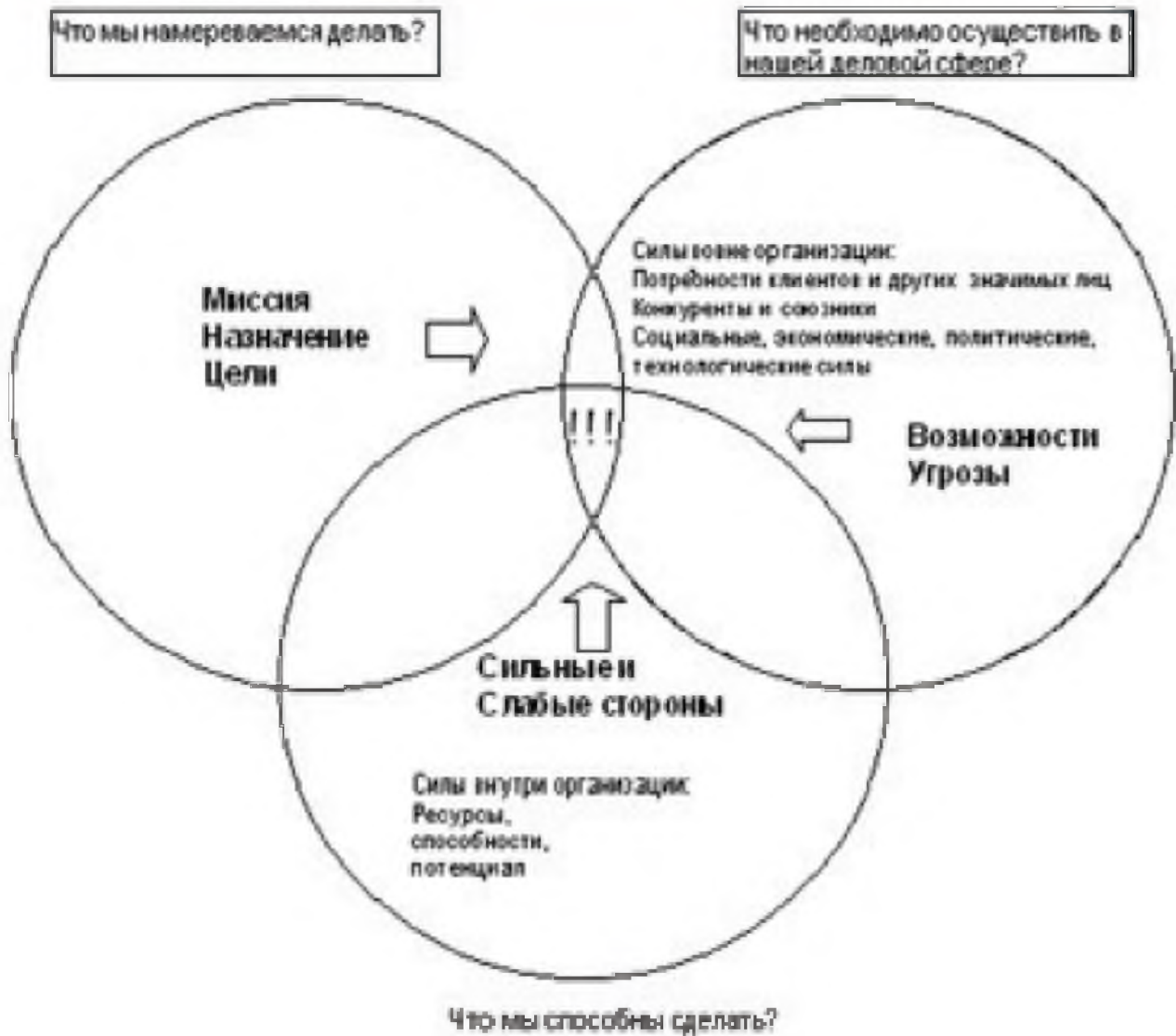


Рисунок – 1 Стратегическое планирование: пересечение трех сфер

Расширение видов продукции немецкого завода medac, а также мировой финансовый кризис требовали разработки новой стратегии развития ТОО “Chemothera”, в результате чего руководство решило прибегнуть к альтернативной модели стратегического управления. Альтернативная модель основана на идее о том, что стратегическое управление – это не только тщательно разработанный план, но еще и не запланированные заранее стратегии, возникающие в результате реагирования на происходящие изменения и непредвиденные обстоятельства.

Г.Минцберг и Д.Уотерс в своей статье указывают на наличие стратегий двух типов. Так, к первому типу относятся продуманные стратегии – основанные на рациональной

модели, а именно на результатах стратегического анализа и планирования. А ко второму – неотложные стратегии. Необходимо отметить, что неотложные исходят не из директив высшего руководства, а из моделей поведения, сложившихся на нижестоящих уровнях управления. Таким образом, стратегии, реализованные в жизни, складываются под влиянием продуманных и неотложных стратегий (рис. 2). Таким образом, ТОО “Chemothera” при разработке нового стратегического плана учитывало, что реализованная стратегия – это «продуманные» и «неотложные» элементы, соотношение которых определяется как внешними обстоятельствами, так и внутренними факторами.



Рисунок – 2. Неотложные и продуманные стратегии

Различия между моделями стратегического управления во многом объясняются информационным аспектом, а именно – скоростью сбора и обработки информации, возможностью применения тех или иных расчетных методов, эффективностью взаимодействия менеджеров, вовлеченных в процессы управления и реализации стратегии. Однако на практике информационные системы дают сбой в обеспечении решения задач стратегического менеджмента. В первую очередь это происходит по причине разрозненности хранения данных, различий в форматах, отсутствия специальной функциональности и централизованного администрирования.

Для исключения указанных факторов ТОО “Chemothera” в течение предыдущего года централизовало сбор и хранение данных маркетинговой деятельности, а также унифицировало нормативно-справочную документацию компании. В дальнейшем развитии стратегического управления компанией, конечно, появится необходимость использования коммуникационных возможностей систем управления, позволяющих сформировать единую информационную среду управления, так как применение систем управления эффективностью способствует существенному совершенствованию стратегического управления в коммерческих структурах.

Источники:

1. Н.С. Клушко. Инновационная стратегия фармацевтического комплекса: российские тенденции и зарубежный опыт, Известия ИГЭА. 2013. № 3 (89).
2. Ansoff I. H. Strategic management. – London: McMillan, 1979.
3. Mintzberg H., Waters J.A. Of Strategies, Deliberate and Emergent//Strategic Management Journal, 1985 – Vol. 6. – Pp. 257-272.

ОСОБЕННОСТИ РАЗРАБОТКИ СТРАТЕГИИ И КОНЦЕПЦИИ РАЗВИТИЯ В ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Сейдуалиев Г.В

Главный врач ТОО

«Многопрофильный медицинский центр «Мейрим»

Аталуы: Денсаулық сақтау ұйымында даму стратегиясы мен тұжырымдамасын дайындау ерекшеліктері

Авторлары: Сейдуалиев Г.В. Бас дәрігері ЖШС «Мейірім» Көпсалалы медициналық орталығы»

Түйіндеме: Стратегиясын әзірлеу ұйымдастыру ұзақ мерзімді перспективада аман мүмкіндік береді. Нақты стратегиясын және оның құралдарын басқару негізгі ұйымдастыру және жақсы басқару сенімді белгісі болып табылады.

Title: Features of the strategy and concept development in the organization of health care

Authors: Seydualiev G.V. Chief doctor " Multidisciplinary medical center" Meyirim "Limited Liability Partnership"

Abstract: Development of the strategy allows the organization to survive in the long term. Building a strategy and its tools are the core of governance and the surest sign of good management of the organization.

Управление компанией требует применения обоснованной стратегии. Без перемен в среде, в которой действует компания, новые возможности для бизнеса не могут появиться. Компании практически любой отрасли получили как почти неограниченные возможности по предложению новых видов продукции, так и новые способы выхода на потребителей. Но надо иметь в виду, что в условиях конкурентного окружения новые каналы, как и новые продукты недолго остаются таковыми. Стратегия, используемая компанией, быстро превращается в типовую, т.е. уже не дает конкурентных преимуществ, хотя и порождает изменения в общем контексте конкуренции. Поэтому следует уделять особое внимание управлению этими изменениями, что требует не просто понимания этого процесса, но и его правильного использования [2].

Теоретически каждое предприятие имеет цели и стратегии, которые регламентируют его деятельность. Цели и стратегии задают основные направления поиска рыночных возможностей, поддерживает в запланированных рамках затраты, определяют количество и квалификацию персонала. Доведенные до каждого работника цели, проработанные и принятые на предприятии стратегии, заставляют персонал приспособлять личные цели к целям предприятия, личные стратегии - к его стратегиям[1].

В соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 октября 2012 года № 676 «Об утверждении стандартов аккредитации для субъектов здравоохранения» в измеряемые критерии «2.0 Управление» раздела «А» в обязанности руководства организации включают согласование

и утверждение стратегического, оперативного планов организации, а также плана обеспечения качества медицинских услуг; утверждение бюджета и обеспечение организации соответствующими ресурсами для выполнения поставленных целей и задач; мониторинг и оценка достижения результатов стратегических и оперативных планов и качества медицинских услуг; назначение или утверждение руководителей структурных подразделений и оценка эффективности их деятельности[3].

На практике для многих предприятий характерна «размытость» целей и стратегии. Обычными целями являются получение «хорошей» прибыли и «развитие» предприятия, стратегиями - сложившиеся традиции и методы деятельности. Такие стратегии теряют свой направляющий и стабилизирующий эффект, позволяют любое творчество персонала, оправдывают любые затраты, способствуют распылению сил и средств[1].

Иногда цели достаточно четко сформулированы руководством, но служат для «внутреннего» пользования. Руководитель имеет в виду цели предприятия и намечает для себя стратегии их достижения. Отдельные аспекты стратегий доводятся от случая к случаю до среднего руководящего звена. Такая политика объясняется соображениями конфиденциальности, а чаще - неумением руководителя делегировать полномочия или недооценкой возможностей «автоматической» координации деятельности всего персонала, которые предоставляет принятая стратегия. Как следствие персонал имеет собственные (и различные) представления о целях и стратегиях предприятия, которыми руководствуется в своей деятельности[1].

Планирование и реализация стратегии - вид управленческой деятельности, требующий значительных усилий и затрат времени. Поскольку функцию реализации стратегии осуществляют люди, то, как отмечалось, этот процесс должен быть формализован и им нужно управлять. Управление реализацией стратегии должно осуществляться и через стимулирование должного к нему отношения руководителей и работников всех уровней. Особо здесь следует отметить необходимость создания и постоянного поддержания хорошего организационно-психологического климата, важно привить сотрудникам мысль, что постоянные изменения - естественное состояние развития организации и к этим изменениям нужно быть постоянно готовыми[2].

Главное же условие эффективного функционирования системы стратегического планирования - это постоянное внимание к нему со стороны высших руководителей, умение доказать необходимость планирования, привлечь к выработке и реализации стратегии широкий круг сотрудников. Такое внимание особенно важно на первой стадии внедрения системы планирования в организации. После внедрения стратегического планирования и распространения его по всем подразделениям, после того, как оно подтвердит свою эффективность и число работников, осознавших его необходимость, возрастет, процесс управления во многом может быть структурирован, и в нем существенную роль будет играть поощрение работников за ценные предложения по совершенствованию оказываемых услуг, разработке новых рынков, системы планирования, выработке новой стратегии [2].

Организация системы стратегического менеджмента в компании предполагает осуществление следующих основных этапов работ.

1. Обследование организации относительно ее готовности к внедрению системы стратегического управления по следующим направлениям:

- структура организации (в том числе

организационная структура управления);

- представление руководителей (главного врача и его заместителей) и сотрудников о клиентах (пациентах) организации (сегментах внешней среды);

- наличие видения организации здравоохранения и ее перспектив у ее руководителей;

- знание миссии и целей организации сотрудниками, менеджерами высшего, среднего уровня (врачом-экспертом, заведующими отделениями);

- характер принимаемых управленческих решений (оперативные, долгосрочные, стратегические).

2. Принятие решения высшим руководством организации (главного врача и его заместителей) о создании системы стратегического управления.

3. Проведение разъяснительной работы в коллективе, организация обучения сотрудников (определенный круг менеджеров и специалистов).

4. Выбор и приглашение консультантов.

5. Разработка организационно-функциональной схемы системы стратегического планирования и управления.

6. Создание подразделения (отдела, департамента и др.) стратегического планирования (выбор типа структуры подразделения).

7. Выделение стратегических хозяйственных подразделений -сегментация корпоративного бизнеса.

8. Выбор и создание расчетно-аналитической службы.

9. Модернизация и обеспечение пропорциональности развития систем планирования, контроля, информации и связи.

10. Разработка и внедрение системы мотивации сотрудников (за предложения стратегического характера).

11. Определение и реализация необходимых стратегических изменений в организации (в первую очередь в организационной структуре управления и организационной культуре).

12. Обеспечение интеграции, координации и взаимодействия систем стратегического и оперативного управления и других систем организации.

13. Организация мониторинга стратегической ситуации.

14. Организация стратегического контроля.

Задачи стратегического управления в организации формируются руководителями высшего уровня (главным врачом и его заместителями) управления с привлечением менеджеров среднего уровня (заведующими отделениями), поскольку в дальнейшем именно они несут ответственность за эффективную реализацию стратегии:

1. Задачи организации в целом, вытекающие из целей и стратегического выбора, формулируются руководителями высшего уровня управления.

2. Для стратегических хозяйственных подразделений – руководители соответствующих подразделений.

3. Задачи стратегического развития по функциональным подсистемам и подразделениям - соответствующие функциональные руководители;

4. Оперативные задачи, обеспечивающие реализацию стратегии, ставятся перед конкретными исполнителями их непосредственными руководителями (соответственно среднего и низового уровня управления).

Особая роль при формировании стратегии и постановке стратегических задач отводится разработчикам стратегических планов (стратегическим аналитикам), функции которых сводятся к следующим:

- обеспечение необходимой информацией;
- помощь при пересмотре стратегических планов и программ;
- координация процессов пересмотра и формирования новой стратегии;
- обобщение стратегических исследований и доведение результатов стратегического анализа высших руководителей организации;
- проведение исследований состояния

и тенденций отраслевой конкуренции и рынка;

- определение циклов деловой активности и их фаз;
- развитие методов оценки исполнения стратегии.

Тем не менее, разработка стратегии - это работа линейных руководителей, но не специалистов по стратегическому планированию, поскольку разрабатывать стратегию должен тот, кто реально управляет деятельностью организации и принимает на себя ответственность за ее настоящее и будущее.

Специалисты по стратегическому планированию не должны принимать непосредственного участие в создании стратегии, выступая лишь в роли консультантов руководства, по следующим причинам:

- руководители организации могут принять жесткие решения в отношении специалистов по стратегическому планированию, поэтому предлагаемые ими задачи будут разработаны "с оглядкой" на руководство;

- не принимая непосредственного участия в текущей производственно-хозяйственной деятельности и располагаясь несколько изолированно по отношению к организации, специалисты по стратегическому планированию судят о текущем состоянии и эффективности текущей стратегии на основании отчетной информации и в итоге знают о реальной стратегической ситуации меньше, чем руководство;

- в условиях непрозрачности рынка, при неразвитости внутриорганизационного управленческого учета и неэффективного стратегического контроля информация, поступающая в распоряжение специалистов по стратегическому планированию, становится нерелевантной, недостоверной и нерепрезентативной, что негативно сказывается на качестве стратегических задач, предлагаемых специалистами по стратегическому планированию;

- нередко на практике стратегическое планирование может рассматриваться как непродуктивный бюрократический вид деятельности, поскольку, стремясь к совершенству

стратегического выбора, аналитики могут необоснованно усложнять процедуру разработки и обоснования стратегии[2].

Таким образом, современная организация должна трансформироваться в организацию, способную совместить предпринимательскую, с одной стороны, и текущую конкурентную деятельность, с другой, и способную гарантировать равноправие стратегических и оперативных решений. Само достижение этого баланса становится актуальной задачей менеджмента[2].

Сегодня область применения стратегического менеджмента чрезвычайно много-

образна. Он дает огромные преимущества организациям, функционирующим в различных сферах жизнедеятельности современного общества. Эти преимущества заключаются в рациональном использовании ограниченных ресурсов и главным образом времени. Кроме того, стратегический менеджмент рождает чувство уверенности у персонала организаций и их менеджеров, способствует последовательной разработке и реализации управленческих решений, ориентирует на устойчивое развитие в условиях рынка[2].

Источники:

1. Гончарук В.А. Алгоритмы преобразований в бизнесе. Маркетинговое консультирование: издание второе, дополненное и переработанное. Москва, 2001.
2. Стратегический менеджмент. Основы стратегического управления. Учебник. М.А. Чернышев и др. Ростов-на-Дону: Феникс, 2009.
3. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 октября 2012 года № 676 «Об утверждении стандартов аккредитации для субъектов здравоохранения»

ПОЧЕМУ В ТЕКУЩЕЙ МОДЕЛИ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ ПМСП НУЖНЫ ИЗМЕНЕНИЯ?

Жусипалиева Г.Б.

Менеджмент Университет МВА-МЗ-2-13 г. Алматы

Курганбаева Г.М.

*Научный руководитель, аналитик Менеджмент Университет г. Алматы,
к.э.н., магистр государственного управления*

Аталуы: Неге ағымдағы БМСК қызмет көрсету моделіне өзгерістер қажет?

Авторлары: Жусипалиева Г.Б. Алматы қ. Менеджмент университеті МВА МЗ-2-13, Курганбаева Г.М. ғылыми директоры Алматы қ. Менеджмент университеті

Түйіндемесі: Мақалада БМСК жүйесін жетілдіруін талап ететін проблемалық мәселелер көрсетілген.

Title: Why do the current delivery model of primary health care need changes?

Authors: Zhusipalieva, G.B. Almaty Management University MBA M3-2-13, Kurganbaeva, G.V. supervisor

Abstract: The article reflects on the issues demanding improvement of the primary health care in the Republic of Kazakhstan

За годы независимости Казахстана система здравоохранения Казахстана претерпела значительные изменения. Так, за последние 10 лет в стране создана собственная модель развития казахстанской системы здравоохранения.

Однако, с точки зрения оказания первичной медико-социальной помощи (далее – ПМСП), в результате многолетней приоритетности больничного сектора над ПМСП возник ряд критических вопросов.

Низкая отзывчивость расходов на здра-

вохранение к потребностям населения: распределение бюджетных средств напрямую зависит от уровня госпитализации и не связано с количеством посещений на уровне ПМСП. С 2014 года введена новая модель смешанного финансирования на основе комплексного подушевого норматива и вознаграждения по результатам, с отделением подушевой суммы врачебной практики от суммы на консультативно-диагностическую помощь.

Старая модель оказания ПМСП: Нынешняя инфраструктура ПМСП основана на модели оказания услуг Семашко с сетью унифицированных типов организаций и норм населения для медицинских пунктов (МП), укомплектованных медсестрами, с помещением и без, фельдшерских пунктов (ФП), фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП), врачебных амбулаторий (ВА), сельских, районных и городских поликлиник. Такая структура хорошо функционировала в Казахстане в период ограниченной подвижности населения и плохой дорожной инфраструктуры, когда разбросанность небольшого сельского населения не позволяла иметь хороший доступ к врачебной помощи вблизи от дома. Обратной стороной данной структуры являлось наличие существенных различий в доступности базовых услуг ПМСП с недостаточным числом врачебных практик в сельской местности и переизбытком специализированной медицинской помощи в организациях ПМСП в городах. Для получения более качественных услуг здравоохранения люди старались быть госпитализированными в больницы или обращались в поликлиники районного и областного уровней без назначения врача.

Устаревшая инфраструктура организаций ПМСП и технологий: В целом, в Казахстане средний возраст зданий составляет 31 год, при этом для поликлиник этот показатель ниже по сравнению с ВА, ФАП и МП. Уровень оснащения организаций ПМСП функционирующим медицинским оборудованием в соответствии с действующим государственным стандартом составил чуть более половины (56%). Обеспеченность компьютерами низкая, в среднем на 1 компьютер приходится

7.6 штатных единиц персонала ПМСП, при этом лишь несколько пилотных организаций внедрили систему электронных медицинских карт. Инфраструктура и оборудование организаций является устаревшей.

Неравенство в обеспечении медицинским персоналом между сельскими и городскими районами: как и везде в мире, наблюдается необъективное распределение медицинского персонала с дефицитом врачей в сельских районах и их переизбытком и сверхспециализацией ПМСП в городских условиях. В связи с тем, что в региональных планах все большее внимание уделяется экономическому развитию сельских районов, наем персонала становится центральной задачей местных властей.

Ориентация на количество посещений как основную меру доступа к ПМСП: уровень посещений на душу населения в Казахстане является высоким по сравнению с международным стандартом (в среднем 5 посещений), однако это не приводит к лучшим результатам медицинской помощи, что требует большего внимания к содержанию и результатам самих посещений. С введением финансирования, связанного с результатами деятельности, на национальном уровне необходимо рассчитывать новые показатели, которые бы позволили собирать информацию об эффективности охвата услугами первичной медицинской помощи.

За последние годы изменения в медицинской сфере привели к значительному повышению роли амбулаторной и первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и сокращению роли стационарной помощи.

Эта тенденция была обусловлена целым рядом внешних факторов, каждый из которых влияет на планирование услуг в Республике Казахстан:

- В результате изменений в демографической и эпидемиологической ситуации происходит сдвиг спроса от неотложной помощи к долгосрочному уходу, оказываемому в амбулаторных условиях.

- Растущая мощность ПМСП и активное использование профилактической меди-

цины для лечения хронических заболеваний снижают потребность в госпитализации. Новые фармацевтические схемы замещают необходимость длительной госпитализации для лечения болезней (например, использование современных препаратов для лечения язвенной болезни).

- Стандартизированные клинические протоколы позволяют врачам общей практики лечить наиболее распространенные заболевания и, тем самым, снижают необходимость в специализированной амбулаторной помощи.

- Необходимость приближения услуги к населению, обеспечивая равный доступ (по времени) к высокотехнологичным специализированным услугам всем гражданам в соответствии с международными стандартами, основанными на потребностях населения.

- Возможность использования телемедицины для контроля хронических заболеваний и ухода за пожилыми людьми повышает спрос на услуги ПМСП и значительно сокращает потребность в госпитализации.

- Растущие ожидания населения в получении помощи, ориентированной на потребности пациентов.

Кроме того, специфический политический, экономический и демографический контекст Республики Казахстан заключается в следующем: Необходимость более сильной системы ПМСП широко поддерживается высшим руководством Казахстана. Так, в ежегодном обращении Президента Республики Казахстан народу Казахстана от 17 января 2014 года отмечено, что модернизация ПМСП является высшим приоритетом в здравоохранении, которая будет способствовать увеличению ожидаемой продолжительности жизни населения до 80 лет к 2050 году, а также поможет Казахстану стать членом ОЭСР и войти в тридцатку наиболее конкурентоспособных стран мира.

- Стратегический план Министерства здравоохранения и социального развития РК на 2014-2018гг. определил модернизацию ПМСП в качестве главного приоритета с целью улучшения здоровья и снижения смертности граждан в Казахстане, переход к систе-

ме здравоохранения, соответствующей самым высоким международным стандартам.

- В стране наблюдается существенный экономический прогресс и имеются амбициозные планы по восстановлению экономических возможностей в сельских территориях, при этом социальное развитие также является одной из важных целей.

- Существует положительная тенденция роста численности сельского населения во многих регионах, при этом доля молодого населения в сельской местности выше по сравнению с городскими районами.

- При больших инвестициях в инфраструктуру, дороги, новые коммуникации и электронные технологии мобильность как населения, так и поставщиков услуг будет расти, также будет меняться природа взаимодействия между пациентом и поставщиком.

- Срочно требуются значительные инвестиции в сельской местности в персонал, здания, оборудование и технологии. Кроме того, оптимизация обширной сети организаций ПМСП в городской местности и изменение ролей, где врачебная практика и специализированная медицинская помощь при оказании услуг, помогут достичь более экономически эффективного и рационального распределения бюджетных средств.

В мире развитие моделей ПМСП нацелено на способность системы удовлетворять 90% потребностей местного населения в услугах здравоохранения, оказывать комплексные, быстореагирующие, ориентированные на пациента и целостные услуги «первого контакта», где врачи общей практики действуют как привратники и координаторы всех медицинских услуг для обеспечения непрерывности лечения и облегчения движения в рамках всей системы здравоохранения. Несколько основных тенденций отмечены ниже. Вертикальная и горизонтальная интеграция первичной медико-санитарной помощи: команды ПМСП стремятся оказать населению на местном уровне полный спектр медицинских и социальных услуг через развитие интегрированных моделей первичной помощи на уровне местных сообществ и социальными

услугами.

Отзывчивость к нуждам местного населения является ключевым элементом первичной медицинской помощи. Таким образом, набор и конфигурация услуг может изменяться от одной территории к другой: модели "один размер подходит всем" больше нет. Аналогично могут различаться модели управления и финансирования.

Подход «одного окна» и переход к межпрофессиональным командам ПМСП, групповым практикам и сетям. Все больше экспертов сходятся во мнении, что работа семейных врачей, медицинских сестер и других специалистов как партнеров приводит к улучшению здоровья, повышению доступа к услугам, более эффективному использованию ресурсов и большей удовлетворенности, как пациентов, так и поставщиков. Такие команды имеют больше возможностей для работы над продвижением здорового образа жизни и более качественным ведением хронических заболеваний. Такой командный подход вместе с активным внедрением телефонных консультационных линий облегчает доступ к первичной медицинской помощи в нерабочие часы, уменьшая потребность в дорогостоящих посещениях кабинетов неотложной помощи.

Крупные сети поставщиков и единое управление: производится переход от индивидуальных к групповым практикам и объединение врачей общей практики в крупные сети поставщиков под единым управлением с

целью достижения большого организационного масштаба для расширения набора предлагаемых услуг, что, в свою очередь, позволит повысить устойчивость их деятельности. В «масштабных» моделях ПМСП за местными практиками сохраняется роль первой точки контакта для пациентов, укрепляется сеть более широкой консультативной помощи и поддержки, а организационный масштаб используется для усиления (а не ухудшения) доступности и качества ПМСП на местах.

Перспективы новых технологий: ПМСП все больше интегрирует технологии телемедицины (в том числе мобильное здравоохранение, телездоровье, телесиделки, телеаптеки, удаленный мониторинг, дистанционное обучение) в процесс оказания врачом общей практики услуг, особенно сельскому населению, его взаимосвязи с другими медицинскими специалистами, в процесс его обучения и поддержки квалификации. В течение одного-двух десятилетий это станет реальностью для всех стран, включая Казахстан.

Учитывая вышеизложенное, для обеспечения максимальной доступности услуг ПМСП необходимо создание и утверждение совместно с местными исполнительными органами комплексного плана по обновлению инфраструктуры здравоохранения с учетом географических, климатических, демографических и эпидемиологических особенностей регионов, а также международного опыта.

Источники:

1. Послание Главы государства народу Казахстана от 17 января 2014 года «Казахстанский путь – 2050: Единая цель, единые интересы, единое будущее»;
2. Послание Главы государства народу Казахстана от 11 ноября 2014 года «Нұрлыжол – путь в будущее»;
3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 5 декабря 2014 года № 299 «О стратегическом плане Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2014-2018 годы»;
4. Отчетные данные Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан;
5. Старфилд Б. (2009). Будущее ПМСП: изменение направления Системы.
6. Атун Р. (2004). В чем заключаются преимущества и недостатки реструктуризации системы здравоохранения с большим фокусом на услуги ПМСП? Копенгаген, WHO Regional Office for Europe.

ҚЫЗМЕТТЕРДІ БАСҚАРУ / УПРАВЛЕНИЕ УСЛУГАМИ

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН НА УРОВНЕ ПМСР: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ МОДЕРНИЗАЦИИ

Арзыкулов Ж.А.

Генеральный директор Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова, г. Алматы

Медеубеков У.Ш., Нарманова О.Ж., Избагамбетов Н.А., Сеитова Г.С.

Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова, г. Алматы

Аталуы: БДСК деңгейіндеі ҚР хирургиялық қызметінің заманауи жағдайы: модернизацияның проблемалары мен перспективалары.

Авторлары: Арзыкулов Ж.Ә., Медеубеков Ұ.Ш., Нарманова О.Ж., Избагамбетов Н.А., Сеитова Г.С. А.Н. Сызганов атындағы ұлттық ғылыми хирургиялық орталық, Алматы.

Түйіндеме: Мақалада БДСР ролін нүшейту жолымен ҚР халқына хирургиялық қызметтің ары қарай даму ұсынынады хирургиялық технологиялық азшығынды және ресурсты сақтаушы формасына көшуге жағдай жасау, хирургиялық аурулардың санаиясың жоғарлы арттыру, сапалы хирургиялық көмектің уақытылы және қолжетімді көрсетілуі, зерттеулер мен емдеуде жоғарғы технологиялық заманауи әдшстерді меңгеру, медициналық тұлғалардың кәсіби және жекелеген өсуіне мотивация үшін жағдай тудыру, көпшіліктің талабы мен саудадағы жағдайына хирургияның көмек жүйесінің адаптациясы

Title: Current status of surgical services of Kazakhstan on the level of phc: problems and prospects of modernization

Authors: Arzykulov Zh.A, Medeubekov U.Sh., Narmanova O.Zh., Izbagambetov N.A., Seitova G.S.

Abstract: The article proposes measures to further develop surgical services for the population of Kazakhstan by strengthening the role of primary care, create conditions for the transition to a low-cost and resource-efficient forms of surgical techniques, increasing the planned reorganization of surgical diseases, availability and timely delivery of high-quality surgical care, the introduction of modern high-tech methods of diagnosis and treatment, as well as creating conditions to motivate professional and personal growth of medical personnel, adaptation of surgical care to the modern requirements and market conditions of the society.

С 2011 г. в Казахстане хирургической службой успешно освоена техника пересадки донорского сердца, печени и почек. Увеличился удельный вес новых, малоинвазивных и высокотехнологических вмешательств в кардиохирургии, ангиохирургии, торакальной и абдоминальной хирургии. Проведена большая работа по обучению специалистов и подготовке материально-технической базы к освоению в текущем году первой трансплантации легких и пересадки печени у детей. Вместе с тем, в работе хирургической служ-

бы ощущаются недостатки, от решения которых зависит дальнейшее улучшение здоровья граждан республики и качество жизни пациентов. В первую очередь, это слабый уровень развития хирургической помощи на уровне ПМСР и слабое взаимодействие между специалистами, как на различных уровнях оказания хирургической помощи, так и между специалистами смежных специальностей, от которых зависит ранняя диагностика и своевременное выявление хирургических заболеваний, послеоперационное наблюдение и

реабилитационная помощь, т.е. наблюдается слабая преемственность между поликлиникой и стационаром.

Отсутствует мультидисциплинарный подход на всех уровнях оказания хирургической помощи. Не на должном уровне организован мониторинг за состоянием пациентов на уровне ПМСП после оказания дорогостоящей стационарной хирургической помощи, что уменьшает эффективность результатов лечения. Отсутствуют четкие индикаторы эффективности результатов лечения. Кроме того, необходимо решать вопросы, связанные с ростом числа хронических неинфекционных заболеваний, статистический учет которых требует дальнейшей доработки, актуализации и улучшения работы существующих регистров. В рамках долгосрочной модернизации национальной системы здравоохранения необходимо выровнять качество оказания хирургической помощи регионов, внедрить новые хирургические технологии, увеличить взаимодействие специалистов различных служб на всех уровнях, а также улучшить кадровый потенциал и материально-техническое оснащение медицинских учреждений.

Необходимо увеличить обеспеченность хирургическими кадрами на районном уровне, т.к. отмечается диспропорция кадров, оказывающих хирургическую помощь в городе и селе. На уровне ПМСП хирургическую помощь оказывают менее 10% от общего числа специалистов хирургического профиля.

Так, по данным официальной статистики, всего в Республике Казахстан в 2013 году насчитывалось 7 684 врачей хирургического профиля, из которых почти треть (30,5) работали в городах Алматы (1345) и Астана (1000).

Общих хирургов по всей стране насчитывалось 3 215 человека на всех уровнях оказания помощи. Из них оказанием хирургической помощи на селе занимается всего 565 врачей общих хирургов, что составляет всего 17,6% от общего числа специалистов хирургической службы. В городах хирургическую помощь оказывает 82,4% специалистов. Эти цифры говорят о том, что за квалифицированной и качественной хирургической помощью населению районов приходится ездить в город.

В Республике Казахстан в последние годы проводится поэтапное усиление амбулаторно-поликлинического звена. В 2014 году амбулаторно-поликлиническими организациями и на койках дневного пребывания оказывается около 45,6% всех видов операций по всем службам хирургического профиля, т.е. в условиях стационара оперативных вмешательств выполняется на 19,3% больше, чем на уровне ПМСП (Таблица 1).

Несмотря на ежегодное увеличение доли хирургической помощи на уровне ПМСП, до сих пор отмечается перевес в сторону оказания стационарной хирургической помощи.

Таблица 1 - Количество всех выполненных оперативных вмешательств, при заболеваниях хирургического профиля в организациях ПМСП РК (2014 г.)

Амбулаторно-поликлинические организации (АПО)		Организации, оказывающие стационарную хирургическую помощь		Всего	
кол-во больных	кол-во операций	кол-во больных	кол-во операций	кол-во больных	кол-во операций
524 413	568 656	59 273	63 122	583 686	631 778
89,8%	90,0%	10,2%	10,0%	100%	

Как видно из представленной таблицы, в структуре оказания хирургической помощи на уровне ПМСП в 2014 году амбулаторно-поликлиническими организациями выполнено 568 656 оперативных вмешательств 524 413

больным, а организациями, оказывающими стационарзамещающую помощь, выполнено 63 122 хирургических операций у 59 273 больных.

В тоже время, только оперативных

вмешательств при общехирургических заболеваниях на уровне ПМСП, включающих выполнение операции на органах брюшной полости, органах дыхания, сосудах, пищевом, эндокринной системе, прямой кишке, коже

и подкожной клетчатке выполнено в 386 743 случаях у 358 622 больных, что составило 61,4% от общего количества хирургических больных, получивших амбулаторную и стационарную хирургическую помощь (Таблица 2).

Таблица 2 - Количество выполненных оперативных вмешательств при общехирургических заболеваниях в организациях ПМСП (2014 г.)

Амбулаторно-поликлинические организации (АПО)*		Организации, оказывающие стационарзамещающую помощь*		Всего	
кол-во больных	кол-во операций	кол-во больных	кол-во операций	кол-во больных	кол-во операций
330 189	356 604	28 433	30 139	358 622	386 743
92,1%	92,2%	7,9%	7,8%	100%	

*- на органах брюшной полости, сосудах, коже и подкожной клетчатке;

В структуре оказания хирургической помощи на уровне ПМСП больным с общехирургическими заболеваниями в 2014 году амбулаторно-поликлиническими организациями и организациями, оказывающими стационарзамещающую хирургическую помощь, выполнено 65,5% хирургических вмешательств, а в стационаре - 34,5%. Из них амбулаторно-поликлиническими организациями выполнено 356 604 операций 330 189 больным, что составило 63,0% от общего количества хирургических больных. Это операции на сосудах - 1 261, органах брюшной полости - 1 419, коже и подкожной клетчатке - 289 719, а также прочие вмешательства - 64 205.

Организациями, оказывающими стационарзамещающую помощь выполнено 30 139 хирургических операций у 28 433 больных, что составило 5,4% от общего количества хирургических вмешательств. Это те же операции на сосудах - 253, органах брюшной полости - 1 670, коже и подкожной клетчатке - 10 393 и прочие - 17 823.

Несмотря на то, что внедрен минимальный комплексный подушевой норматив (КПН), сокращено неравенство в обеспечении ГОБМП, а также увеличен объем финансовых средств на ПМСП с 17% до 26%, вследствие того, что тарифы стационарной хирургической помощи выше тарифов хирургической

помощи на уровне ПМСП, отмечается высокий уровень необоснованной госпитализации и нерациональное распределение стационарных больных по уровням оказания помощи.

Например, в 2014 году в стационарах республики только общехирургических вмешательств на коже и подкожной клетчатке выполнено в 47 893 (23,5%) случаях, большую часть которых могли произвести адекватно на уровне ПМСП.

Анализ вышеуказанных данных иллюстрирует, что более ¼ части больных стационаров составляют амбулаторные больные.

Вместе с тем, слабое развитие хирургической службы на уровне ПМСП и низкая преемственность между службами не позволяют кардинально улучшить ситуацию. Поэтому одной из главных задач Концепции является усиление роли ПМСП и внедрение программы мультидисциплинарного подхода к раннему выявлению хирургических заболеваний на уровне ПМСП, преемственность ведения больных до стационара, а также послеоперационного мониторинга за состоянием и реабилитацией пациента на уровне ПМСП.

Из 160 районов Казахстана не входящих в состав городов 15 районов в четырех регионах насчитывает население от 108 тыс. до 320 тыс. человек населения (Таблица 3).

Таблица 3 - Районы Казахстана, насчитывающие более 100 тыс. человек населения (2014 г.)

№	Наименование региона	Количество населения в районе
<i>Южно-Казахстанская область</i>		
1	Сайрамский район	320 477
2	Сарыагашский район	315 638
3	Михтааральский район	303 043
4	Толесбийский район	134 094
5	Ордабасынский район	118 721
6	Толькубасекский район	109 159
7	Казыгуртский район	108 788
<i>Алматынская область</i>		
8	Карасаский район	295 508
9	Енбекшявзакский район	288 121
10	Илийский район	199 427
11	Талгарский район	193 194
12	Жамбалский район	148 310
13	Павлодарский район	124 674
<i>Жамбылская область</i>		
14	Кордайский район	137 444
<i>Мангыстауская область</i>		
15	Мугайлыкский район	128 657

Для дальнейшего усиления роли ПМСП и улучшения качества хирургической помощи, а также уменьшения числа необоснованных госпитализаций, в этих 15 районах на базе существующих районных больниц необходимо организовать «Региональные центры амбулаторной хирургии» (РЦАХ), оснащенные современным диагностическим и хирургическим оборудованием и с концентрацией в них специалистов смежных профилей с целью мультидисциплинарного подхода в выявлении и лечении хирургических заболеваний. Кроме того, РЦАХ будет оказывать не только амбулаторно-поликлиническую, но и стационарзамещающую помощь. Дополнительно, при необходимости, в РЦАХ можно будет оказывать первую травматологическую и радиологическую помощь.

Еще одной положительной стороной организации РЦАХ на базе функционирующих районных больниц является возможность

при необходимости использования диагностического оборудования районных больниц, быстрой госпитализации больных в хирургический стационар и оказания интенсивной терапии, т.к. в больницах уже развернуты стационарные койки и палаты интенсивной терапии. Это позволит уменьшить число необоснованных госпитализаций, уменьшить сроки догоспитального этапа при выявлении случаев неотложных состояний, сократить и оптимизировать маршрут пациента.

Кроме того, с целью эффективного достижения поставленных задач по модернизации ПМСП нужно и дальше планомерно увеличивать финансирование ПМСП и стимулировать специалистов хирургического профиля первичного звена путем увеличения оплаты их труда. Для примера, в странах Организации экономического сотрудничества и развития (34 стран-участников) структура финансирования медицинской помощи со-

ставляет 34% - стационар, 61% - ПМСП и 5% - скорая помощь. Это и показывает эффективность работы системы здравоохранения.

Таким образом, анализ работы хирургической службы показывает, что имеются очевидные позитивные сдвиги в сторону увеличения количества хирургических вмешательств на уровне ПМСП.

Однако для дальнейшего развития хирургической службы необходимо:

- повысить уровень интеграции хирургической службы ПМСП с другими службами, что поможет обеспечить преемственность оказания медицинской помощи хирургическим больным и повысить эффективность лечения;

- проводить работу по внедрению системы маршрутизации хирургических больных, начиная от своевременного выявления до реабилитации и ухода на дому.

- организовать «Региональные центры амбулаторной хирургии» на базе районных больниц в населенных пунктах или районах, имеющих население в (100 тыс. и более (15);

- сконцентрировать оказание хирургической помощи на уровне ПМСП (амбулаторно-поликлиническая и стационарзамещающая) в РЦАХ, что позволит обеспечить мультидисциплинарный подход при оказании помощи специалистами хирургического профиля (хирурги, травматологи, проктологи, челюстно-лицевые хирурги и т.д.) и значительно уменьшит количество необоснованных госпитализаций на уровне круглосуточного стационара.

Таким образом, РЦАХ будет выполнять координирующую и интегрирующую функцию по увеличению стационарзамещающих и ресурсосберегающих хирургических технологий, в котором будет оказываться первичная хирургическая помощь, выполняться такие несложные плановые хирургические вмешательства, как операции на коже и подкожной клетчатке, первичная хирургическая обработка ран, не ущемленные грыжи и другие.

Несмотря на достаточно стремительное развитие отечественной хирургической

службы, имеются и проблемы:

1) Эффективность результатов и повышение качества хирургической помощи населению. Необходимо обеспечить преемственность между ПМСП и стационаром путем усиления роли хирургической службы на уровне ПМСП в части формирования интегрированной и доступной хирургической помощи в первичном звене. Для этого нужно сконцентрировать кадровые и материально-технические ресурсы в «Региональные центры амбулаторной хирургии», организованные на базе центральных районных больниц 15 крупных районов, которые будут оказывать амбулаторно-поликлиническую и стационарзамещающую помощь, т.е. РЦАХ должен выполнять функцию основного регулятора потока хирургических больных.

Нужно выработать и внедрить схемы работы специалистов первичного звена в районных и городских стационарах по принципу временной ротации, что увеличит не только преемственность в оказании хирургической помощи, но и повысит квалификацию специалистов ПМСП в части послеоперационного ведения больных в амбулаторных условиях и повысит результативность лечения.

2) Маршрутизация пациента и оказание полного цикла диагностических, лечебных и реабилитационных услуг мультидисциплинарной командой специалистов.

Нужно усилить взаимодействие смежных профильных служб путем создания мультидисциплинарных команд на всех уровнях, которые должны координировать оказание медицинской помощи, включая консультацию и услуги узких специалистов, направление в стационар, а также контролировать своевременность и полноту оказания медицинской помощи всеми службами.

Мультидисциплинарная команда должна состоять из специалистов хирургического, терапевтического, диагностического и реабилитационного профиля. На уровне ПМСП мультидисциплинарная команда создается и должна работать на базе амбулаторно-поликлинических организаций и РЦАХ.

3) Конкурентоспособная научно-инно-

вационная деятельность и повышение эффективности финансового менеджмента.

Необходимо пересмотреть существующую систему тарифообразования и возмещения затрат за оказание услуг, особенно на уровне ПМСП. Работа специалиста первичного звена должна стать престижной и мотивированной. Повышение кадрового потенциала службы требует разработки четкой системы мотива-

ции, в том числе материальной. Уровень заработной платы хирургов должен быть сопоставим с уровнем специалистов зарубежных центров, отсюда возникает необходимость пересмотра тарифов с учетом оплаты хирургических услуг. Необходимо также пересмотреть нормативы количества операций с учетом категории сложности выполняемой хирургической операции.

Источники:

1. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения».
2. «Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо» (Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010 г.
3. Приказ Министра здравоохранения РК от 16 марта 2009 года №134 «Об утверждении квалификационных требований к соопработникам в сфере здравоохранения и правил их аттестации»
4. Приказ Министра здравоохранения МЗ РК №791 от 26 ноября 2009г. «Об утверждении Квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения».
5. Приказ Министра здравоохранения РК № 238 от 07.04.10г. «Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения».
6. Приказ МЗ РК №699 от 12.11.09г. «Об утверждении квалификационных характеристик медицинских и фармацевтических специальностей».
7. Статистический сборник, Астана 2014 «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2013 году».

ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ҚЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Кажыбаев А.Э.

*Заместитель директора по контролю качества медицинских услуг
ГКП на ПХВ «Илийская ЦРБ», Илийского района, Алматинской области*

Аталуы: Қызылорда облысында қатерлі ісік ауыруыдың кездесуі

Авторлары: Кажыбаев Артур Эстенұлы Медицина ғылымының магистрі, Іле аудандық ауруханасының директорының орынбасары.

Түйіндемесі: Жанакорган және Сырдария аудандарында онкологиялық аурулар бойынша скринингтік бағдарламаларын талдау анализі жүргізілді. Осы процестерді жақсарту үшін, енгізу және жетілдіру механизмдері ұсынылады

Title: Cancer incidence among RURAL POPULATION of Kyzylorda region

Authors: Kazhibayev Arthur Estenovich master of medical sciences, deputy director of kkm, "ILI crb" Ili district, Almaty region.

Abstract: The analysis of screening programs for cancer diseases in Zhanakorgan and Syrdarya regions. Introduction and improvement mechanisms will improve these processes.

Актуальность

Вопросы здоровья, управления, организации и состояния медицинской помощи сельским жителям имеют огромное социальное, политическое и экономическое значение.

В 2010 году Указом Президента РК утверждена Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан

«Саламатты Қазақстан» на 2011–2015 годы (далее – ГПРЗ), которая предусматривает улучшение доступности и качества ПМСП, создание социально-ориентированной и интегрированной модели ПМСП.

В ГПРЗ предусмотрено обеспечение доступности медицинской помощи и повышение оперативности оказываемых услуг на-

селению, в том числе сельским жителям.

Одной из основных задач ГПРЗ является усиление профилактических мероприятий по первичной профилактике, скрининговых исследований, совершенствование диагностики, лечения и реабилитации основных социально значимых заболеваний и травм.

Важным фактором, определяющим продолжительность жизни, является смертность населения, в том числе от онкологических заболеваний. Несмотря на тенденцию снижения показателей за последние годы, уровень смертности от онкологических заболеваний в настоящее время занимает первое место, после которого следуют болезни системы кровообращения. Снижение показателей смертности является результатом планомерной комплексной работы в области, направленной на улучшение доступности лечебно-профилактической помощи, раннюю диагностику и внедрение современных эффективных методов и схем лечения.

При анализе численности населения Кызылординской области, которая составляет на начало 2014 года 726,7 тыс. человек, выяснилось, что доля сельского населения занимает 57,3 %. Среди территориальных особенностей Кызылординской области необходимо отметить отсутствие крупных городов, за исключением областного центра – г. Кызылорда. В разрезе районов области, наибольшая численность населения 77,5 тыс. отмечается в Жанакорганском районе, причем расстояние до города Кызылорда составляет 200 км. Наименьшая численность населения в самом близко расположенном к г. Кызылорда (52 км) в Сырдарьинском районе – 39,5 тыс. Значительный рост населения в течение 5 лет отмечается в Жанакорганском (рост на 4,9%), Снижение роста численности населения отмечается в Сырдарьинском районе – на 1 %.

Материалы и методы исследования.

В качестве объектов исследования были выбраны Жанакорганская ЦРБ и Сырдарьинская ЦРБ Кызылординской области.

При комплексном анализе результатов исследований для разработки предложений по оптимизации амбулаторно-поликлинической помощи использовались методы вариационной статистики, анализа сопряженности и непараметрической статистики. Математико-статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ SPSS версия 15.0, Statistica версия 6.0.

При анализе показателей здоровья использованы статистические данные МЗ и СР РК, Департамента здравоохранения области, данные собственных социологических исследований среди врачей и сельского населения Кызылординской области.

Результаты и обсуждение. Среди сельского населения темп снижения показателя общей рождаемости меньше – -0,2%; общей смертности - -16,8%; естественный прирост - +5,9%. Так, положительная тенденция к снижению показателя общей смертности отмечается на фоне снижающейся рождаемости, что требует формирования более действенных социальных демографически направленных программ в области: по планированию семьи, продлению активного трудоспособного долголетия, активизации скрининговых программ. Основные причины смертности населения представлены тремя классами: злокачественные новообразования (стабильно остающиеся на уровне 0,6 тыс. человек), болезни системы кровообращения (темп снижения – 54,5%), болезни органов дыхания (темп роста +33,3%) и несчастные случаи, отравления и травмы (+25,0%) (табл. 1).

Таблица 1 – Смертность по основным классам причин смертности (тыс. человек).

Причины смертности	2009	2010	2011	2012	2013	В % к 2009 г.
от злокачественных новообразований	0,6	0,6	0,5	0,6	0,6	-
от болезней системы кровообращения	2,2	2,0	1,6	1,5	1,0	-54,5
от болезней органов дыхания	0,3	0,3	0,3	0,2	0,4	+33,3
от несчастных случаев, отравлений и травм	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	+25,0

Для реализации Национальной скрининговой программы в Кызылординской области на онкопатологию было приобретено соответствующее оборудование (ректоскопы, ректороманоскопы и др.), обучен медицинский персонал амбулаторно-поликлинических организаций.

Для выявления рака молочной железы согласно директивным документам подлежат осмотру женщины в возрасте 50,52,54,58,60 лет. На выявление рака молочной железы в 2011 г. обследовано 8579 женщин. Из них оказались здоровыми 97,0%.

Полученные данные по скринингам в Жанакорганском районе – 87,5% и Сырдаринском – 87,6% показывает, что число осмотренных меньше запланированного, а также в Сырдаринском районе отмечен самый низкий процент взятия на диспансерный учет выявленных больных – 20,0%;

В 2013 году было осмотрено 13976 женщин в возрасте 50,52,54,58,60 лет на выявление рака молочной железы. В целом по области охвачено женщин больше запланированного числа – 101,5%; выявлено – 11,8%; взято на учет – 95,6%. Почти по всем регионам план выполнен. Выявлено больше всего патологии в Кызылорде – 20,2%; Сырдария – 14,7%.

Для выявления рака шейки матки в 2011г. было обследовано 11530 женщин в возрастной группе 30,35,40,45,50,55,60 лет, 57,7% из них оказались здоровыми. Согласно полученным данным, самая высокая выявляемость рака шейки матки – в Жанакорганском (89,7%), Сырдаринском (71,3%) районах, самая низкая – в Кызылорде (25,5%).

Самый низкий показатель охвата пациентов скринингами отмечается в Жанакорганском районе – 87,3%. Самая высокая выявляемость отмечена в г.Кызылорда – 23,0%. Самая низкая – в Жанакоргане (1,2%) но все выявленные больные в этих регионах были взяты на диспансерный учет. В Сырдаринском районе на учет взята всего 1 больная (что составило 1,8%); в Кызылорде – 38,2%. По уровню выявления рака шейки матки на ранних стадиях

Кызылординская область значительно отставала от среднереспубликанского показателя: в 2011 году было выявлено только 16,7% случаев рака шейки матки в 1-2 стадии при республиканском показателе 88,7%, в 2012 году – 66,7% и 91,2% соответственно. В 2013 году показатель ранней диагностики рака шейки матки достиг республиканского уровня.

Анализ объемов и эффективности скрининга на раннее выявление рака шейки матки у женщин в 2013 году показал следующее: если в целом по области перевыполнение намеченного плана составило 104,8%, то в Жанакорганском – 108,4%. Выявлено было больше всего больных в Кызылорде – 13,5%; в Жалагашском районе – 8,8%; Не выявлен ни один больной в Жанакорганском районе. Кроме Жалагашского района (70,5%) все нуждавшиеся были взяты на учет.

Результаты скринингового обследования на выявление рака толстой и тонкой кишки показали, что в целом по области план осмотра перевыполнен + 15,7%; выявлено всего 2 больных – из Кызылорды, которые были взяты на учет.

В 2011 году на выявление рака толстой и прямой кишки по скрининговой программе осмотрено 14688 человек в возрастной группе 50, 52,54,56,58,60,62,64,66,68,70 лет, что составило всего 43,6%. Больше всего осмотрено в городе Кызылорда – 77,5%; наименьший процент – в Жанакорганском районе – 4,8%. В целом по области выявлено пять больных.

Результаты анализа по выполнению в районах области скрининговых программ выявления рака толстой и прямой кишки говорят о достаточно высоком показателе охвата в районах подлежащих контингентов – сто и более процентов, кроме Жанакорганского района (85,0%). Выявлено всего 3 больных. В 2011 году число выявленных больных составляло 5 человек. Так, среднереспубликанский показатель выявляемости колоректального рака в 2012-2013 гг. составил соответственно 0,02% и 0,04%. Все пациенты, выявленные в ходе скрининга, были взяты на диспансерный учет и получили специальное лечение.

Выявленные заболевания по результатам скринингов в 2013г. (% от осмотренных)

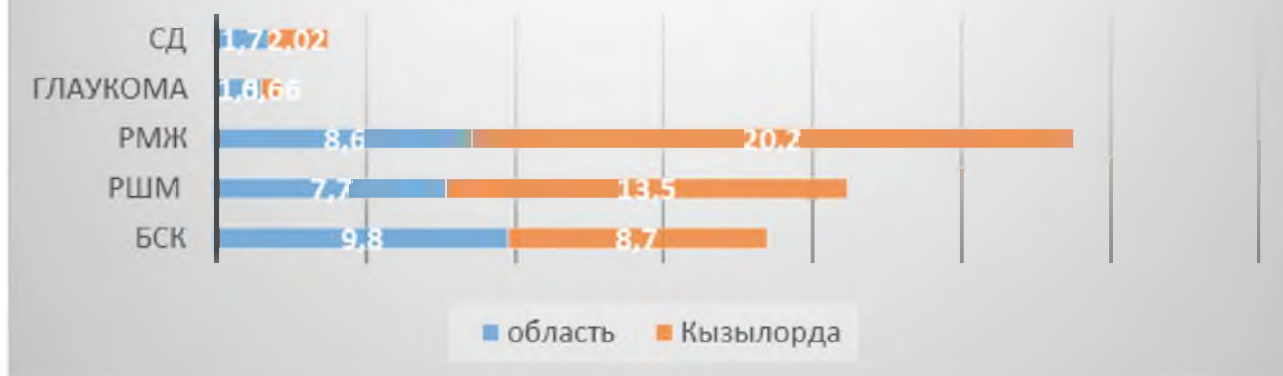


Рисунок 1. Результаты скринингов по выявлению заболеваний в Кызылординской области

Заклучение

Таким образом, проведенный анализ скрининговых программ в Жанакорганском и Сырдарьинском районах показал, что имеются некоторые системные проблемы, не позволяющие достичь высокой эффективности в общественном здравоохранении области. Для совершенствования этих процессов необходимо внедрение и совершенствование механиз-

мов, обеспечивающих оздоровление населения, более четко планировать объемы работы, обратить внимание на профилактическую работу путем эффективного динамического наблюдения за пациентами, особенно, из групп риска, с хроническими заболеваниями или перенесшими отдельные острые заболевания, направленную на восстановление и укрепление здоровья.

Источники:

1. Кучеренко В.З. Реформирование здравоохранения в мире как общественный процесс // Пробл. управления здравоохранением. – 2005. – № 4 (23). – С. 5-10.
2. Государственная программа «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, утвержденная Указом Президента РК от 29 ноября 2010.
3. Сценарий развития направления «Здоровье нации» в Казахстане на период до 2030 года.- Отчет 106 с.-Астана, 2013г.
4. Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: Пер. с англ. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2000. - 432с
5. Антонов О.В. Новые организационные формы оказания амбулаторно-поликлинической помощи населению // Здравоохранение Российской Федерации. – 2007. - № 2. – С. 11-13.
6. Faragher E.B., Cass M., Cooper C.L. The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis // Occup. and Environ. Med. – 2005. – V. 62. – № 2. – P. 105-112.
7. Daugherty J.E. A cooperative experience in rural health education for medical students / J.E. Daugherty, P.A. James. // J. Agromed. – 2004. – V. 9. – N 2. –P. 259-264.
8. Macdonald J.J. Primary health care: medicine in its place / J.J. Macdonald. –London, Earthscan, 1993 (chapters 3, 4, 6).
9. Sacker: A. Social dynamics of health inequalities: a growth household panel survey 1991–2001 / A. Sacker, P. Clarke, R.D. Wiggins // J. Epidemiol, and community Health. – 2005. – V. 59. – N 6. – P. 495–501.

ОПЕРАТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ НА ОСНОВЕ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ

Кисикова С.Д.

*Первый заместитель главного врача РГП на ПХВ «Больница Медицинского центра
Управления делами президента РК», д.м.н.*

Аталуы: Кешенді медициналық ақпараттық жүйе негізінде медициналық мекемелерде оперативті басқару

Авторлары: Кисикова С.Д. Қазақстан Республикасының Президенті Іс басқармасы Медициналық орталығының бірінші бас дәрігерінің орынбасары

Түйіндеме: Мақала қазіргі кездегі актуалды мәселе - медицина саласындағы оперативті басқаруға арналған. Отандық денсаулық сақтау саласына ақпараттық - коммуникациялар технологияларын енгізу, медицина саласын жаңа жоғарғы деңгейге көтеруге мүмкіндік береді. Бұл мәселе Республикалық көлемде қаралуда. Қазіргі таңда отандық медицинаны автоматтандыру мақсатында бірнеше бағдарламалар жүзеге асырылып жатыр.

Title: Operational management in medical institutions in an integrated medical information system

Authors: Kisikova S.D.

Abstract: The article is devoted to the issue date of operational management in the health sector. Since the introduction of information and communication technologies in the health system will bring a new level of quality of care. This issue is addressed on the national scale. Today, we implemented a number of programs for the informatization of domestic medicine.

На сегодняшний день современное развитие человеческой цивилизации характеризуется очередным этапом научно-технической революции – внедрением во все сферы жизни информационно-коммуникационных технологий. В особенности в сферу здравоохранения.

Проблемы в данной сфере, а именно чрезмерная бюрократизация, что сказывается на качестве обслуживания пациентов. Из года в год отмечается увеличение очередей во врачебные кабинеты, пациенты не имеют широких альтернатив при выборе врача, а также не могут оперативно планировать время визита к нему. Данные проблемы в здравоохранении возможно устранить путём широкого внедрения информационно – коммуникационных технологий, перехода к «электронному здравоохранению», что позволило бы повысить доступность медицинских услуг для населения, обеспечить оперативность и точность диагностики и лечения пациентов, сократить время на заполнение бумаг и, соответственно, использовать его непосредственно для обслуживания пациентов.

Внедрение информационно-коммуникационных технологий в систему здравоохранения позволит вывести на новый уровень качество оказания медицинской помощи. Технологии электронного здравоохранения позволяют проводить мониторинг за пациентами на расстоянии, лучше распространять информацию среди пациентов, улучшать доступ к медико-санитарной помощи, особенно в отдаленных районах, для инвалидов и лиц пожилого возраста.

В большинстве передовых стран мира, таких как, например Сингапур, Канада, Корея, Малайзия, США разработаны и реализуются стратегии, комплексные программы информационного развития в сфере здравоохранения. На сегодняшний день в области информатизации здравоохранения в Казахстане уже реализован ряд проектов. В 2011 году в рамках создания Единой информационной системы здравоохранения Республики Казахстан (далее – ЕИСЗ) были завершены работы по организации пилотной зоны ЕИСЗ. В целях информационного обеспечения реализации ЕИСЗ функционирует:

- портал «Бюро госпитализации»,
- «Регистр прикрепленного населения»
- «Формирование счетов-реестров» и т.д.

По данным Министерства Здравоохранения и

Социального развития основные целевые индикаторы в данном направлении, показаны в таблице – 1.

Таблица 1 – Целевые индикаторы программы на 2020 годы [1]:

Индикаторы	2020 г.
Доступность информационно –коммуникационной инфраструктуры в домохозяйствах Республики Казахстан	100%
доля ИКТ в ВВП страны	4%
доля организаций здравоохранения, подключенных к единой сети здравоохранения	100%
количество пользователей сети Интернет в 2020 году	75%

Повышение качества предоставляемых медицинских услуг населению посредством внедрения ИКТ в сферу здравоохранения предусматривает реализацию нижеперечисленных мер:

- подключение к ЕИСЗ всех медицинских учреждений страны для обмена и доступа к информации;
- перевод всей первичной бумажной медицинской документации в электронную форму;
- создание защищённой единой сети здравоохранения, позволяющей в необходимых случаях организовывать телемосты, консилиумы и консультации с ведущими специалистами отрасли;
- создание базы данных научной и медицинской информации, включая публикации, отчеты, исследования, сведения об эпидемиях и очагах заболеваний, информацию о заболеваниях, их профилактике и лечении;
- создание общедоступной единой базы данных лекарственных препаратов, имеющих регистрацию в Республике Казахстан, и их наличия в аптечных сетях;
- создание системы электронных медицинских назначений и рецептов, позволяющих оперативно получить доступ к архиву назначений пациентов;
- автоматизация служб скорой помощи;
- создание системы подготовки и повышения квалификации работников здравоохранения по вопросам ИКТ и информационной безопасности. [1]

Безусловно реализация всех этих программ

зависит в первую очередь и от готовности субъекта – в данном случае Больниц страны к переходу к информационному сообществу. Насколько Больницы используют оперативное управление в своей практике.

Многообразие, а также сложность лечебно-диагностических процессов и форм их реализации требует комплексного применения современных средств информатизации на всех уровнях организации здравоохранения.

Для таких целей служат современные информационно-аналитические системы, позволяющие автоматизировать рабочие места медицинского персонала, сохранять и передавать медицинскую информацию по локальным сетям и формировать медико-статистическую отчетность.

В РГП «Больница Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан» уделяют особое внимание на информатизацию работы всей составляющей Больницы. Так, в сентябре 2014 года был дан старт внедрения программы «ИнфоСИБ» (далее ИС). Данная система представляет собой комплекс совместимых и интегрируемых функционально-расширяющих модулей. Она существенно снижает риски, затраты и трудоемкость.

С начала 2015 года основные модули РСМ «Стационар» и РСМ «Поликлиника» запущены в опытно-промышленную эксплуатацию, врачи работают в системе в режиме реального времени.

Модуль «Стационар» предназначен:

- автоматизации контроля оказания медицинской помощи в стационаре;

- создания и ведения регистра пациентов, учета всех видов оказанных услуг;
- формирования медицинской статистической отчетности о деятельности стационара;
- формирования управленческой отчетности.

Пользователями РСМ «Стационар» являются: «Приемное отделение», «Ординатор», «Старшая медсестра», «Медстатистик стационара».

Модуль «Поликлиника» предназначен:

- автоматизации контроля оказания амбулаторно-поликлинической медицинской помощи;
- создания и ведения регистра пациентов, учета всех видов оказанных медицинских услуг;
- формирования, просмотра и печати форм амбулаторно-поликлинической государственной и внутренней статистической отчетности поликлиники;
- формирования, просмотра и печати форм управленческой отчетности;
- просмотра зарегистрированных врачами посещений пациентов по законченному случаю, оказанным медицинским услугам и извещений об инфекционных заболеваниях и больных.

Также в состав функционально-расширяющих модулей (далее ФРМ) внедрены следующие подмодули:

1. ФРМ «Протоколы врача поликлиники»
2. ФРМ «Диспансерный учет»
3. ФРМ «Профосмотрь»
4. ФРМ «Листы назначений врача поликлиники», кроме ЛС
5. ФРМ «Протоколы врача стационара»
6. ФРМ «Листы назначений врача стационара», кроме ЛС
7. ФРМ «Протоколы сестринского ухода»
8. ФРМ «Лаборатория»
9. Листы нетрудоспособности
10. ФРМ «Протоколы врача инструментальной и функциональной диагностики»
11. ФРМ «Лекарственное обеспечение» (сформирован склад, сверены остатки л/с, с 01.06.2015 г.)

12. Флюротека (не внедрен)
13. ФРМ «Аптека» (только отпуск по требованию)
14. ФРМ «Дневной стационар»
15. ФРМ «Шаблоны планов лечения» (в поликлинике только планы на операцию)
16. ФРМ «Динамическая регистратура»
17. ФРМ «Скорая помощь»
18. ФРМ «Формулярная система лекарственных средств» (только для БЛО)
19. ФРМ «Лабораторные анализаторы»
20. ФРМ «Физиотерапия»
21. ФРМ «Анестезиология» и «Реанимация»
22. ФРМ «Стоматология»
23. ФРМ «Калькуляция платных услуг»
24. ФРМ «Банк крови», только протоколы по трансфузиям
25. ФРМ «Клинико-экспертная комиссия» [2].

В дальнейшем запланировано внедрение фото и видео протоколов диагностических исследований. Все вышеперечисленные модули дают медицинскому персоналу Больницы нижеперечисленную возможность:

1. Оперативно определить среднее количество обращений за оказанием первичной медико-санитарной помощи по определенным видам нозологии к конкретному врачу - это позволит определить границы обслуживаемых участков для рационального распределения нагрузки на врача.
2. Оперативно определить среднее количество обращений за оказанием медицинской помощи второй раз в жизни по определенным нозологиям, что позволит прогнозировать принадлежность пациента к определенной группе риска.
3. Оперативно определить среднее количество обращений за оказанием медицинской помощи второй раз в году, что позволит прогнозировать возможность попадания данного пациента в группы диспансерного наблюдения.
4. Оперативно определить среднее количество совпадений между первичным и заключительным диагнозом, что позволит оценивать качество диагностических мероприятий.
5. Оперативно определить среднее ко-

личество показателей результата лечения: выздоровление, улучшение, ухудшение, госпитализация, смерть и т.д., что позволит оценивать качество адекватности методов лечения.

6. Оперативно определить показатели качества и медицинской результативности процесса оказания медицинской помощи для оценки соответствия применяемых технологий проблемам состояния здоровья пациентов.

Программное решение построено на базе системы управления базами данных Oracle, что позволяет воспользоваться всеми преимуществами централизованной ERP-системы (Enterprise Resource Planning, планирование ресурсов предприятия) управления медицинской организацией. Каждый модуль является отдельным программным продуктом и может быть заказан и встроен в систему по мере необходимости.

Внедрение данной программы в практике Больницы позволило:

1. Создать единое информационное пространство для ускорения доступа к информации, повышения качества медицинской документации;

2. Эффективно использовать рабочее время медперсонала (На сегодняшний день использование в Больнице ИС позволило централизованно хранить данные пациента, это даёт возможность просматривать информацию из амбулаторной карты или истории болезни различными специалистами без передачи между ними бумажных анализов);

3. Сократить бумажный документооборот;

4. Повысить прозрачность деятельности медицинского учреждения и эффективность принимаемых управленческих решений (так как с помощью данной программы имеется возможность контролировать назначения и рекомендации врачей и вносить корректировки);

5. Снизить затраты, связанных с обработкой медицинской информации (данная информационная система выводит отчетные формы автоматически, что значительно упрощает работу статистического отдела, которые

в свою очередь до внедрения данной программы статистические цифры вбивали от руки. Данный факт позволяет правильно распределить обязанности сотрудников данного отдела, в случае необходимости и уменьшить штат отдела);

6. Обеспечить оперативность предоставления информации, а также усовершенствовать статистические формы, для более глубокого и всестороннего анализа. (Все ранее использованные статистиками больницы отчетные формы совершенствуются. Такие отчетные формы как: «Состав больных по группам диагнозов» расширен на «Состав больных, сроки и исходы лечения», «Список проведенных операций», отчетная форма «Стоматология» разделены на три обширные подгруппы: 039-2/у «Сводная ведомость ежедневного учета работы врача-стоматолога терапевтического и хирургического приемов стоматологических организаций всех форм собственности)», 039-3/у «Сводная ведомость учета работы врача стоматолога-ортодонта», 039-4/у «Сводная ведомость учета работы врача стоматолога ортопеда»;

7. Ежедневная и недельная 39 форма разделена на отчет по реестрам посещения и отчет по каждому специалисту и т.д.).

Все вышеперечисленные возможности данной программы позволяют существенно улучшить предоставляемую населению медицинскую услугу.

В настоящее время медицинский персонал Больницы (врачи, старшие медицинские сестры и постовые медсестры) в своей повседневной работе используют ИС, так как она дает возможность автоматизировать все этапы лечебно-диагностического процесса. Для более полной автоматизации, на следующем этапе внедрения, становится актуальным получение цитологических и гистологических изображений, особенно для диагностики онкологических заболеваний. Кроме того, необходимо внедрить аналитическую подсистему для принятия руководством Больницы оперативных решений.

Источники:

1. Государственная программа «Информационный Казахстан - 2020».
 2. Раздел: Цели, задачи, целевые индикаторы и показатели результатов реализации программы. http://egov.kz/wps/portal/Content?contentPath=/egovcontent/transports/communications/article/gp_inf_kaz_2020&lang=ru;
 3. Внутренняя отчетность Больницы по внедрению «информационной системы».
-

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘЛІМЕТІН БАСҚАРУ / УПРАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИЕЙ И СТАТИСТИКОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФАКТИЧЕСКИХ ДАННЫХ ПРИ ПРИНЯТИИ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Койков В.В.

*Директор Департамента развития медицинской науки образования
РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗСР РК*

Аталуы: Денсаулық сақтау саласында басқарушылық шешімдерді қабылдау кезінде нақты мәліметтерді пайдалану

Авторлары: Койков В.В. ҚР ДСӘДМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» РМК

Түйіндеме: Галамдық экономикалық дағдарыс ықпалының үдеуі және ұлттық денсаулық сақтау жүйелеріне деген сыртқы және ішкі қарсылықтардың күшеюі жағдайында халықтың денсаулығын қорғау саласындағы тиімді басқаруды халықаралық деңгейдегідей, ұлттық және жергілікті деңгейде де арттырудың маңызы ерекше. Денсаулық сақтау саласындағы басқарудың тиімділігін арттырудың негізінде, ДДҰ-ның ұсынымдарына сәйкес, басқарушылық шешімдерді қабылдаған кезде нақты деректерді пайдалану практикасына көшу және білімдерді практикада қолдану тұғырнамасын ұлттық деңгейде құру жатуы тиіс.

Title: Evidence-informed policy in health care

Authors: Koikov V.V. RSE on REM "Republican Center for Health Development" MHSD RK

Summary: In the context of the growing impact of the global economic crisis and strengthening the internal and external challenges to national health systems the particularly urgent problem is an improvement of the efficiency of policy in health care, both at the international and at the national and local levels. The increase of the efficiency of policy in health care, in line with WHO recommendations, should be based on the transition to the Evidence-informed policy and the establishment of the national Knowledge translation platform.

Создание современной и эффективной системы здравоохранения относится к числу первостепенных целей в политическом курсе Казахстана, озвученном главой государства Н. Назарбаевым в стратегии «Казахстан 2050» [1]. При этом в условиях нарастающего влияния глобального экономического кризиса и усиления внешних и внутренних вызовов национальной системе здравоохранения особую актуальность приобретает повышение эффективности управленческих решений, принимаемых по вопросам охраны здоровья населения, как на международном, так и на национальном и местном уровне.

Принятый в 2012 году на 62-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ

программный документ «Здоровье-2020: Основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия», в качестве основы для достижения стратегических целей и задач по улучшению здоровья жителей стран Европейского Региона определил необходимость «использования фактических данных (доказательств) при формировании политики», т.е. при разработке управленческих решений на всех уровнях здравоохранения. [2].



Рисунок 1 – Роль фактических данных при реализации политики Здоровье-2020

Подходы, связанные с использованием доказательств, в последние годы получили развитие во многих сферах деятельности, включая уже прочно вошедшую практику здравоохранения концепцию «доказательной медицины» (Evidence-based medicine), активно развивающиеся подходы к доказательной практике в менеджменте (Evidence-based management). В том числе концепция доказательной практики в последние годы нашла активное применение и в сфере политики, прежде всего в сфере политики здравоохранения. Так, с 2005 года при непосредственной поддержке Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) формируется глобальная Сеть по вопросам использования фактических данных при формировании политики (Evidence-Informed Policy Network - EVIPNet) в области здравоохранения. В основе инициативы EVIPNet лежит создание на национальном уровне (с последующим объединением в региональные и глобальную сети) партнерства между лицами, принимающими управленческие решения в сфере здравоохранения, и всеми другими заинтересованными сторонами (такими, как гражданское общество, медицинские работники, организаторы здравоохранения, исследователи и финансирующие учреждения), с целью укрепления системы здравоохранения и улучшения итоговых показателей здоровья населения посредством обеспечения систематической доступности,

оценки, адаптации и использования данных научных исследований, актуальных для конкретных условий [3]. В настоящее время региональные сети EVIPNet созданы в Африканском, Американском, Азиатском и Восточно-Средиземноморском регионах ВОЗ. С 2012 года пилотный проект по формированию сети EVIPNet осуществляется на уровне Европейского региона ВОЗ, в том числе с 2015 года во вторую фазу пилотного проекта включается и Казахстан.

С учетом вышесказанного нами был подготовлен обзор существующих подходов к использованию доказательной практики при разработке управленческих решений в сфере здравоохранения, дана оценка текущей ситуации по вопросам практического применения знаний в сфере здравоохранения РК и предложены меры по внедрению данной практики в национальную систему здравоохранения. При подготовке обзора были использованы в том числе материалы межстрановых семинаров, проведенных Европейским региональным бюро ВОЗ в Измире, Турция (2013), Бледде, Словения (2014), Вильнюсе, Литва (2015) [4].

Развитие концепции доказательной практики принятия управленческих решений в сфере политики здравоохранения

Необходимость применения принципов доказательности при разработке управленческих решений на уровне органов, фор-

мирующих политику, впервые была озвучена президентом Королевского статистического общества Великобритании Адрианом Смитом в 1996 году. В своем выступлении он поставил под сомнение существовавшую ранее практику разработки управленческих решений на основе эмпирического опыта и мнения («Opinion-Based Policy-Making») и призвал осуществлять разработку управленческих решений на основе подхода, связанного с «использованием фактических данных» («evidence-based approach») [5]. В дальнейшем в результате расширения идеи доказательной медицины (Evidence-based medicine) подход, связанный с использованием строго установленных объективных доказательств, при разработке управленческих решений, получил название Evidence-based policy [6]. Доказательный подход к разработке управленческих решений получил широкое признание в Великобритании, США и других ведущих странах мира. И уже в 2005 году на 58-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в Мехико (16-25 мая 2005 г.), была принята резолюция, призывающая все государства «создавать или укреплять механизмы распространения знаний для поддержки научно обоснованных систем здравоохранения, медицинского ухода и формирования политики здравоохранения» [7].

Именно данное решение послужило отправной точкой для развития глобального движения (сети) по вопросам использования фактических данных при формировании политики (EVIPNet) в области здравоохранения. При этом ключевой в концепции доказательной практики принятия управленческих решений в сфере здравоохранения была определена не «политика, основанная на фактических данных» (Evidence-based Policy - EBP), а «политика с учетом фактических данных» (Evidence-informed Policy - EIP). Поскольку наряду с фактическими данными при разработке управленческих решений могут и должны учитываться также существующее законодательство, культура и традиции, имеющиеся ресурсы (финансовые, человеческие и т.д.), влиятельные группы, политический контекст и другие факторы и условия [8].

ВОЗ рекомендует рассматривать EIP, как подход к принятию управленческих решений в сфере здравоохранения, при котором в процессе принятия решения используются наилучшие из существующих данных и результатов научных исследований – систематически и прозрачно – как на этапе определения повестки дня (выявления проблемы), так и на этапах разработки и последующей реализации управленческого решения (рисунок 2) [8].



Рисунок 2 – Роль фактических данных при принятии управленческих решений в сфере здравоохранении

Ключевое место в концепции доказательной практики занимают фактические данные («Evidence»), которые представляют собой факты (как реальные, так и утверждаемые) предназначенные для использования в поддержку определенного вывода [9]. Источником фактических данных могут выступать различные источники – как результаты целенаправленных исследований (наблюдений, опытов), так и экспертные мнения заинтересованных сторон. При этом наивысшую ценность среди данных, которые могут использоваться при разработке управленческих решений, имеют данные, для которых существует высокая доказательная база, т.е. результаты научных исследований. Но само по себе использование в качестве фактических данных результатов научных исследований ещё не гарантирует высокий уровень доказательности, и требует от лиц использующих научные данные оценивать критически дизайн

исследований, качество их проведения, достоверность полученных результатов и выводов.

Необходимые условия для формирования EIP

В основе EIP лежит уменьшение разрыва между результатами научных исследований и сферой принятия управленческих решений, на основе создания платформы практического применения знаний (Knowledge Translation Platform – КТР). Концепция КТР связана с внедрением механизмов эффективного взаимодействия и обмена информацией между всеми участниками процесса практического применения знаний, включая передачу надежных и важных результатов исследований от генераторов новых знаний (исследователей) к конечным пользователям (политикам, менеджерам, специалистам практического здравоохранения), адресацию пользователей знаний своих практических запросов исследователям (рисунок 3) [10].



Рисунок 3 – Основные участники КТР и взаимодействие между ними

При этом КТР следует рассматривать комплексно - это не только устойчивая сеть контактов между всеми заинтересованными сторонами, но и сам процесс непрерывного обмена информацией между ними. Деятельность КТР должна обеспечиваться посредством:

- регулярных контактов между заинтересованными сторонами – путем организации конференций, диалоговых площадок, форумов, дебатов и т.д.;
- создания баз данных по проводимым в стране исследованиям, исследовательским организациям, финансирующим исследования организациям;
- определения лицами, принимающими управленческие решения в сфере здравоохранения, приоритетных направлений исследований и адресации их исследователям и финансирующим исследования организациям;
- проведения исследований исследовательскими организациями в соответствии с запросами лиц, принимающих управленческие решения в сфере здравоохранения;
- укрепление потенциала исследователей (в вопросах надлежащей исследователь-

ской практики и практической передачи знаний) и лиц, принимающих управленческие решения (в вопросах использования фактических данных, включая научные данные);

- создания при уполномоченных органах подразделений быстрого реагирования (осуществляющих поиск фактических данных и проведение исследований для предоставления лицам, принимающим управленческие решения, ответа на интересующие вопросы в кратчайшие сроки) и др. [11].

Для обеспечения эффективного функционирования КТР необходимо создание и укрепление потенциала страновой команды лидеров из числа лиц, принимающих управленческие решения в сфере здравоохранения, организаторов системы здравоохранения, исследователей, представителей гражданского общества. Также важное значение играет институализация КТР – наделение одного из ключевых стейкхолдеров (Министерство здравоохранения, отраслевой институт развития, исследовательский центр или университет) функцией органа, координирующего работу КТР. Работа лиц, участвующих развитии КТР может принимать самые разнообразные формы, включая:



Рисунок 4 – Основные ресурсы для формирования EIP

- подготовку кратких сводок научных данных для выработки управленческих решений, в которых рассматриваются первоочередные потребности сферы управления;

- организацию политических диалогов в формате совещаний с ключевыми действующими субъектами в стране для выяснения знаний, мнений и опыта, выработки вариантов политических решений [3].

Наряду с развитием КТР, в обеспечении условий для формирования ЕІР важное значение имеет развитие единой информационной системы здравоохранения, аккумулирующей данные по различным показателям деятельности отрасли (медицинским и финансовым показателям, показателям кадровой и материально-технической обеспеченности и т.д.) в разрезе регионов и всей страны, а также развитие и (или) обеспечение доступа к ресурсам по исследованиям в области здравоохранения (базы данных научных публикаций и научной продукции) (рисунок 4).

Роль сети EVIPNet в укреплении систем здравоохранения

Сеть EVIPNet формируется на основе партнерства отдельных лиц и организаций, вовлеченных в процесс создания и использования фактических данных. Сеть действует

на страновом, региональном и глобальном уровнях, связанных между собой множеством нитей (рисунок 5). На первом, страновом, уровне сеть формируется из числа лиц, принимающих управленческие решения, организаторов здравоохранения, исследователей, представителей гражданского общества, которые становятся непосредственными участниками формируемой КТР в национальной системе здравоохранения. На втором, региональном, уровне страновые группы сотрудничают между собой, обмениваются опытом и существующими у них процессами, сообщают о новых фактических данных, разрабатывают инновационные методики и подходы и делятся ими друг с другом. На третьем, глобальном, уровне Секретариатом EVIPNet, находящимся при штаб-квартире ВОЗ в Женеве, ведется работа по гармонизации и поддержке деятельности на страновом и региональном уровнях. Основным звеном в EVIPNet выступает страновой уровень, а региональный и глобальный уровни обеспечивают получение каждой страной динамичной поддержки и создают возможность для каждой страны и каждого региона в своем развитии использовать успехи, знания и опыт других [3].

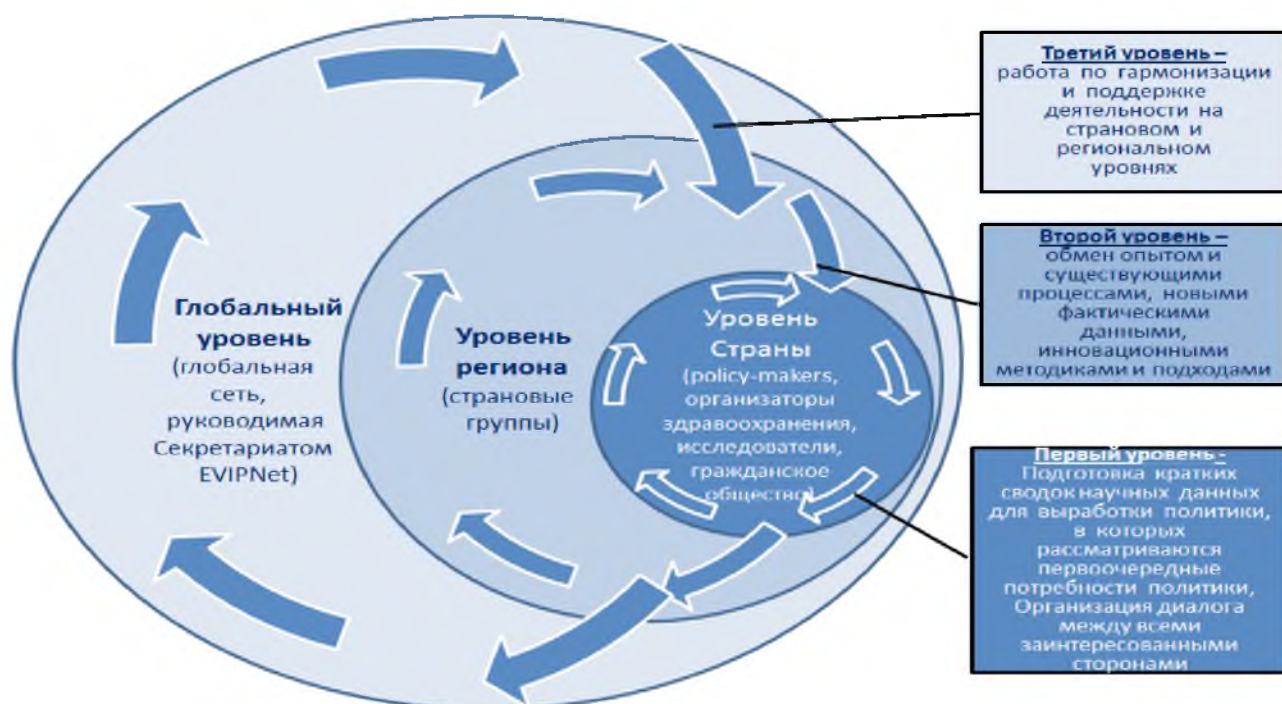


Рисунок 5 - Уровни, на которых действует сеть Сеть EVIPNet

Анализ ситуации в Казахстане для внедрения ЕІР и создания КТР

Переход к доказательной практике принятия управленческих, в том числе политических, решений в сфере здравоохранения является одной из важнейших задач развития современного менеджмента здравоохранения в РК. При этом особую роль приобретает создание эффективной КТР, обеспечивающей обмен информацией между всеми заинтересованными сторонами, включая донесение лицами, принимающими управленческие решения, своих ожиданий до исследователей и предоставление последними необходимых данных специалистам органов управления здравоохранением.

Для создания КТР в РК имеется необходимая инфраструктура – генераторы новых научных знаний (медицинские ВУЗы и научные организации, ВУЗы, НИИ, НЦ иной ведомственной принадлежности (рисунок б)), отраслевой провайдер информационных ресурсов (Республиканский центр электронного здравоохранения), отраслевой институт развития, осуществляющий экспертно-аналитические функции (Республиканский центр

развития здравоохранения), развитая сеть неправительственных организаций в области здравоохранения. Все перечисленные организации получают ежегодное финансирование со стороны государства, в том числе финансирование научных исследований осуществляется по установленным национальным и отраслевым приоритетным направлениям. В РК внедрена Единая информационная система здравоохранения (ЕИСЗ), в рамках которой формируются и регулярно актуализируются базы данных по фактическим данным в области здравоохранения. В системе национальной науки функционирует провайдер научно-технической информации (Национальный центр научно-технической информации (НЦНТИ)), осуществляющий учет выполняемых в РК научных исследований, Институт интеллектуальной собственности, регистрирующий и формирующий базу данных охраняемых документов на результаты научной деятельности. Принципы доказательной практики в последние годы активно внедряются в практическом здравоохранении Казахстана, в том числе при разработке клинических протоколов, оценке медицинских технологий.



Рисунок б – Потенциал Казахстана по вопросам генерации знаний, применимых в области здравоохранения

Почему же при наличии всех вышеуказанных условий как таковая система практической передачи знаний в РК функционирует неэффективно и соответственно не внедрены принципы доказательной практики принятия управленческих решений в сфере здравоохранения? Прежде всего, существенно страдает сама система генерации новых знаний в системе здравоохранения – отмечается низкая конкурентоспособность и недостаточная востребованность выполняемых научных исследований, что связано с недостаточной материально технической базой медицинских научных организаций и ВУЗов, недостаточным объемом финансирования научных исследований в области здравоохранения (0,005% ВВП, в то время как в странах ОЭСР данный показатель составляет 0,3% ВВП), недостаточным качеством подготовки исследовательских кадров.

Следующим слабым звеном является применение результатов научных исследований, полученных казахстанскими учеными. Так, несмотря на достаточно значительные объемы проводимых исследований (см. рисунок 6), весь перечень внедряемых в систему здравоохранения РК новых медицинских технологий (включаемых в перечень ГОБМП) в течение 5 последних лет представлен заимствованными из-за рубежа разработками, более 99% патентов, полученных казахстанскими учеными в последние 20 лет не поддерживаются патентообладателями, т.е. на практике запатентованные разработки никак не работают. Несмотря на наличие в стране провайдера научно-технической информации (НЦНТИ) свободный доступ исследователей к информации о проводимых в РК исследованиях отсутствует, что приводит зачастую к дублированию научных работ, выполняемых одновременно в различных организациях и, соответственно, к нерациональному расходованию средств на проведение НИР. При этом самым слабым звеном является доведение результатов научных исследований до конечных пользователей – врачей, организаторов здравоохранения, лиц, принимающих управленческие решения в сфере здравоохранения.

Во многом это связано с тем, что в стране недостаточно эффективно работают механизмы обмена результатами научных исследований между различными ведомствами и организациями, финансирующими научные исследования. Так, Министерство здравоохранения и социального развития РК получает отчеты лишь по НТП, финансируемым самим министерством, но эти исследования составляют лишь 15-20% реализуемых в отечественных организациях медицинской науки научных программ и проектов – по остальным 80-85% научных программ (грантовые, инициативные, диссертационные исследования) информация до уполномоченного органа в сфере здравоохранения практически не доходит. Та же информация по проводимым НИР, которая попадает в уполномоченный орган в виде промежуточных и заключительных научных отчетов, зачастую просто не получает практического применения, поскольку лица, принимающие управленческие решения не имеют времени на изучение этих отчетов.

Не менее важным и, в условиях неконкурентоспособности отечественной медицинской науки, ключевым источником новых знаний, значимых для развития здравоохранения и разработки политики, являются результаты научных исследований, выполняемых за рубежом. Вместе с тем большинство казахстанских исследователей, специалистов практического здравоохранения и лиц, принимающих управленческие решения, зачастую не имеют доступа к мировым ресурсам научной информации или этот доступ существенно ограничен. Связано это, прежде всего, с недостаточным владением английским языком, неумением отечественных специалистов эффективно использовать существующий арсенал ресурсов научно-технической информации, либо же отсутствием доступа к этим ресурсам.

Кроме научных исследований, источником фактических данных, значимых для принятия управленческих решений, является ведомственная статистика и базы данных информации по различным показателям деятельности системы здравоохранения. Вместе с тем, несмотря на развитие ЕИСЗ в РК, до

сих пор отмечается недостаточный уровень интеграции существующих в отрасли информационных ресурсов, некорректное их наполнение, что снижает достоверность получаемых фактических данных.

Таким образом, система практического применения знаний в здравоохранении РК в настоящее время имеет целый ряд недостат-

ков и барьеров (рисунок 7), что приводит к снижению практического выхода от инвестиций в сферу генерации новых знаний и потере эффективности тех видов деятельности (клинической практики, сферы управления здравоохранением и т.д.), которые связаны с использованием фактических данных.

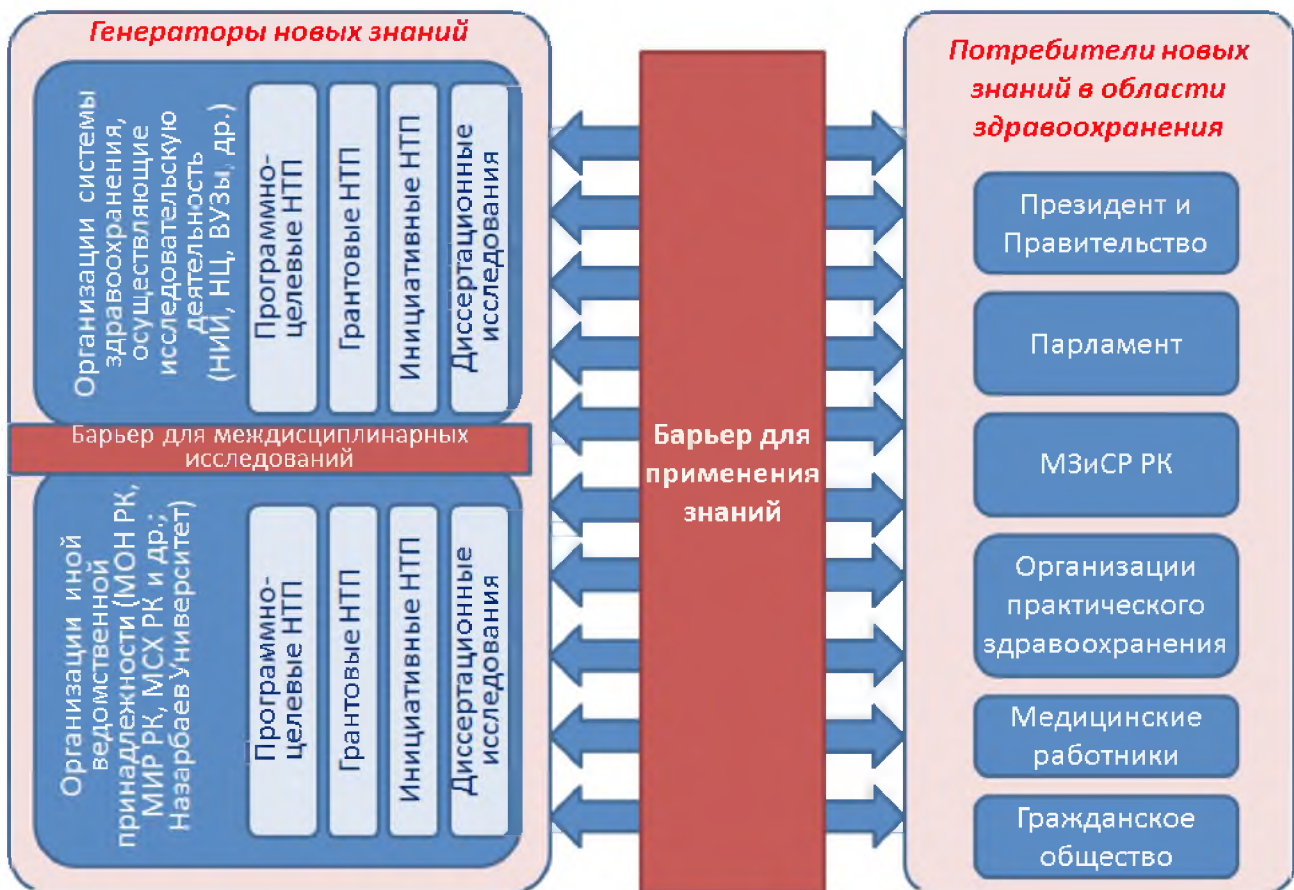


Рисунок 7 - Несовершенство механизмов обмена результатами научных исследований между генераторами новых знаний и их потребителями

С учетом тех, амбициозных задач, которые стоят перед Казахстаном в целом и непосредственно перед национальной системой здравоохранения особую актуальность приобретает создание в РК эффективной платформы практического применения знаний и переход к доказательной практике на всех уровнях здравоохранения – от клинической практики до принятия управленческих решений (рисунок 8).

При этом комплекс мероприятий по созданию КТР и внедрению ЕІР в националь-

ной системе здравоохранения должен включать:

- повышение понимания всеми стейкхолдерами (и исследователями и лицами, принимающими управленческие решения) значимости и необходимости использования данных научных исследований наилучшего качества – на основе проведения регулярных тренингов по вопросам доказательной практики, создания эффективной мотивации и формирования культуры использования в профессиональной деятельности фактиче-

ских данных наилучшего качества;

- улучшение практики формирования, адаптации и применения данных научных исследований – на основе повышения компетенции исследователей, улучшения материально-технической базы научных организаций и совершенствования методологии проводимых исследований, усиления координации выполняемых исследований на межведомственном и междисциплинарном уровнях;

- внедрение эффективных механизмов коммуникации между всеми стейкхолдерами – на основе развития диалоговых площадок

по актуальным вопросам в сфере организации и управления здравоохранением с привлечением ведущих отечественных и зарубежных ученых;

- обеспечение доступа всех стейкхолдеров к фактическим данным в сфере здравоохранения – на основе разработки национального научного медицинского портала, интеграции информационных ресурсов в ЕИСЗ и обеспечения качества их наполнения, предоставления доступа к международным базам данных научно-технической информации.

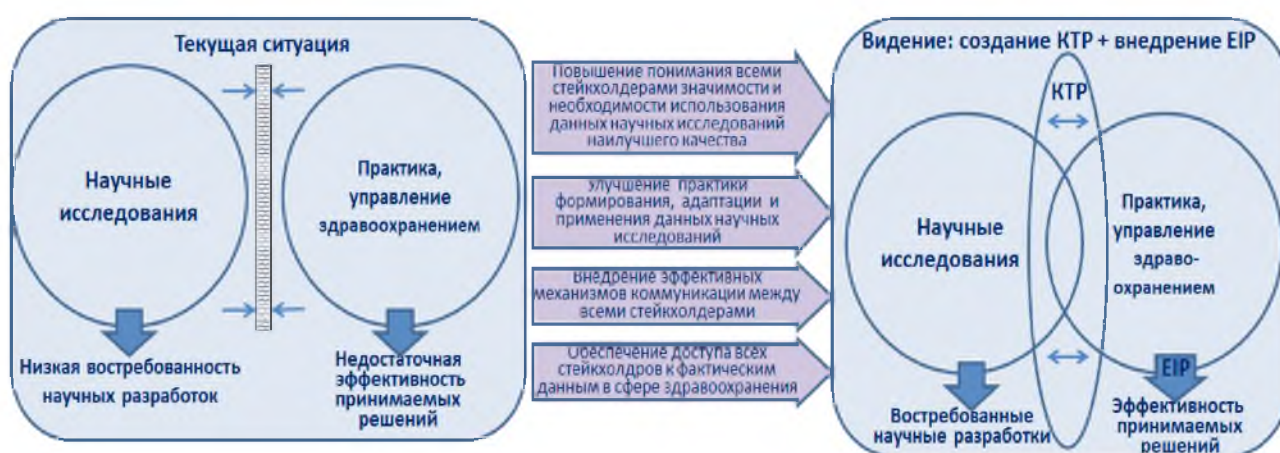


Рисунок 8 – Стратегия перехода к доказательной практике в сфере управления и практики

Для реализации всех указанных мероприятий необходимо формирование страновой команды лидеров из числа лиц, принимающих управленческие решения, организаторов системы здравоохранения, исследователей, представителей гражданского общества, которые будут обеспечивать поддержку и продвижение всех вышеуказанных мероприятий и инициатив, активное включение Казахстана в глобальную сеть EVIPNet, создаваемую в Европейском регионе ВОЗ. Кроме того, необходима институализация платформы практического применения знаний на базе отраслевого института развития – Республиканского центра развития здравоохранения (РЦРЗ), на основе развития РЦРЗ, как провайдера фактических данных по вопросам здравоохранения и подразделения быстрого реагирования для уполномоченного органа.

Конечная цель всех этих мероприятий – создание такого порядка, при котором лица, принимающие управленческие решения в сфере здравоохранения, и другие заинтересованные стороны для определения направлений развития здравоохранения будут пользоваться данными научных исследований наивысшего качества. Именно данный подход позволит обеспечить достижение той амбициозной цели по созданию «современной и эффективной системы здравоохранения», которая озвучена в Стратегии «Казахстан 2050».

Источники:

1. Послание Президента Казахстана Нурсултана Назарбаева народу Казахстана «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства». Астана, Акорда, 14 декабря 2012 г.
2. Здоровье-2020: Основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия. Всемирная организация здравоохранения, Копенгаген, 2013 г., 28 с.
3. EVIPNet Strategic Plan 2012-15 / edited by U.Panisset, S.Campbell, J.Lavis // World Health Organization. 2012, 32 p.
4. Meeting report - Multi-country workshop on using research evidence for policy-making, 9-11 October 2013. Izmir, Turkey, World Health Organization 2014, 70 p.
5. Annette Boaz, Deborah Ashby and Ken Young. Systematic Reviews: What have they got to offer evidence based policy and practice? // ESRC UK Centre for Evidence Based Policy and Practice: Working Paper 2, 2002, 28 p. Available at URL: <http://emilkirkegaard.dk/en/wp-content/uploads/Should-I-do-a-systematic-review.pdf>
6. Solesbury, W (2001) Evidence based policy: whence it came and where it's going ESRC UK Centre for Evidence Based Policy and Practice: London. 10pp. (Working Paper 1). Available at URL: <http://www.evidencenetwork.org/Documents/wp1.pdf>
7. Fifty-eighth World Health Assembly: Resolution on health research. World Health Organization, 16-25 May 2005. Available at URL: http://www.who.int/rpc/meetings/58th_WHA_resolution.pdf
8. Andrew D. Oxman, John N. Lavis, Simon Lewin, Atle Fretheim. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 1: What is evidence-informed policymaking? // Health Research Policy and Systems 2009, 7(Suppl 1):S1. Available at URL: <http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s1.pdf>
9. Lomas J., Culyer T., McCutcheon C., McAuley L., Law S. Conceptualizing and Combining Evidence for Health System Guidance . Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2005.
10. World Health Organization. World Report on Knowledge for Better Health. Geneva: Author; 2004a. pp. 97–130.
11. Joseph M. Kasonde and Sandy Campbell. Creating a Knowledge Translation Platform: nine lessons from the Zambia Forum for Health Research // Kasonde and Campbell Health Research Policy and Systems 2012, 10:31
12. (Источник: Andrew D. Oxman and etc., 2009 [8])

СОСТОЯНИЕ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Мусина Г.А.

И.о. руководителя Обсерватории кадровых ресурсов здравоохранения Департамента развития медицинской науки образования РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗСР РК, врач 1 категории по организации здравоохранения

Турумбетова Т.Б.

Главный менеджер Обсерватории кадровых ресурсов здравоохранения Департамента развития медицинской науки образования РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗСР РК

Калжанова Ж.Х.

Специалист Обсерватории кадровых ресурсов здравоохранения Департамента развития медицинской науки образования РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗСР РК, магистр медицинских наук

Кабдуллина М.М.

Менеджер Обсерватории кадровых ресурсов здравоохранения Департамента развития медицинской науки образования РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗСР РК, магистр медицинских наук,

Мамбетов К.Д.

Менеджер Обсерватории кадровых ресурсов здравоохранения Департамента развития медицинской науки образования РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗСР РК, магистр государственной политики

Аталуы: Денсаулық сақтаудағы кадр ресурсының жағдайы

Авторлары: Мусина Г.А., Тұрұмбетова Т.Б., Калжанова Ж.Х., Кабдуллина М.М., к.д. Мамбетов К.Д. «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК, Астана қ.

Түйіндеме: Денсаулық сақтаудың кадрлық ресурстар саласындағы айқын тұжырымдалған және дұрыс ойластырылған саясат мемлекеттің денсаулық сақтау жүйесінің қызметі көрсеткіштерін арттыруы үшін маңызды тетік болып табылады. Мақалада тығыздық деңгейі сипатталған, яғни барлық мамандықтар бойынша денсаулық сақтау кадрлары санының қозғалысы, таралуы және ел ішінде географиялық өңірлер бойынша адами ресурстар құрамы ДСКР ағымдағы жағдайына ықпал тигізетін саясаттың негізгі параметрі.

Title: Situation of Human Resources in Health Care

Authors: Mussina, G., Turumbetova T., Kalzhanova, Z., Kabdullina, M., Mambetov, K. RSE on REM “Republican Center for Health Development” MHSR RK, Astana

Abstract: Distinctly formulated and well-thought policy in Human resources in healthcare is a very important mechanism. The government can improve performance indicators of healthcare system by the effort of the mechanism. This article describes density level, in particularly, the numeric indicators of health workforce flows in all specialties, distribution and composition of health workers within the state based on geographical regions as well as the main parameters of the policy, which affects to the current situation of health workforce in healthcare.

Обозначения и сокращения:

ЕС – Европейский союз

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ВОП – Врач общей практики

ГПРЗ – Государственная программа развития здравоохранения

КРЗ – Кадровые ресурсы здравоохранения

ПМСП – Первичная медико-санитарная помощь

РК – Республика казахстан

СМР – Средний медицинский работник

СНГ – Содружество независимых государств

Введение

Одним из важных условий укрепления национальной системы здравоохранения является формирование и постоянное совершенствование политики кадровых ресурсов здравоохранения. Эффективность системы здравоохранения и качество медицинских услуг напрямую зависят от показателей деятельности медицинских и фармацевтических работников, которые определяются их знаниями, умениями и навыками, что определяет высокую актуальность и значимость развития медицинского образования.

По анализу ВОЗ, к 2035 году по всему миру дефицит кадровых ресурсов здравоохранения будет составлять 12,9 миллиона человек. На сегодняшний день нехватка составляет более 7 миллионов кадровых ресурсов и

если не принять меры сейчас, такая нехватка будет иметь серьезные последствия для здоровья миллиардов людей во всех частях мира. Основные причины этой проблемы — старение и выход на пенсию работников здравоохранения или их переход на более высокооплачиваемую работу. С другой стороны недостаточное количество молодых специалистов, которые выбирают эту профессию. Рост численности населения, подвергающегося возрастающим рискам инфекционных и неинфекционных заболеваний, что дает повышение спроса на качественные медицинские услуги. Внутренняя и международная миграция кадровых ресурсов здравоохранения усугубляет дисбаланс между регионами [1].

В государственной программе развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан»

на 2011-2015 годы, одной из задач является на создание конкурентоспособного кадрового потенциала здравоохранения и развитие инновационных технологий. Также в Концепции развития кадровых ресурсов здравоохранения на 2012-2020 годы описываются политика управления кадровыми ресурсами здравоохранения, проблемы с обеспеченностью медицинскими кадрами, особенно в сельской местности.

При общей оценке потребностей в первую очередь рассматривается состояние кадровых ресурсов здравоохранения – то есть уровень плотности работников здравоохранения (адекватная численность человеческих ресурсов), распределение и эффективность деятельности, а также сквозные проблемы, которые могут влиять на состояние кадровых ресурсов здравоохранения.

Целью нашего исследования является оценка обеспеченности медицинскими кадрами по Республике Казахстан.

Материалы и методы

Источниками исследования были данные статистического сборника МЗ РК за 2003 – 2013 годы, также использовались данные статистической формы № 30, на основе руководства ВОЗ для оценки ситуации в области КРЗ.

Результаты и обсуждения: По итогам 2013 года в стране осуществляли деятельность в организациях здравоохранения 221,1 тыс. медицинских работников, из них 67,3 тыс. врачей и 154,9 тыс. среднего медицинского персонала. При анализе динамики численности врачей за период с 2003 по 2013 год выявлено, что темпы роста численности врачей не зависят от темпов роста населения Республики Казахстан (Рис. 1) [2]. Как известно, с начала 2000-х годов в Казахстане зарегистрирован рост рождаемости (показатель рождаемости на 1000 человек увеличился с 14,6 в 2000 году до 22,7 в 2013 году), естественный прирост составил 14,8 на 1000 человек (2013

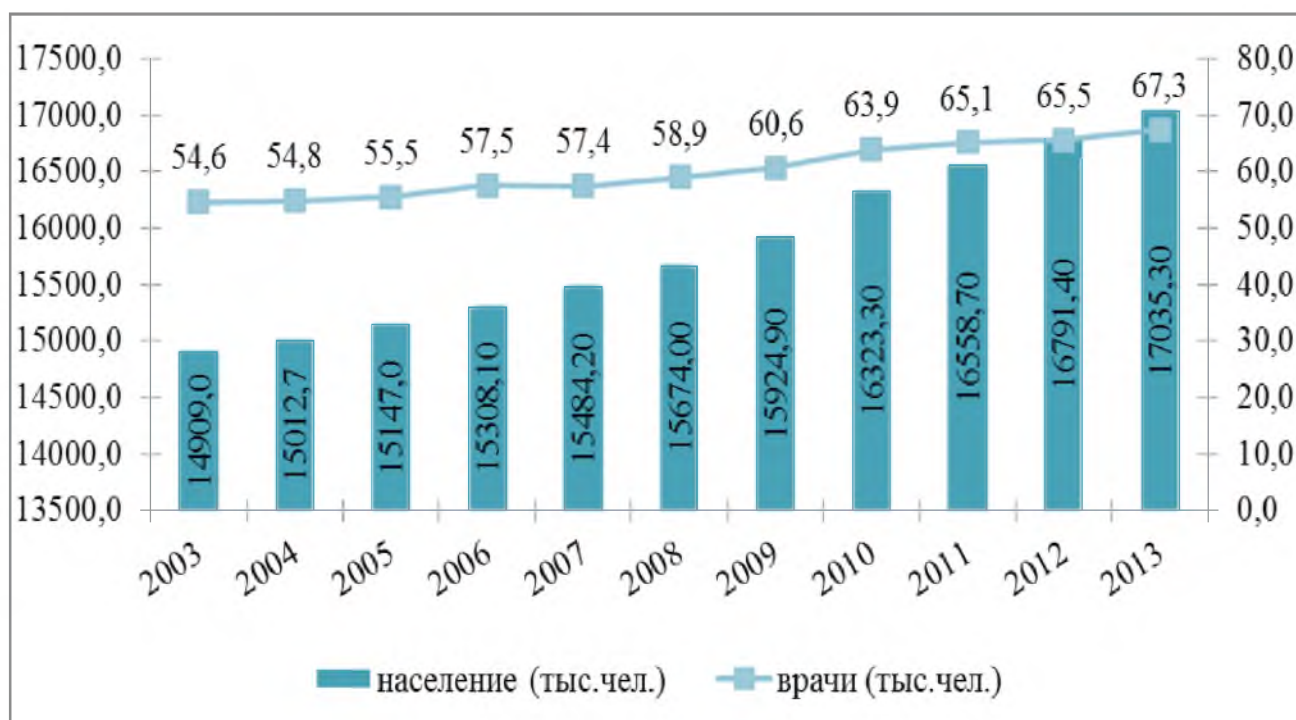


Рисунок 1 – Динамика среднегодовой численности населения и количества врачей за 2003-2013 годы.

Показатель обеспеченности на 10 000 населения врачевными кадрами в течение 2003-2013 года изменился незначительно и составил в 2013 году 39,2 (36,3 в 2004 году).

Показатель РК превышает показатели обеспеченности стран ЕС и СНГ (27,3 и 36,5 соответственно) [3].

Но в разрезе регионов страны данный

показатель варьирует от 21,7 (в Алматинской области) до 85,0 (в городе Астана), что свидетельствует о значительном дисбалансе распределения ресурсов по областям. Обеспеченность средними медицинскими работниками на 10 тысяч населения Республики Казахстан увеличилась на 13,4 за 10 лет, (90,3 в 2013 году и 76,9 в 2003 году). В 2013 году

самая высокая обеспеченность наблюдается в г. Астана (116,4), Северо-Казахстанской (108,8), Кызылординской (104,5), Восточно-Казахстанской (103,3) областях по сравнению с Костанайской (81,3), Атырауской (82,1), Актыбинской (84,6) и Алматинской (60,7) областями. (Рис. 2) [2].

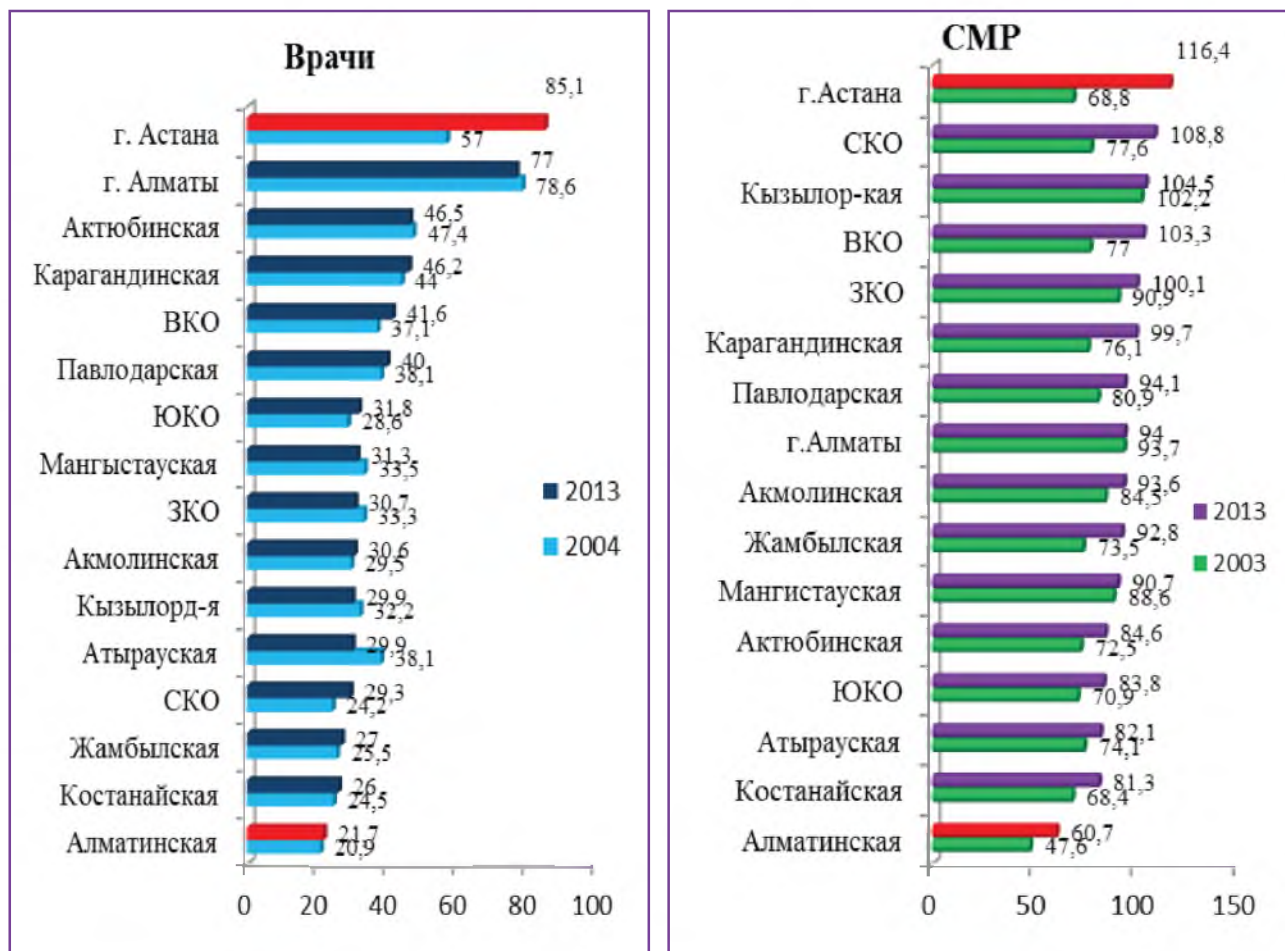


Рисунок 2 – Обеспеченность населения врачами всех специальностей и средними медицинскими работниками в разрезе регионов РК (на 10 тыс. населения)

При анализе выяснялось что, из всего врачебного состава доля врачей города составляет 83,0% и сельской местности 17,0%, а доля из среднего медицинского персонала составила 71,5% и 28,5% соответственно. Обеспеченность врачами в городе составила 59,6 (на 10 тыс. населения), в сельской местности 14,8. В разрезе регионов 66,3 в Актыбинской области, 58,3 Восточно-Казахстанской области, 56,9 Южно-Казахстанской области, и наименьшая обеспеченность 39,2 в Костанай-

ской области.

Наибольший высокий показатель обеспеченности врачами в сельской местности отмечается в Восточно-Казахстанской, Кызылординской и Карагандинской областях (17,5; 17,4 и 17,2 на 10 000 населения) соответственно, низкой обеспеченностью в сельских населенных пунктах, где выделяется Костанайская и Северо-Казахстанская области следующими показателями: 11,9 и 10,9 (Рис.3).

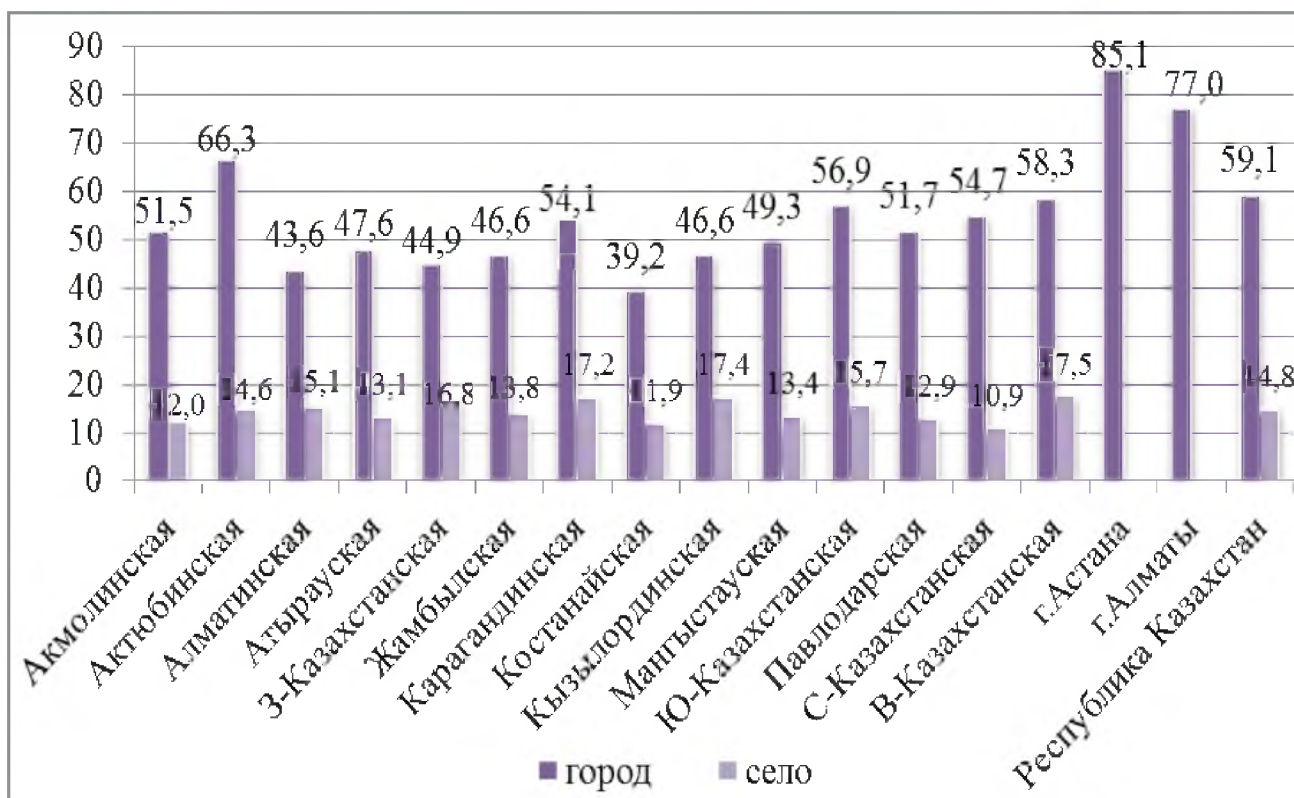


Рисунок 3 – Географическое распределение врачей всех специальностей в разрезе города и села за 2013 год (на 10 000 населения)

Численность среднего медицинского персонала, куда входят медицинские сестры, акушерки, фельдшера, лаборанты, помощники санитарных врачей, зубные врачи (со средним образованием), зубные техники выросла с 115 006 в 2003 году до 154912 в 2013 году,

рост преимущественно произошел за счет увеличения численности медицинских сестер (Рис. 4). Обеспеченность средним медицинским персоналом на 10 тысяч населения выросла с 2003 по 2013 год на 17% (с 76,9 до 90,3).

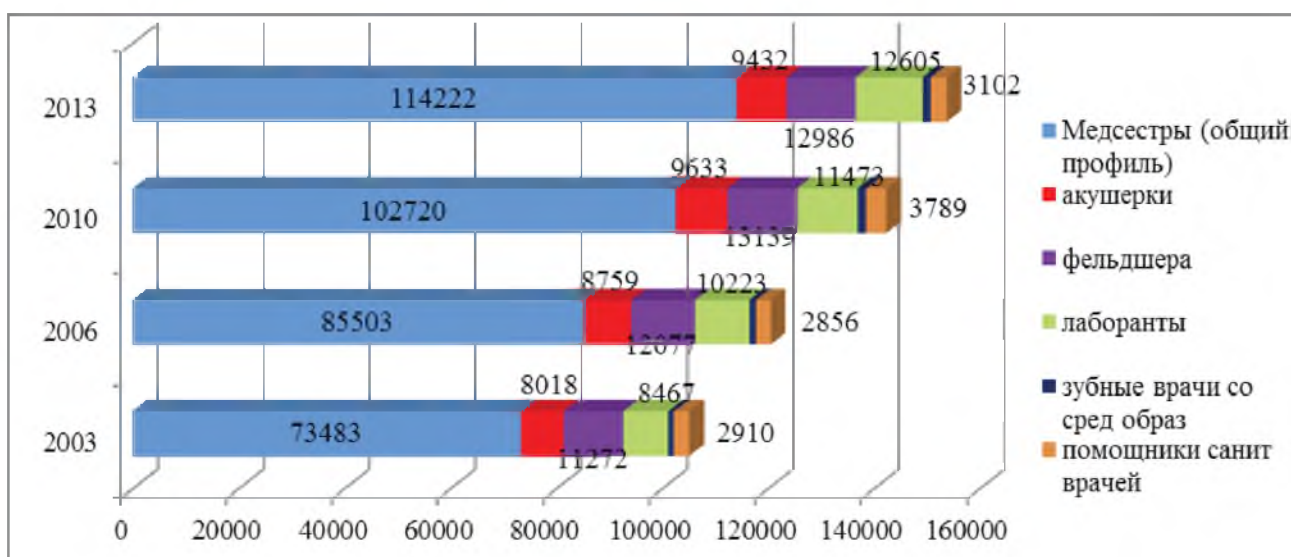


Рисунок 4 – Динамика численности среднего медицинского персонала в 2003-2013 годах

Оценка распределении среднего медицинского персонала за 2013 год в городских регионах показала большую обеспеченность из областей Жамбылской, Южно-Казахстанской и Северо-Казахстанской – соответственно с показателями 141,9; 142,2 и 160,8. Средними медицинскими работниками менее обеспечено городское население Актюбинской и Костанайской областей (104,7 и 101,7).

Резюмируя анализ на рисунке 5, обеспеченность средними медицинскими работниками сельского здравоохранения остается также низкой. Карагандинская (78,6) и Кызылординская (83,7) области больше обеспечены СМР по сравнению с сельскими местностями Южно-Казахстанской (46,2) и Алматинской (45,0) областями (Рис.5).

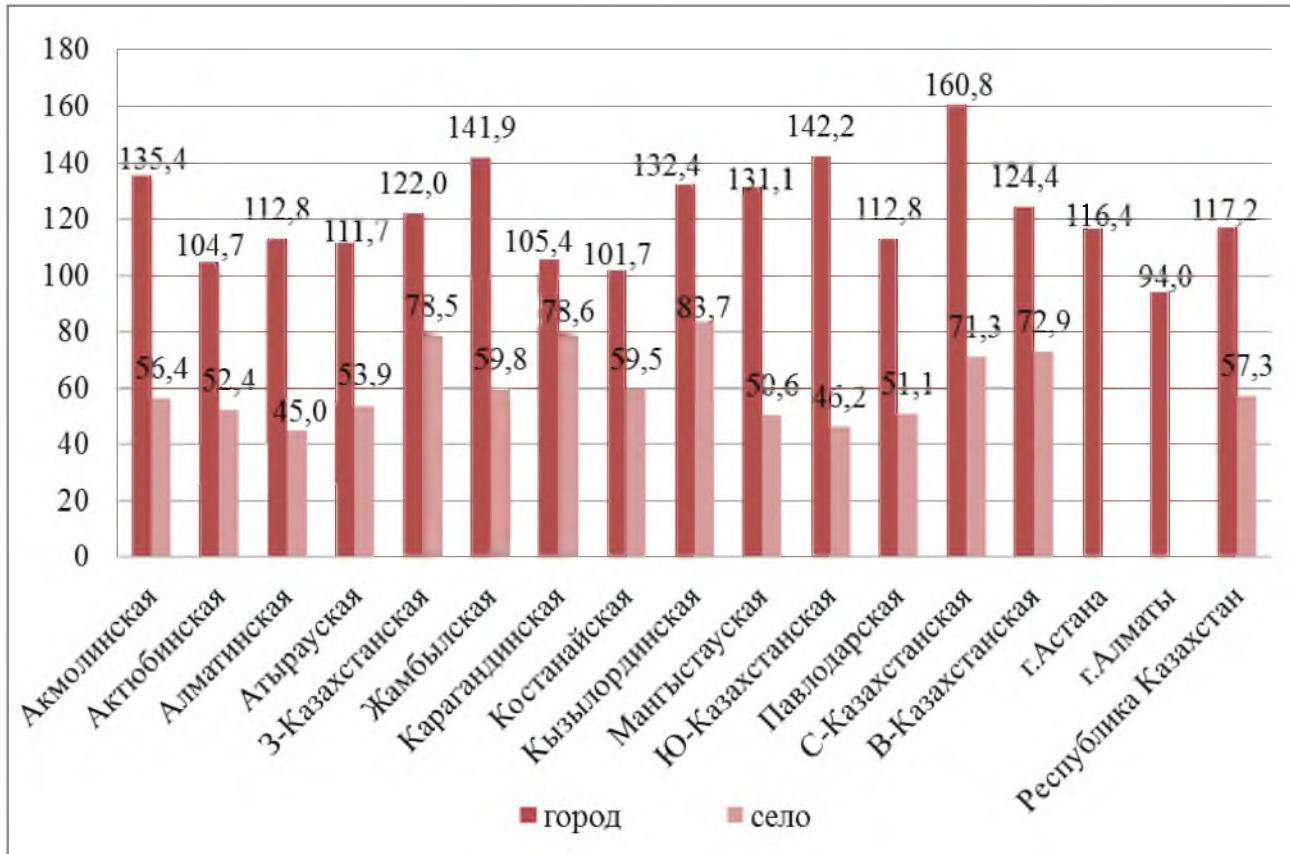


Рисунок 5 – Географическое распределение среднего медицинского персонала в разрезе города и села за 2013 год (на 10 000 населения)

Численность медицинских сестер в 2003 году составляла 73483, в 2013 году их количество составило 114 222 человека. Причем обеспеченность на 10 000 населения выросла на 35% (с 49,1 до 66,6). Рост численности медицинских сестер в Казахстане обусловлен необходимостью увеличения медицинских сестер на уровне первичной медико-санитарной помощи, где, в соответствии с изменившимися приоритетами здравоохранения, изменился расчет на одного врача общей практики с 1 медицинской сестры до 2-3-х на один участок. В связи с этим увеличился прием, а затем вы-

пуск учащихся в средних медицинских учебных заведениях страны.

Обеспеченность населения акушерками составила в 2013 году 5,5 на 10 тысяч населения. Учитывая тенденцию повышения рождаемости за последние годы, ожидается увеличение потребности в акушерках. В отдельных регионах наблюдается несоответствие обеспеченности акушерками уровню рождаемости в регионе (Рис. 6) [2].

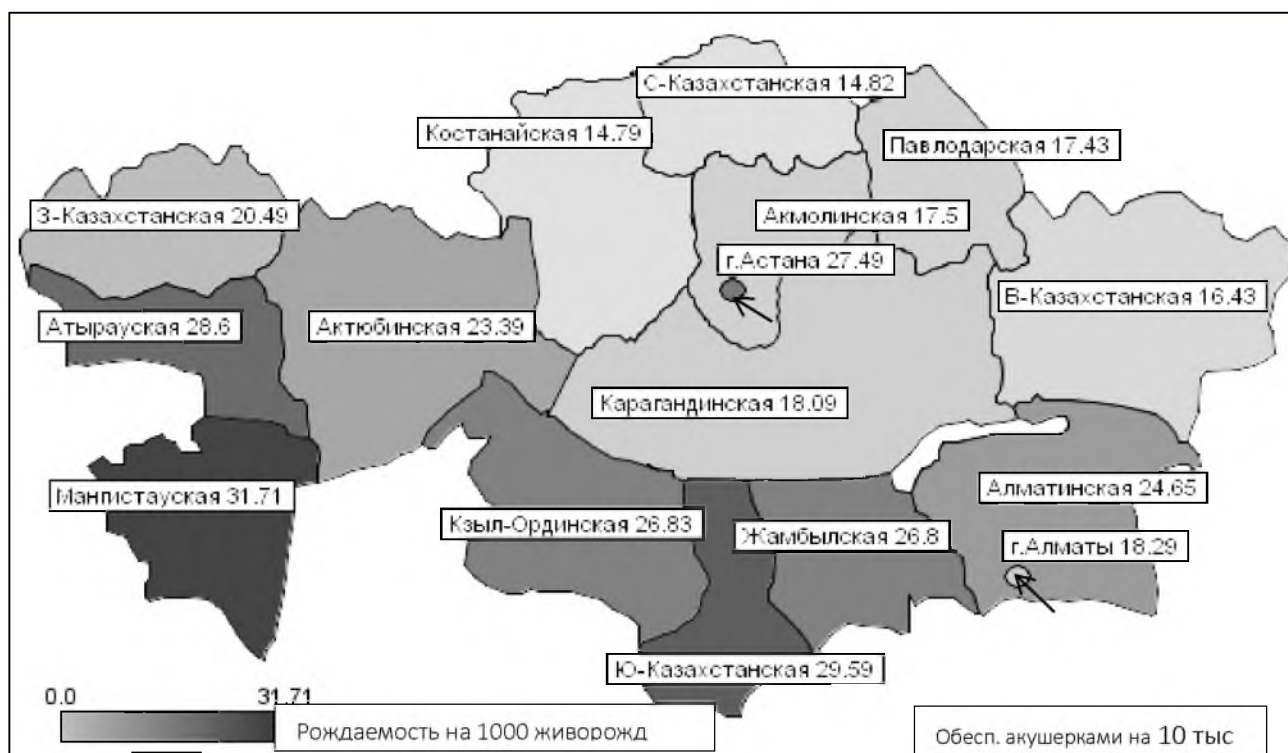


Рисунок 6 – Показатель рождаемости (на 1000 родившихся живыми) и обеспеченности акушерками на 10 000 населения в 2013 году.

Численность и показатели обеспеченности на 10 000 населения врачами отдельных специальностей отображены в таблице 1 [4].

Таблица 1 – Динамика численности и обеспеченности населения РК медицинскими кадрами отдельных специальностей (ФЛ)

Профессиональные категории / Кадры	2003		2007		2013	
	Абс.	на 10000 населения	Абс.	На 10000 населения	Абс.	На 10000 населения
Врачи, всего	54613	36,5	57387	36,9	67267	39,2
Врачи терапевтического профиля	12329	8,2	13247	8,5	15351	8,9
Педиатры (включая неонатологов)	6024	4,0	5907	3,8	6547	3,8
Врачи акушер-гинекологи	3877	5,0	4307	5,4	4964	5,6
Врачи хирургического профиля	6001	4,0	6679	4,3	7684	4,5
Врачи-офтальмологи	918	0,6	942	0,6	858	0,5
Врачи-онкологи	547	0,4	593	0,4	754	0,4
Врачи-фтизиатры	1455	1,0	1425	0,9	1503	0,9
Врачи-дерматовенерологи	977	0,7	951	0,6	1111	0,6
Стоматологи	4123	2,8	4510	2,9	4855	2,8

Из таблицы видно, что количество врачей терапевтического и хирургического профиля в стране увеличивается, в то время как число специалистов других узких специальностей не изменяется (стоматологи, отоларингологи, онкологи), а по некоторым снижается

(фтизиатры, дерматовенерологи). Такая тенденция связана не только с динамикой заболеваемости по отдельным нозологиям, но и разработкой новых стандартов диагностики и лечения, развитием новых технологий в медицинской индустрии, реализующимися госу-

дарственными программами в системе здравоохранения.

Количество врачей ПМСП, которую в РК оказывают участковые терапевты, участ-

ковые педиатры, врачи общей практики, по имеющимся у нас данным за последние 10 лет в нашей стране увеличилось в 2,1 раза (с 3703 в 2004 году до 7806 в 2013 году) (Рис. 7) [5].

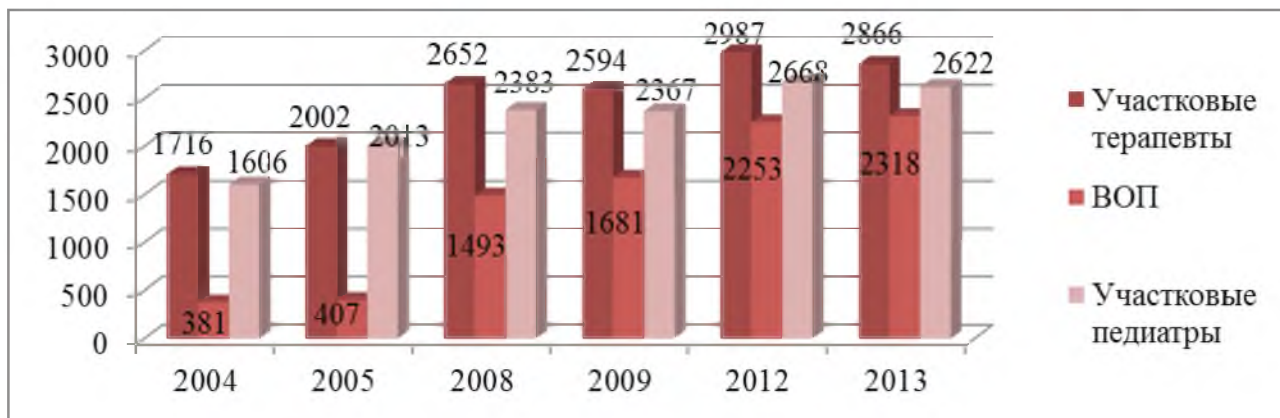


Рисунок 7 – Динамика численности врачей ПМСП с 2004 по 2013 год (физические лица)

Доля врачей ПМСП от всех врачей увеличилась с 6% до 12%, из них удельный вес врачей общей практики от общего числа врачей ПМСП составлял 30%. В Стратегическом плане МЗ РК на 2011-2015 год данный показатель являлся целевым индикатором и, по итогам 2013 года, он достигнут не был (целевой индикатор – 40%).

Утвержденное по нормативам количество штатных должностей в организациях ПМСП полностью охватывает население

Республики Казахстан первичной медицинской помощью [6]. Штатная численность врачей ПМСП формируется из расчета 1 ставка участкового терапевта на 2200 прикрепленного взрослого населения, 1 ставка ВОП на 2000 взрослого и детского населения, участковые педиатры – на 900 человек детского населения [7]. Изменение штатной численности врачей ПМСП в соответствии с приоритетами национальной системы здравоохранения наглядно изображено на рисунке 8 [5].

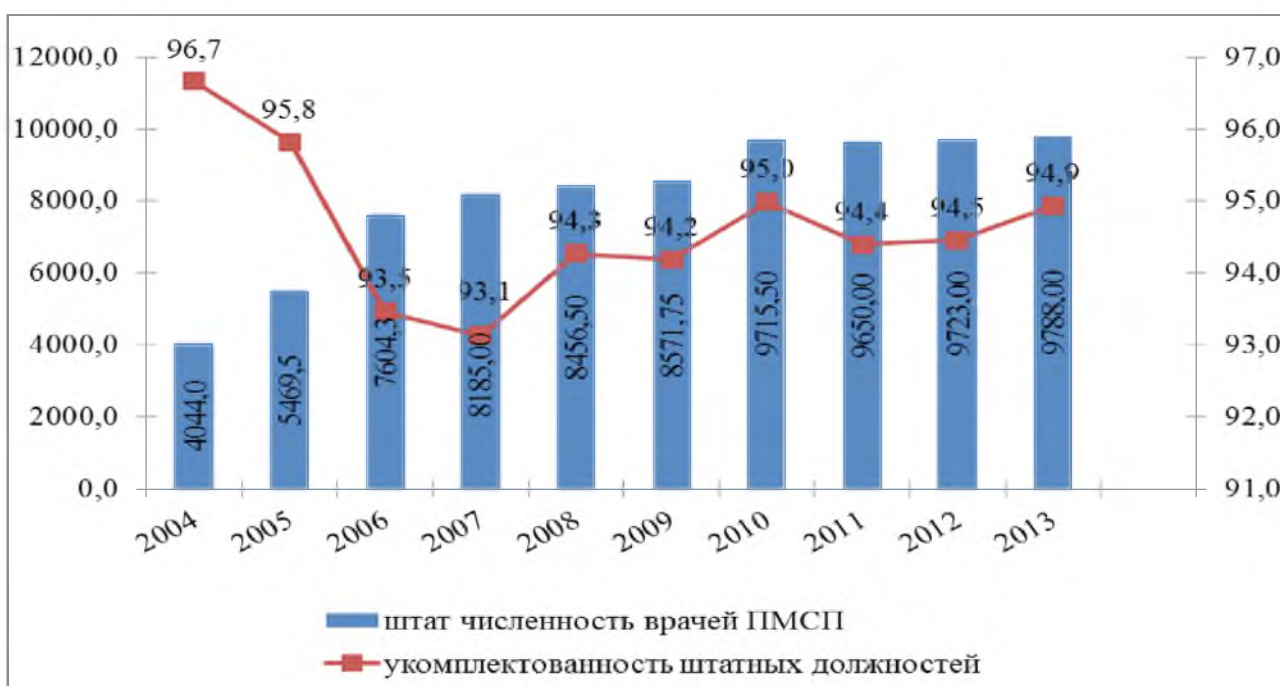


Рисунок 8 – Динамика штатной численности врачей ПМСП и укомплектованности кадров с 2004 по 2013 год.

В период с 2004 по 2013 г.г. укомплектование должностей составляло от 93 до 96%, что свидетельствует о существующем дефиците врачебных кадров на уровне ПМСП. Снижение показателя укомплектованности в 2006 – 2007 годах связано с введением в должности врача общей практики, в рамках программы реформирования ПМСП путем перехода к организации первичной медико-санитарной помощи по принципу общей врачебной практики (ОВП). Для снижения дефицита кадров на уровне ПМСП уполномоченным органом разрабатываются и успешно внедряются различные механизмы привлечения врачебных кадров в ПМСП (повышение престижа врача общей практики, внедрение стимулирующего компонента подушевого норматива и др.).

С введением в 2006 году должности врача общей практики планировался поэтапный перевод участковых терапевтов и педиатров до полного замещения их врачами ВОП [6]. Однако проведенный анализ за 10 лет показывает, что не во всех регионах Республики Казахстан проводят соответствующие реформы ПМСП достаточными темпами.

Заключение

Дефицит кадровых ресурсов здравоохранения в мире, неравномерное их распределение и миграция препятствуют доступу людей, особенно проживающих в отдаленных и сельских районах, к медицинским услугам. Политики отдельно взятых стран продолжа-

ют борьбу за достижение надлежащего уровня удовлетворенности медико-санитарных потребностей населения. Тем не менее, этот процесс затруднен в большинстве государств по причине отсутствия достоверной и полной информации о медицинских кадрах.

Таким образом, на данном этапе проводимого исследования можно отметить, что:

- показатель обеспеченности на 10 тысяч населения врачебными кадрами в течение 2003-2013 г.г. изменился незначительно и составил в 2013 году 39,2 (36,3 в 2004 году), что выше среднего показателя отдельных стран ЕС и СНГ,

- продолжает расти показатель обеспеченности средним медицинским персоналом (с 2003 по 2013 г.г. на 17%),

- дисбаланс распределения кадровых ресурсов здравоохранения свидетельствует о наличии проблемы доступа к медицинским услугам, особенно жителей сельских местности.

- В рамках реформирования системы здравоохранения РК и в связи с переносом акцента на ПМСП продолжает увеличиваться число врачей ПМСП (за 10 лет в 2,1 раза). Доля ВОП от всех врачей ПМСП составила 30%. В дальнейшем планируется принятие мер по расширению компетенций ВОП, повышению престижа профессии ВОП, для того, чтобы врач общей практики стал основным звеном и координатором всей службы ПМСП.

Источники:

1. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/health-workforce-shortage/ru/>
2. База данных по медицинской статистике Казахстан, ТОО «Мединформ» 2003-2013 гг.
3. Европейская база данных «Здоровье для всех» (HFA-DB).
4. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения http://data.euro.who.int/hfaddb/shell_ru.html
4. Статистический сборник МЗ РК «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения», 2003-2013гг.
5. Отчетная форма МЗ РК №30 «Отчет медицинской организации» за 2004-2013 годы
6. Койков В.В. Современные подходы к решению проблем кадровой обеспеченности в области здравоохранения. Площадка обсуждения G-Global. 11.09.2013 г.
7. Приказ МЗ РК от 07.04.2010 года №238 «Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения»

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИССЛЕДОВАНИЮ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ КАЧЕСТВОМ И ДОСТУПНОСТЬЮ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Кожекенова Л.Г.

*Главный менеджер отдела оценки эффективности менеджмента поставщиков ГОБМП
Центра менеджмента здравоохранения РГП на ПХВ «Республиканский центр развития
здравоохранения» МЗСР РК*

Мусаханова А.К.

Медицинский директор ТОО «Фармацевтической компании SwissKazMed»

Аталуы: Пациенттердің кардиологиялық көмектің сапасы мен қолжетімділігіне қанағаттанушылығын зерттеуге әдістемелік көзқарас

Авторлары: Қожекенова Л.Г., Мұсаханова А.К.

Түйіндеме: Халықтың талаптарына сәйкес медициналық көмекке қанағаттанушылығы деңгейін зерттеу медициналық мекемелердің жұмысын бағалаудың маңызды элементтік компоненті болып табылады. Мақалада Семей өңірінде пациенттердің кардиологиялық көмекке қанағаттанушылығын зерттеудің нәтижелері берілген.

Title: Methodological approach to survey patients' satisfaction with quality and availability of cardiac care

Authors: Kozhekenova, L.G., Mussakhanova, A.K., Nazarbekova, R.S.

Abstract: Survey of satisfaction with medical care correlated with public needs is an important social component of performance assessment of health care facilities. This article presents the results of a study of patient satisfaction with cardiac care in Semey region.

Введение

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются важнейшей причиной смертности во всем мире. В 2008 году от ССЗ умерло более 17 млн. человек. Из этих случаев смерти свыше 3 млн. приходятся на возрастные группы до 60 лет и в значительной степени могли быть предотвращены. Процентная доля случаев преждевременной смерти от ССЗ варьирует от 4% в странах с высоким уровнем дохода и до 42% в странах с низким уровнем дохода. За последние 20 лет число случаев смерти от ССЗ в странах с высоким уровнем дохода снижалось, а в странах с низким и средним уровнями дохода возрастало быстрыми темпами [1]. В Казахстане в настоящее время в структуре причин смертности населения на первом месте стоит смертность от болезней системы кровообращения [2]. За последние годы в стране отмечается тенденция роста заболеваемости болезнями кровообращения (БСК). Уровень заболеваемости БСК в 2010 году составил 2086,7; в 2011 году

– 2277,1; в 2012 году – 2454,0; в 2013 году – 2523,0 на 100 тыс. населения [3, 4].

ССЗ включают в себя заболевания сердца, заболевания сосудов головного мозга и заболевания кровеносных сосудов. Основной причиной смертности являются заболевания сердца, в частности коронарная болезнь сердца, основное проявление которой – инфаркт миокарда [5, 6]. Инфаркт миокарда является основной причиной утраты трудоспособности и смертности во всем мире и поэтому составляет одну из острейших медико-социальных проблем общества [7, 8].

По мнению отечественных и зарубежных экспертов заболеваемость и смертность населения связаны с организацией и качеством медицинской помощи [9].

Как показывает мировой и отечественный опыт, подходы к обеспечению доступной и качественной медицинской помощи многообразны. В многочисленных научных публикациях отечественных и зарубежных авторов значительное внимание уделяется социологи-

ческому мониторингу в здравоохранении, как инструменту управления, подразумевающую целенаправленную деятельность, связанную с перманентным наблюдением, анализом, оценкой и прогнозом состояния системы здравоохранения в целях ее дальнейшего развития, также с выявлением эффективности принимаемых управленческих решений [10-13]. Медико-социологический мониторинг позволяет выявить факты и зависимости, касающиеся состояния и динамики здоровья населения, оценить степень социально-экономического уровня развития организации здравоохранения территории, определить причинно-следственные связи между общественным мнением и функционированием медицинских организаций, получить прогнозные оценки и разработать систему эффективных управленческих действий. При этом в настоящее время одной из важных составляющих повышения эффективности оказания медицинской помощи является реализация основного принципа – удовлетворение потребности пациента [14]. Уровень удовлетворенности медицинской помощью в последние годы становится важной структурной составляющей комплексной оценки деятельности здравоохранения. Обращение к общественному мнению позволяет выявить проблемы, которые не доступны для отражения цифрами официальной статистики. Сумма субъективных оценок, получаемая на правильно структурированных репрезентативных выборках, открывает возможности для совершенствования деятельности медицинских организаций с учетом реальных потребностей пациентов [15].

В нашей стране анкетирование граждан по определению степени удовлетворенности уровнем и качеством оказываемой медицинской помощи проводится службой внутреннего контроля (аудита) медицинских организаций согласно методическим рекомендациям, разработанным в соответствии с подпунктом 40 пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» [16, 17]. Для формирования объективной оценки удовлетворенности пациентов уровнем и качеством оказываемой

медицинской помощи рекомендуется проводить анкетирование с охватом не менее 10% респондентов от количества пациентов, находящихся на стационарном лечении и не менее 5% респондентов от фактического количества посещений для организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь. Приказом МЗ РК №468 от 22.07.2011г. предусмотрено представление РГП на ПХВ «Республиканским центром развития здравоохранения» в Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельностью Министерства здравоохранения и социального развития РК сводного отчета по проведению анкетирования граждан в разрезе регионов с аналитическим заключением ежеквартально. Анкетирование граждан проводится по специально разработанным анкетам согласно Приложениям 1 и 2 к Методическим рекомендациям Приказа МЗ РК №468 от 22.07.2011г. Анкета содержит 22 вопроса для медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, для медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь – 12 вопросов.

Цель исследования

Изучение уровня удовлетворенности качеством и доступностью оказываемой кардиологической помощи в Семейском регионе на основе анкетирования-интервьюирования пациентов, перенесших инфаркт миокарда (ИМ).

Материалы и методы

С целью изучения уровня удовлетворенности качеством и доступностью оказываемой кардиологической помощи в Семейском регионе на основе анкетирования-интервьюирования пациентов, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), нами была разработана «Анкета по оценке качества кардиологической помощи». Как основу для составления анкеты мы использовали формы согласно приложениям 1, 2 к Методическим рекомендациям по проведению анкетирования граждан в целях определения степени удовлетворенности уровнем и качеством оказываемой медицинской помощи, утвержденным приказом Министра здравоохранения Республики Казах-

стан от 22.07.2011 № 468 [17].

Анкета составлялась с учетом требований, предъявляемых к анкетам социологической наукой и состояла из открытых, закрытых и полужакрытых вопросов.

Демографическая часть анкеты состояла из вопросов, определяющих паспортную характеристику респондента: фамилию, пол, возраст, социальное положение, место жительства. Вопросы анкеты охватывали различные аспекты обеспечения специализированной кардиологической помощью пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда. Особое внимание было уделено выявлению причин неудовлетворенности организацией кардиологической помощи на региональном уровне.

Содержание блоков вопросов анкеты:

- Социальный портрет пациента – вопрос 1,
- Уровень удовлетворенности и причины неудовлетворенности организацией кардиологической помощи в поликлинике и стационаре – вопросы 2-3,
- Условия пребывания пациента в медицинской организации – вопросы 9, 23
- Удовлетворенность медицинской результативностью – вопрос 10,
- Характер взаимоотношений врача и пациента – вопросы 24-28,
- Доступность объяснений врача при выписке из стационара – вопрос 8,
- Информированность пациентов – вопросы 7, 16,
- Возможность получения дополнительных консультаций – вопрос 17,
- Срок ожидания, организация приема в поликлинике – вопросы 18-22,
- Срок ожидания плановой госпитализации – вопрос 6,
- Повторные госпитализации – вопросы 11-13,
- Диспансерное наблюдение у кардиолога – вопрос 15,
- Амбулаторный этап реабилитации – вопрос 14,
- Удовлетворенность медицинским обслуживанием на дому медицинской сестрой – вопрос 29,

Предложения и пожелания пациентов по совершенствованию организации кардиологической помощи – вопрос 30,

Оценка по пятибалльной шкале уровня удовлетворенности пациентов качеством и доступностью оказываемой кардиологической помощи – вопрос 31.

Исследование проводилось в форме структурированного интервью, которое предполагает, что интервьюер задает вопросы в том порядке, в котором они составлены. Вопросы конкретны и в большинстве из них респонденту предлагается фиксированный диапазон ответов (закрытые вопросы).

В среднем время проведения интервью составило 25-30 минут. Проверка анкет на валидность и внутреннюю надежность была предварительно проверена на 20 пациентах. Перед проведением исследования анкета прошла экспертизу Локального этического комитета при ГМУ г. Семей.

Интервьюирование проводилось в сентябре 2013- феврале 2014 года. Исследование было проведено согласно международным требованиям. Все анкетные данные кодировались, конфиденциальность соблюдалась. При формировании списка участников исследования проводилась выкопировка данных из формы №027/у «Выписка из медицинской карты стационарного больного».

Дизайн – поперечное исследование. При проведении статистического анализа критический уровень значимости p принимался равным 0,05. Для качественных данных статистическая значимость в группах была определена с помощью критерия хи-квадрат (χ^2). Статистический анализ результатов проводился с помощью программы SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) версии 20 для Windows (ГМУ г. Семей).

Результаты и обсуждение

В результате исследования было выявлено, что организацией медицинской помощи в поликлинике удовлетворены 22,8% ($n=65$) пациентов, 66% ($n=188$) пациентов удовлетворены не в полной мере, 11,2% ($n=32$) пациентов отмечают, что не удовлетворены работой поликлиники ($\chi^2=142,295$; $df=2$; $p<0,001$) (рисунок 1).

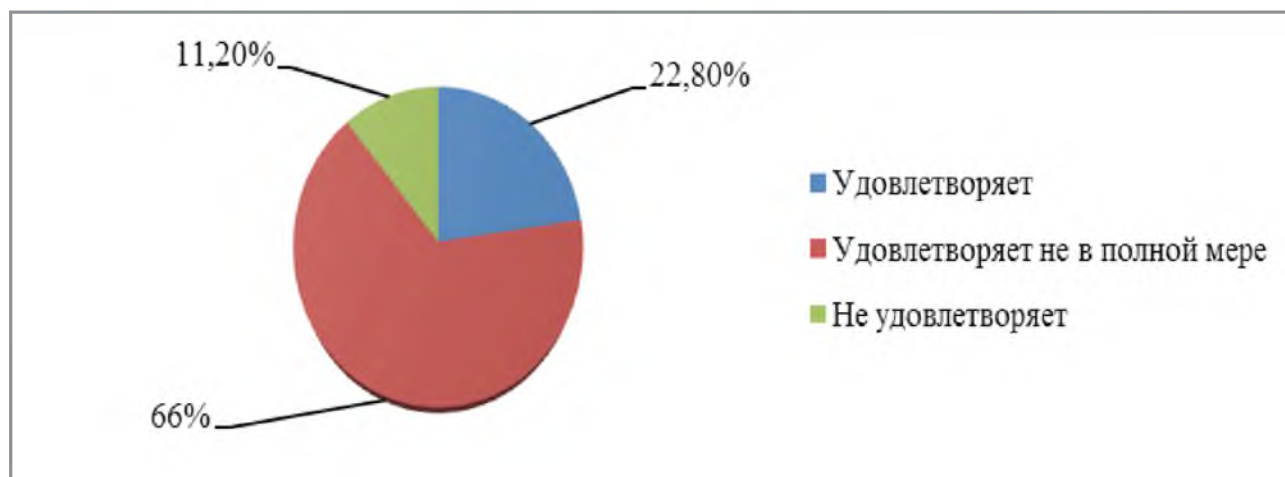


Рисунок 1 – Удовлетворенность респондентов организацией медицинской помощи в поликлинике



Рисунок 2 – Причины недовольности респондентов организацией медицинской помощи в поликлинике

Большинство опрошенных пациентов 77,2% (n=220) отметили низкую доступность бесплатных медикаментов как наиболее значимую проблему региональной кардиологической службы ($\chi^2=84,298$; $df=1$; $p<0,001$); 61,4% (n=175) пациентов – длительность ожидания в очереди ($\chi^2=14,825$; $df=1$; $p<0,001$); 49,5% (n=141) пациентов – доступность планового стационарного лечения ($\chi^2=0,032$; $df=1$; $p=0,859$); 36,5% (n=104) пациентов – результативность ($\chi^2=20,804$; $df=1$; $p<0,001$) (рисунок 2).

Среди других причин 1,8% (n=5) отметили, что пациенты вынуждены посещать поликлинику без необходимости; 2,8% (n=8) – об отсутствии необходимых лекарств в апте-

ках; 2,1% (n=6) – чтобы записаться на прием к кардиологу требуется очень много времени; 1,8% (n=5) – участковые врачи часто меняются; 0,4% (n=1) – организация работы поликлиники негативно влияет на состояние здоровья и психику пациента ($\chi^2=1141,337$; $df=5$; $p<0,001$).

Больше половины респондентов 64,6% (n=184) ответили положительно на вопрос «Удовлетворяет ли Вас организация медицинской помощи в стационаре?»; 31,2% (n=89) пациентов – удовлетворяет не в полной мере; 4,2% (n=12) пациентов – не удовлетворяет ($\chi^2=156,274$; $df=2$; $p<0,001$) (рисунок 3).

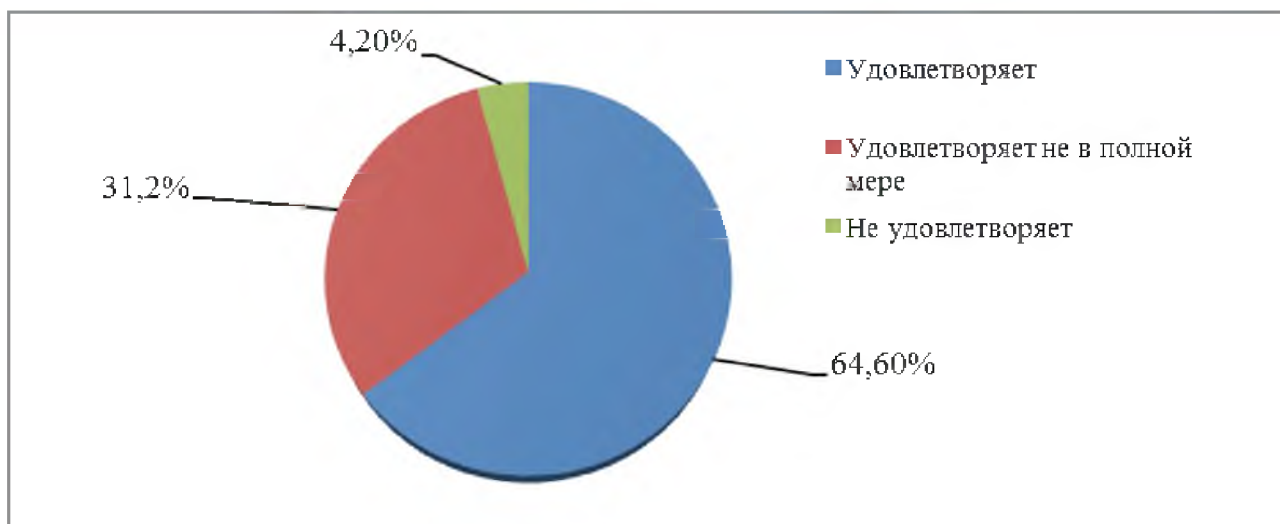


Рисунок 3 – Удовлетворенность респондентов организацией медицинской помощи в стационаре

При изучении причин неудовлетворенности респондентов организацией медицинской помощи в стационаре 23,9% (n=68) отметили длительность ожидания госпитализации ($\chi^2=77,898$; $df=1$; $p<0,001$); 10,5%

(n=30) пациентов – доступность бесплатного обеспечения медикаментами в стационаре ($\chi^2=177,632$; $df=1$; $p<0,001$); 7% (n=20) пациентов – результативность ($\chi^2=210,614$; $df=1$; $p<0,001$) (рисунок 4).

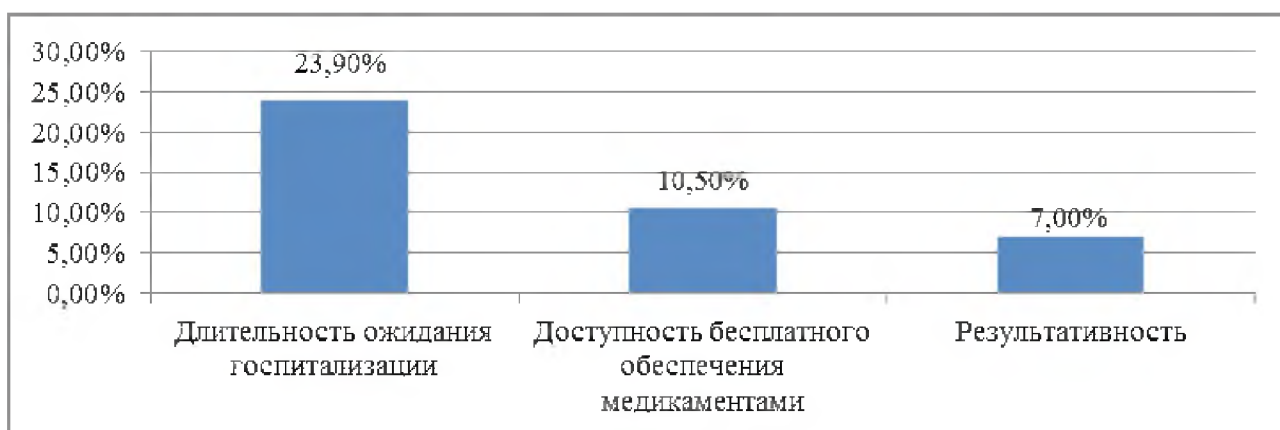


Рисунок 4 – Причины неудовлетворенности респондентов организацией медицинской помощи в стационаре

Среди других причин 1,4% (n=4) отметили, несоблюдение этических норм врачами и медицинскими сестрами; 0,4% (n=1) – отсутствие необходимых лекарств в стационаре; 0,4% (n=1) – неудовлетворительное состояние кроватей, постельного белья ($\chi^2=807,758$; $df=3$; $p<0,001$).

На вопрос «Приходилось ли Вам жаловаться на медицинское обслуживание?» положительно ответили 16,8% (n=48) пациентов, 83,2% (n=237) пациентов ответили отрицательно ($\chi^2=125,337$; $df=1$; $p<0,001$). По мнению 5,6% (n=16) респондентов были приняты

эффективные меры в результате жалоб, 11,2% (n=32) респондентов отметили отсутствие принятых мер ($\chi^2=319,726$; $df=2$; $p<0,001$).

Как отметили 22,8% (n=65) пациентов, госпитализированных в плановом порядке, длительность ожидания госпитализации от получения направления на стационарное лечение до момента госпитализации составила до 3 дней; 9,8% (n=28) пациентов – до 10 дней; 13,7% (n=39) пациентов – до 20 дней; 18,6% (n=53) пациентов – свыше 20 дней ($\chi^2=54,281$; $df=4$; $p<0,001$).

На вопрос: «Прежде чем назначить но-

вое лекарство, объясняли ли Вам сотрудники стационара (лечащий врач, медицинская сестра) возможные побочные эффекты препарата?», ответы респондентов распределились следующим образом: «Да» – 48,4% (n=138); «Частично» – 5,6% (n=16); «Нет» – 46,0% (n=131) ($\chi^2=98,8$; $df=2$; $p<0,001$).

Большинство пациентов 80,7% (n=230) указали, что во время пребывания в стационаре получали информацию о том, на какие симптомы нужно обращать внимание после выписки; 17,5% (n=50) – не получали информацию; 1,8% (n=5) – получали информацию частично ($\chi^2=298,421$; $df=2$; $p<0,001$).

Санитарное состояние в палате и отделении 58,6% (n=167) пациентов оценили как «хорошее»; 39,6% (n=113) пациентов – «удовлетворительное»; 1,8% (n=5) пациентов – «неудовлетворительное» ($\chi^2=143,242$; $df=2$; $p<0,001$).

Оценивая результативность полученного лечения в стационаре, практически все пациенты 97,9% (n=279) отметили улучшение состояния; 1,1% (n=3) пациентов – ухудшение состояния; 1,1% (n=3) пациентов – состояние не изменилось ($\chi^2=534,568$; $df=2$; $p<0,001$).

Большинство респондентов – пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда в 2012 году с удельным весом 63,9% (n=182), отметили, что после выписки из стационара в 2012 году были повторные госпитализации; 36,1% (n=103) пациентов – не было повторных госпитализаций ($\chi^2=21,898$; $df=1$; $p<0,001$).

По результатам опроса пациентов показаниями для повторных госпитализаций явились: в 35,4% (n=101) случаев – плановые показания ($\chi^2=24,172$; $df=1$; $p<0,001$); в 37,9% (n=108) случаев – экстренные показания ($\chi^2=16,705$; $df=1$; $p<0,001$).

В структуре причин повторных экстренных госпитализаций первое ранговое место занимает психоэмоциональная нагрузка с удельным весом 15,1% (n=43) ($\chi^2=138,951$; $df=1$; $p<0,001$); физическая нагрузка занимает второе ранговое место с удельным весом 4,2% (n=12) ($\chi^2=239,021$; $df=1$; $p<0,001$); третье ранговое место занимает невыполнение рекомендаций врача – 2,1% (n=6) ($\chi^2=261,505$;

$df=1$; $p<0,001$). 19,3% (n=55) пациентов указали, что состояние здоровья ухудшилось без видимых причин ($\chi^2=107,456$; $df=1$; $p<0,001$). Подавляющее большинство пациентов – 95,8% (n=273) указали, что не проходили амбулаторный этап реабилитации в условиях дневного стационара, после завершения лечения в круглосуточном стационаре по поводу перенесенного ОИМ ($\chi^2=239,021$; $df=1$; $p<0,001$).

В соответствии с Приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 22 сентября 2011 года №647 [18], после перенесенного ОКС, кратность активного диспансерного наблюдения пациента у кардиолога по месту жительства, должна соответствовать следующей схеме:

- 1 посещение – после выписки из дневного стационара,
- 2 посещение – через 2 месяца после ОКС,
- 3 посещение – через 3 месяца после ОКС,
- 4 посещение – через 6 месяцев после ОКС,
- 5 посещение – через 12 месяцев после ОКС.

На вопрос о соответствии кратности активного диспансерного наблюдения у кардиолога данной схеме, большинство пациентов 70,2% (n=200) ответили положительно; 17,5% (n=50) пациентов – соответствует не в полной мере; 12,3% (n=35) пациентов – не соответствует ($\chi^2=175,263$; $df=2$; $p<0,001$).

Большинство пациентов 78,2% (n=223) ответили положительно на вопрос «Предоставлял ли Вам участковый врач (фельдшер ФАП) информацию о ведении здорового образа жизни (в виде беседы или печатных материалов)?» ($\chi^2=90,951$; $df=1$; $p<0,001$).

89,8% (n=256) пациентов указали, что не получали услуги врача ЗОЖ, психолога, социального работника во время посещения поликлиники ($\chi^2=180,804$; $df=1$; $p<0,001$).

Результатами исследования установлено, что 78,6% (n=224) пациентов устраивает часы работы поликлиники; 9,5% (n=27) пациентов – устраивает не в полной мере; 11,9%

(n=34) пациентов – не устраивает ($\chi^2=263,011$; $df=2$; $p<0,001$). Большинство пациентов 78,2% (n=223) отмечают, что работники регистратуры приветливы и отзывчивы; 17,2% (n=49) пациентов частично согласились с данным утверждением; 4,6% (n=13) пациентов выразили противоположное мнение ($\chi^2=256,516$; $df=2$; $p<0,001$).

Как показали результаты опроса, 59,6% (n=170) пациентов по телефону записываются на прием к врачу ($\chi^2=10,614$; $df=1$; $p=0,001$); 75,8% (n=216) пациентов отметили, что лично обращаются в регистратуру ($\chi^2=75,821$; $df=1$; $p<0,001$). Больше половины респондентов отмечают, что записаться на прием к терапевту и кардиологу занимает очень много времени: к терапевту – 56,8% (n=162) ($\chi^2=81,537$; $df=2$; $p<0,001$); к кардиологу – 56,1% (n=160) ($\chi^2=78,337$; $df=2$; $p<0,001$). 61,1% (n=174) пациентов отметили, что вынуждены очень долго ждать в очереди, чтобы попасть к врачу; 24,9% (n=71) пациентов также отметили, что частично приходится долго ждать в очереди, чтобы попасть к врачу ($\chi^2=103,6$; $df=2$; $p<0,001$).

На вопрос «Достаточно ли комфортен зал ожидания для пациентов?», положительно ответили 48,8% (n=139) респондентов; 32,6% (n=93) – ответили отрицательно; 18,6% (n=53) респондентов указали, что зал ожидания комфортен не в полной мере ($\chi^2=38,989$; $df=2$; $p<0,001$).

Практически все пациенты 95,1% (n=271) указали, что терапевт и кардиолог знает о проблемах со здоровьем и прошлых болезнях пациентов из медицинской карточки ($\chi^2=231,751$; $df=1$; $p<0,001$).

Большинство респондентов отметили, что терапевт и кардиолог уделяют достаточно время, чтобы поговорить с пациентами: терапевт – 76,8% (n=219) ($\chi^2=246,905$; $df=2$; $p<0,001$); кардиолог – 81,1% (n=231) ($\chi^2=293,074$; $df=2$; $p<0,001$). По мнению большинства пациентов, терапевт и кардиолог внимательно их слушают: терапевт – 78,2% (n=223) ($\chi^2=258,716$; $df=2$; $p<0,001$); кардиолог – 83,5% (n=238) ($\chi^2=324,063$; $df=2$; $p<0,001$). Значительная часть пациентов счи-

тают, что терапевт и кардиолог ясно объясняют про болезнь и назначение лекарств: терапевт – 84,6% (n=241) ($\chi^2=337,326$; $df=2$; $p<0,001$); кардиолог – 82,8% (n=236) ($\chi^2=315,432$; $df=2$; $p<0,001$). После визита к терапевту и кардиологу пациенты чувствуют, что смогут лучше разобраться с болезнью: терапевт – 73,0% (n=208) ($\chi^2=208,063$; $df=2$; $p<0,001$); кардиолог – 71,2% (n=203) ($\chi^2=192,589$; $df=2$; $p<0,001$).

На вопрос: «Удовлетворены ли Вы качеством медицинского обслуживания на дому медицинской сестрой?», больше трети пациентов – 38,2% (n=109), ответили положительно; 3,9% (n=11) пациентов ответили отрицательно; 1,8% (n=5) пациентов – удовлетворены не в полной мере; 56,1% (n=160) пациентов ответили, что медицинскую сестру на дом не вызывали ($\chi^2=243,098$; $df=3$; $p<0,001$).

При анализе результатов вопроса «Что в качестве кардиологической помощи, по Вашему мнению, необходимо совершенствовать?» с готовым перечнем ответов были получены следующие результаты: наибольший процент ответов пришелся на ответы «Доступность» 79,3% (n=226) ($\chi^2=97,856$; $df=1$; $p<0,001$) и «Организация реабилитации» 78,9% (n=225) ($\chi^2=95,526$; $df=1$; $p<0,001$); «Результативность» – 77,9% (n=222) ($\chi^2=88,705$; $df=1$; $p<0,001$); «Обеспеченность кадрами» – 74,4% (n=212) ($\chi^2=67,793$; $df=1$; $p<0,001$); «Работа Школы здоровья» – 72,6% (n=207) ($\chi^2=58,389$; $df=1$; $p<0,001$); «Этика медицинского персонала» – 68,8% (n=196) ($\chi^2=40,172$; $df=1$; $p<0,001$); «Безопасность» – 67% (n=191) ($\chi^2=33,014$; $df=1$; $p<0,001$); «Организация кардиологической помощи на дому» – 66% (n=188) ($\chi^2=29,056$; $df=1$; $p<0,001$).

При оценке качества кардиологической помощи по пятибалльной шкале, уровень удовлетворенности пациентов составила $2,21 \pm 0,68$.

Выводы

1. Разработанный и апробированный в Семейском регионе мониторинг удовлетворенности пациентов, перенесших ИМ, оказанием кардиологической помощи реко-

мендуется внедрять в других учреждениях здравоохранения с целью адекватного и своевременного принятия управленческих решений, направленных на повышение качества кардиологической помощи пациентам.

2. В связи с тенденцией к росту распространенности болезней системы кровообращения, ожидаемым увеличением продолжительности жизни пациентов с данной патологией за счет внедрения высокотехнологичных методов лечения и учитывая результаты проведенного исследования, необходимо рассмотреть возможность увеличения штатных должностей врачей-кардиологов, в первую очередь в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

3. Высокая потребность взрослого населения Семейского региона в кардиологической стационарной помощи обуславливает

необходимость увеличения числа кардиологических коек в медицинских организациях, оказывающих стационарную помощь в регионе.

4. Местному органу управления здравоохранением необходимо повысить контроль и совершенствовать механизм обеспечения кардиологических пациентов бесплатными медицинскими препаратами на уровне ПМСП; выделить дополнительные средства для организации реабилитации пациентов, перенесших инфаркт миокарда.

5. Главным врачам поликлиник в дополнение к полицевому учету пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда, целесообразно проводить ежемесячный мониторинг обеспеченности пациентов, перенесших ОИМ, бесплатными медикаментами, плановой госпитализацией и реабилитацией.

Источники:

- 1 Всемирный атлас профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и борьбы с ними / под ред. Mendis S., Puska P., Norrving B. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2013. – 162 с.
- 2 Сводная информация о выполнении Плана мероприятий по реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы за 2013 год // Режим доступа: http://www.mz.gov.kz/index.php?option=com_content&view=article&id=1384
- 3 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2011 году // Статистический сборник МЗ РК. – Астана, 2012. – 320 с.
- 4 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2013 году // Статистический сборник МЗ РК. – Астана, 2014. – 356 с.
- 5 Thygesen K., Alpert J.S., White H.D. et al. [Перевод Евсеев М.О.] Универсальное определение инфаркта миокарда // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. – 2008. – №5. – С.91-105.
- 6 Thygesen K., Alpert J.S., Jaffe A.S. et al. Third universal definition of myocardial infarction // Circulation. – 2012. – Vol. 126, №16. – P.2020-2035.
- 7 Gaziano T.A., Bitton A., Anand S. et al. Growing Epidemic of Coronary Heart Disease in Low- and Middle Income Countries // Current problems in Cardiology. – 2010. – Vol. 35, №2. – P. 72-115.
- 8 Антипова С.И., Антипов В.В. Болезни системы кровообращения: эпидемиологические и демографические сопоставления // Медицинские новости. – 2011. – №12. – С. 37-43.
- 9 Герасимова Л.И., Шувалова Н.В., Тюрникова С.Р. Социально-экономическая значимость заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения (обзор литературы) // Здравоохранение Чувашии. – 2013. – №2. – Режим доступа: <http://giduv.com/journal/2013/2/sotsialno-ekono>
- 10 Абдикаримова Г.Ч. О роли социологической оценки качества медицинской помощи в практическом здравоохранении // Медицина. – 2012. – №9. – С. 14-15.
- 11 Гришина Н.К. Основные принципы реализации программ социологического мониторинга в здравоохранении // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2011. – №2. – С. 32-36.
- 12 McConnell K.J., Lindrooth R.C., Wholey D.R. et al. Management practices and the quality of care in cardiac units // The Journal of the American Medical Association. – 2013. – Vol. 173, №8. –P. 684-692.
- 13 Guss D.A., Leland H., Castillo E.M. The impact of post-discharge patient call back on patient satisfaction in two academic emergency departments // The Journal of Emergency Medicine. – 2013. – Vol. 44, №1. –P. 236-241.
- 14 Ацель Е.А. Удовлетворенность качеством кардиологической помощи в период модернизации здравоохранения // Вестник современной клинической медицины. – 2012. – Т. 5, №3. – С. 6-9.
- 15 Сибурин Т.А., Барскова Г.Н., Лактионова Л.В. Методические подходы к исследованию удовлетворенности пациентов высокотехнологичной медицинской помощью // Социальные аспекты здоровья населения.

– 2013. – Т. 29, №1. – С. 3.

16 Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года №193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 03.07.2014 г.) // Режим доступа: http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30479065

17 Об утверждении Методических рекомендаций по проведению анкетирования граждан в целях определения степени удовлетворенности уровнем и качеством оказываемой медицинской помощи: Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан №468 от 22 июля 2011 года // Режим доступа: http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31051412

18 Об утверждении Положения об организациях здравоохранения, оказывающих кардиологическую, интервенционную кардиологическую и кардиохирургическую помощь населению Республики Казахстан: Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан №647 от 22 сентября 2011 года // Режим доступа: http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31088700

ДЛЯ ЗАМЕТОК

Lined area for notes consisting of 28 horizontal lines.



**«ЦЕНТР МЕНЕДЖМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»
РГП НА ПХВ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» МЗСР РК**

УВАЖАЕМЫЕ ПАРТНЕРЫ!

Центр менеджмента здравоохранения РГП «РЦРЗ» МЗСР РК, приглашает ВАС к взаимовыгодному сотрудничеству, для размещения ВАШЕЙ информации о товарах и услугах на страницах нашего журнала «Менеджер здравоохранения Республики Казахстан» издаваемого ежеквартально

ПОЧЕМУ ПЕЧАТАТЬ У НАС?

- **Первое** в Казахстане печатное издание публикующее материалы о менеджменте здравоохранения
- **Широкий охват** читательской аудитории
- Вашу рекламу в журнале могут увидеть более **4 000** потенциальных клиентов!
- **Хорошая узнаваемость** нашей организации
- **Выгодное ценовое предложение**

Прайс-лист

(В тенге)

Площадь на полосе	Стоимость (учетом НДС) за 1 кв.см.	Сумма 1,0 стр./560 кв.см	Сумма 1/2 стр./280 кв. см	Сумма 1/4 стр./140 кв см
4 (наружная) полоса обложки	150	85700	42800	21400
2,3 (внутренние) полосы обложки	130	72000	36000	18000
Вкладыш (возможно с рекламной статьей)	130	72000	36000	18000

С уважением коллектив редакции журнала

По вопросам размещение рекламы просим обращаться:

Email: imzrk@bk.ru

Тел.: 700950 (1102)

Қазақстан Республикасы,
010000, Астана қ.
Орынбор к-сі 4, 1004 кеңсе

Республика Казахстан,
010000, г. Астана
ул. Орынбор 4, каб. 1004



www.rcrz.kz



www.vk.com/public65266070



www.facebook.com/centrmenedzhmenta