

ISSN 2225-9929



9 772225 992125



Маусым, №2 (7) 2013

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау

МЕНЕДЖЕРІ МЕНЕДЖЕР

здравоохранения Республики Казахстан

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау
МЕНЕДЖЕРІ
МЕНЕДЖЕР
здравоохранения Республики Казахстан



Журналдың аты:

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау менеджері

Бас редактор:

Құлжанов М.К.

Редакциялық кеңес:

А.А. Ақанов, А.А. Ахметов, А.К. Байгенжин,
Ә.А. Байжүнісов, Е.А. Біртанов, С.А. Егеубаева,
Қ.А. Ерғалиев, К.К. Ермакбаев, Н.М. Исатаева,
Л. Ковач, В.З. Кучеренко, Т.К. Рахыпбеков,
А.Т. Шарман, М.Е. Шоранов

Редакциялық коллегия:

А.Ж. Әзербайбаева, Л.М. Ақтаева, А.Д. Ахимова,
Н.М. Исатаева, М.А. Исаханова, В.В. Койков,
Д.М. Мақашев, Б.С. Молдахметова, К.У. Ниятқалиев

Редакцияның хатшысы:

Г.Д. Есполова

Меншік иесі:

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

Жазылу индексі:

74608

Мерзімділігі:

жарты жылда 2 рет

Таралымы:

500 дана

Құрылтайшылары:

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

Редакцияның мекен-жайы:

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

Баспахана мекен-жайы:

"Чернобыль - жарымжандар одағы" ЖШС
Астана қ., К. Бәйсейтова к-сі, 114/2,
тел. 28 99 21

Жарияланатын мәліметтердегі

**ақпараттардың нақтылығы, авторлардың
жауапкершілігінде**

Наименование журнала:

Менеджер здравоохранения
Республики Казахстан

Главный редактор:

Кульжанов М.К.

Редакционный совет:

Ақанов А.А., Ахметов В.И., Байгенжин А.К.,
Байжунусов Ә.А., Біртанов Е.А., Егеубаева С.А.,
Ерғалиев К.А., Ермакбаев К.К., Исатаева Н.М.,
Ковач Л., Кучеренко В.З., Рахыпбеков Т.К.,
Шарман А.Т., Шоранов М.Е.

Редакционная коллегия:

Азербайбаева А.Ж., Ақтаева Л.М., Ахимова А.Д.,
Исаханова М.А., Койков В.В., Мақашев Д.М.,
Молдахметова Б.С., Нитқалиев К.У.

Секретарь редакции:

Есполова Г.Д.

Собственник:

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

Подписной индекс:

74608

Периодичность:

2 раза в полугодие

Тираж:

500 экземпляров

Учредители:

Министерство здравоохранения Республики
Казахстан, Республиканский центр развития
здравоохранения.

Адрес редакции:

г. Астана, ул. Иманова, 13, офис 619
email: mz_rcrz@mail.ru

Адрес типографии:

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

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



Каирбекова Салидат Зекееновна

Министр здравоохранения Республики Казахстан

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

В третье воскресенье июня мы традиционно отмечаем свой профессиональный праздник – День медицинского работника.

С уверенностью могу сказать, что благодаря слаженному и неустанному труду всех медицинских работников страны, мы успешно справляемся с задачами, поставленными перед нами Главой государства Назарбаевым Н.А. в Послании народу Казахстана «Стратегия «Казахстан – 2050»: новый политический курс состоявшегося государства», по дальнейшему развитию системы здравоохранения. Президентом страны поставлены задачи по внедрению единых стандартов качества медицинских услуг, предоставлению качественной и доступной медицинской помощи, усилению профилактической медицины, внедрению услуги «смарт-медицины», дистанционной профилактики и лечения, «электронной медицины», обеспечению здоровья наших детей, улучшению системы медицинского образования, созданию условий для роста частной медицины, проведению международной аккредитации медицинских ВУЗов и учреждений и многое другое. Совместными усилиями нам это под силу.

Третий год в стране успешно реализуется Государственная программа «Саламатты Қазақстан», направленная на формирование, сохранение и укрепление

здоровья граждан. В рамках Госпрограммы система здравоохранения качественно развивается, достигнута хорошая динамика показателей здоровья народа, внедряется Национальная скрининговая программа, развивается транспортная медицина. Сегодня казахстанские хирурги делают сложнейшие операции, которые раньше не проводились. Медики осваивают передовое высокотехнологичное оборудование.

Здравоохранение – это сфера жизнеобеспечения, один из важнейших факторов конкурентоспособности и национальной безопасности страны. Качественное развитие сферы здравоохранения, улучшение состояния здоровья населения требует от нас – врачей высокой самоотдачи и лучших человеческих качеств. Самое современное оборудование не заменит чуткого и внимательного отношения к пациенту.

Труд медицинских работников – это высокое служение во имя и на благо людей. Медицинский персонал охраняет величайшие ценности, дарованные человеку – жизнь и здоровье.

Я от всей души поздравляю всех медицинских работников с нашим профессиональным праздником и желаю доброго здоровья, творческих поисков, успехов, счастья и благополучия в семьях!

Благодарю Вас за спасенные жизни! Будьте верны Клятве Гиппократата. Берегите себя и своих близких.



Ахметов Валихан Исаевич

Генеральный директор

РГП на ПХВ "Республиканский центр развития здравоохранения" МЗ РК

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

В настоящее время, менеджеры государственных организаций здравоохранения переживают не самые легкие времена, внедрение ЕНСЗ, развитие автономии поставщиков медицинских услуг, конкуренция за государственный заказ с поставщиками из частного сектора, требуют от руководителей профессионального развития и совершенствования управленческих навыков. Современные перемены, прежде всего, потребовали от отрасли эффективных менеджеров, стандартные требования к их компетенциям значительно возросли, а, следовательно «выросли» и многие управленцы системы.

Во многих организациях практикуется стратегическое планирование на основе изучения рынка медицинских услуг, внедрены ресурсосберегающие технологии, производится закуп медицинского оборудования по лизингу, отдельные функции отдаются в аутсорсинг для повышения эффективности затрат. Все эти преобразования не могли не сказаться на результативности всей системы, промежуточные индикаторы Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Казахстан» 2011-2015 гг. успешно достигнуты, однако впереди перед нами стоят не меньшие задачи.

Модернизация финансирования медицинских организаций направленная на повышение автономии медицинских организаций постепенно расширяет спектр проблем, которые руководители медицинских организаций решают самостоятельно, к примеру, в тариф за оказание медицинских услуг заложены средства на повышение квалификации, закуп оборудования, коммунальные и прочие расходы. Внедрение Наблюдательных Советов обеспечивают прозрачность менеджмента организаций здравоохранения и совершенствование их корпоративной культуры. Стратегия повышения автономии поставщиков и элементов корпоративного

управления, повышает инвестиционную их привлекательность, что позволит расширить возможности государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения.

Развитие и совершенствование менеджмента амбулаторно-поликлинической службы требует формирования совершенно иного подхода, как к системе финансирования, так и к системе информационного и кадрового обеспечения ПМСП. В настоящее время в тесном сотрудничестве с МЗ РК мы разрабатываем механизмы реализации этих преобразований.

Немаловажной проблемой на сегодняшний день в системе здравоохранения является формирование квалифицированного кадрового капитала, ни для кого не секрет, что формирование профессионалов с медицинским образованием требует значительно больше времени и материальных вложений, нежели специалистов других отраслей. В этой связи в рамках работы по созданию новой отраслевой системы квалификаций в связи с разработкой национальной системы квалификаций, пересматриваются подходы к формированию квалификационных уровней, и соответственно, технологии их подтверждения.

Учитывая настоящие преобразования и масштабность их воздействия на систему, большая роль в их реализации на местах принадлежит Вам, управленцам всех уровней системы здравоохранения. Нам, разработчикам и проводникам преобразований в системе здравоохранения, очень важна обратная связь с Вами, поэтому неоднократно озвученная идея о создании независимой ассоциации менеджеров здравоохранения в настоящее время на стадии реализации.

Мы с удовольствием приглашаем Вас вступить в ассоциацию менеджеров здравоохранения для объединения усилий по совершенствованию управления в сфере здравоохранения.

МАЗМҰНЫ / СОДЕРЖАНИЕ

ЖЕКЕ ТҮЛҒА / ЛИЧНОСТЬ

Сулейменов М.К.

Медицинская деятельность – это колоссальная ответственность перед пациентами9
М.К. Сулейменов, Медициналық қызмет – бұл емделушілер алдындағы орасан зор жауапкершілік

Джумағалиева К.У.

Идеальная система управления – это когда все члены коллектива участвуют в процессе управления11
К.У. Жумағалиева, Мінсіз басқару жүйесі – бұл ұжымның барлық мүшелері басқару үдерісіне

Буранкулова С.Н.

«Построим вместе Здоровое будущее»12
С.Н. Боранқұлова, «Саламатты болашақты бірге жасаймыз»

Темирбеков Ф.С.

Труд и поддержка коллектива, умение реализовывать намеченные цели, задачи привели к такой награде14
Ф.С. Темирбеков, Ұжымның еңбегі мен қолдауы, қойылған мақсаттар мен міндеттерді іске асыра білу, осындай марапатқа алып келді

Ахметова Н.А.

Развитие системы здравоохранения это повышение уровня знания человеческих ресурсов15
Н.А. Ахметова, Денсаулық сақтау жүйесін дамыту – бұл адам ресурстардың білім деңгейін көтеру

Сералин Е.Б.

Мой залог успеха это планирование и самодисциплина16
Е.Б. Сералин, Жоспарлау және өзіндік тәртіп менің табысымның кепілі

Капанов С.Т.

Самая лучшая и очень ответственная работа – это профессия врача17
С.Т. Капанов, Ең үздік және өте жауапты жұмыс – бұл дәрігерлік кәсіп

МЕДИЦИНА ҚЫЗМЕТІНІҢ САПАСЫН БАСҚАРУ / УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

Жамбаева А.С., Тереқұлова А.К., Исмағұлова С.К., Тажибаева Г.Н.

Совершенствование системы присвоения квалификационных категорий специалистам с медицинским образованием18
А.С. Жамбаева, А.К. Тереқұлова, С.К. Исмағұлова, Г.Н. Тажибаева, Медициналық білімі бар мамандарға біліктілік санаттарын беру жүйесін жетілдіру

Масимов А.Б.

Процедура аккредитации медицинских организаций как объект информатизации21
А.Б. Мәсімов, Медициналық ұйымдарды ақпараттандыру нысаны ретінде аккредиттеу процедурасы

Шаймерденова А.А.

Национальные стандарты аккредитации медицинских организаций как основа непрерывного улучшения качества медицинской помощи24
А.А. Шаймерденова, Медицина ұйымының ұлттық аккредитация стандарттары медициналық көмек сапасын үздіксіз жақсарту негізі ретінде

Садықов Б.Н., Большанова М.У., Захарова Н.О.

Пути совершенствования службы внутреннего аудита ГКП на ПХВ «ГКБ №5» УЗ г. Алматы при контроле деятельности стационара29
Б.Н. Садықов, М.У. Большанова, Н.О. Захарова, Алматы қ. ШЖҚ МКК «№5 ККА» ішкі аудит қызметін, жалпы қызметті, стационарды бақылаумен жетілдіру жолдары

Түлегенова А.Е., Оспанова Н.Г.

Организация работы службы внутреннего контроля станции скорой и неотложной помощи г. Екібастұза34
А.Е. Түлегенова, Н.Г. Оспанова, Екібастұз қаласының шұғыл және жедел жәрдем станциясының мысалында ішкі бақылау қызметінің жұмысын ұйымдастыру

Налибаева С.М., Султанғалиева А.К., Берденова С.Ж.

Исследование уровня удовлетворенности населения качеством оказываемой медицинской помощи по Кызылординской области37
С.М. Нәлібаева, А.К. Султанғалиева, С.Ж. Берденова, Кызылорда облысы бойынша медициналық ұйымдарында көрсетілетін медициналық көмектің сапасын халық арасында қаңағаттануын зерттеу

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ СТРАТЕГИЯСЫ ЖӘНЕ САЯСАТЫ / СТРАТЕГИЯ И ПОЛИТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Мырзабеков О.М.

Обеспечение непрерывного профессионального развития кадровых ресурсов – основа конкурентоспособности системы здравоохранения Республики Казахстан44
О.М. Мырзабеков, Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесінде бәсекелесу қабілетінің негізі – кадрлық ресурстардың үздіксіз кәсіби дамуына қамтамасыз ету болып келеді

Тогайбекова Ж.Е. Солидарная ответственность за здоровье, как приоритет развития отечественного здравоохранения	47
<i>Ж.Е. Тогайбекова, Өз денсаулығына жауапкершілік, отандық денсаулық сақтау саласының дамуының негізгі бағыты</i>	
МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖӨРДЕМ КӨРСЕТУ САПАСЫН БАҒАЛАУ / ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
Абзалова Р.А., Макенбаева А.К., Тажикенова Ж.Ш. Современные организационные аспекты совершенствования ПМСП в Казахстане	50
<i>Р.А. Абзалова, А.К. Мәкенбаева, Ж.Ш. Тәжікенова, Қазақстанда МСАК жетілдірудің заманауи ұйымдастырушылық аспектілері</i>	
Сергазин Б.Ш., Ахильбеков Н.С., Бюрабекова Л.В. Сравнительный анализ деятельности службы санитарной авиации по итогам I полугодия 2012 года и I полугодия 2013 года	54
<i>Б.Ш. Сергазин, Н.С. Ахильбеков, Л.В. Бюрабекова, Қорытындылар бойынша санитариялық авиация қызметін салыстырмалы талдау 2012 жылдың I жарты жылдығы және 2013 жылдың I жарты жылдығы Астана қ.</i>	
ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЭКОНОМИКАСЫ ЖӘНЕ БАСҚАРМА ҚАРЖЫЛАРМЕН / ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И УПРАВЛЕНИЕ ФИНАНСАМИ	
Касымжанова Ж. Единая национальная система здравоохранения, как возможность совершенствования менеджмента в здравоохранении	57
<i>Ж. Касымжанова, Бірыңғай Ұлттық денсаулық сақтау жүйесі денсаулық сақтаудағы менеджментті жетілдірудің мүмкіндігі ретінде</i>	
Саурбаев Т.К. Внедрение рациональных форм первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), трансферты, социальная ориентированность, работа регистратуры	63
<i>Т.К. Сәуірбаев, Медициналық-санитариялық алғашқы көмектің (МСАК) ұтымды нысандарын енгізу, трансферттер, әлеуметтік бағыттылық, тіркеу орының жұмысы</i>	
Сапарғалиева Э.Б. Обзор анализа госпитализированной заболеваемости по терапевтическому профилю в рамках бюджетной (036) программы финансирования	65
<i>Э.Б. Сапарғалиева, Бюджеттік (036) қаржыландыру бағдарламасының шеңберінде терапевтік бейін бойынша емдеуге жатқызылған аурулар талдауына шолу</i>	
ДӘРІ-ДӘРМЕК ОБЛЫСЫНДАҒЫ ҰЛТТЫҚ САЯСАТ / НАЦИОНАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ	
Молдахметова Б.С., Ахимова А.Д., Гурцкая Г.М., Айсина Ж.Т. Современные подходы к практике назначения лекарственных средств в амбулаторно-поликлинических организациях Республики Казахстан	68
<i>Б.С. Молдахметова, А.Д. Ахимова, Г.М. Гурцкая, Ж.Т. Айсина, Қазақстан республикасының амбулаторлық-емханалық ұйымдарында дәрі-дәрмектерді тағайындау тәжірибесінің заманауи тәсілдері</i>	
ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘЛІМЕТӨН БАСҚАРУ / УПРАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИЕЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
Жаумбаева М.М. Развитие электронного здравоохранения в Западно-Казахстанской области	75
<i>М.М. Жаумбаева, Батыс Қазақстан облысында электрондық денсаулық сақтауды дамыту</i>	
МЕНЕДЖЕРДІҢ ЖҰМЫСЫНА АРНАЛҒАН ҚҰЖАТТАР / ДОКУМЕНТЫ ДЛЯ РАБОТЫ МЕНЕДЖЕРА	
Постановление Правительства Республики Казахстан от 02.02.2013 №71 «О некоторых вопросах лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности»	78
<i>«Медициналық және фармацевтикалық қызметті лицензиялаудың кейбір мәселелері туралы» Қазақстан Республикасы Үкіметінің 02.02.2013 жылғы № 71 қаулысы</i>	
Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан «О системе учета дефектов оказания медицинских услуг» №96 от 20 февраля 2013 года	86
<i>«Медициналық қызмет көрсетудің ақауларын есепке алу жүйесі туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2013 жылғы 20 ақпандағы № 96 бұйрығы</i>	
Оқиғалар / События	
Информация о лидерстве в бизнес-рейтинге	111
<i>Бизнес-рейтингтегі көшбасшылық туралы ақпарат</i>	
Итоги конкурса Лучший менеджер здравоохранения 2013 года	111
<i>2013 жылғы Үздік денсаулық сақтау менеджері конкурсының қорытындылары</i>	
Международная конференция, посвященная 35-летию Алма-Атинской декларации по первичной медико-санитарной помощи	112
<i>Медициналық-санитариялық алғашқы көмек жөніндегі Алма-Ата декларациясын қабылдаудың 35-жылдығына арналған халықаралық конференциясы</i>	



Максут Каримович Кульжанов

Заместитель генерального директора РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения РК

УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ!

В канун Дня медицинского работника разрешите поздравить вас с профессиональным праздником и пожелать всем дальнейшего профессионального совершенствования, успехов в труде, реализации всех намеченных целей, крепкого здоровья, счастья и благополучия!

Общественную и социальную значимость вашего труда невозможно переоценить.

В современном мире нет большей ценности, чем жизнь и здоровье человека, и именно на работников медицины возложена огромная ответственность за будущее страны.

В рамках празднования Дня медицинского работника на базе Республиканского центра развития здравоохранения был проведен конкурс «Лучший по профессии», в номинации «Лучший менеджер здравоохранения». Данный конкурс проводился в республике третий раз и способствует повышению престижа профессии менеджера здравоохранения, совершенствованию профессионального мастерства, инициативы и развития творческого потенциала.

Получить звание менеджера не просто, приходится многому учиться, многое внедрять, реализовывать мероприятия по совершенствованию, развитию и качеству системы управления, как в отдельных организациях, так и в целом всей системы здравоохранения.

Одной из задач в области совершенствования менеджмента здравоохранения это улучшение качества оказания медицинской помощи и развитие высокотехнологичной системы здравоохранения. С введением рыночных отношений в здравоохранении вопрос качества медицинской помощи становится все более актуальным. Любая медицинская услуга может найти свой сегмент рынка только в том случае,

если окажется выполненной на достаточно высоком уровне.

Качество – это важнейшая характеристика медицинской помощи, эффективность лечения пациента и фактор, который может положительно влиять на дальнейшее развитие здравоохранения.

Качество и безопасность медицинских услуг зависит от множества емких причин, среди которых следует выделить уровень профессионализма и наличие мотивации клинических специалистов к его повышению, внедрение современных технологий управления процессами организации и соблюдение международных и национальных стандартов качества медицинской помощи. Совершенствование управления качеством медицинских услуг занимает важное место в контексте послания Президента Республики Казахстан – Лидера нации Нурсултана Назарбаева народу Казахстана «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства».

Перед вами очередной номер журнала «Менеджер здравоохранения Республики Казахстан», посвященный вопросам управления качеством медицинской помощи и информационные материалы по реализации проектов по усовершенствованию системы здравоохранения, а также статьи, описывающие практический опыт решения наиболее актуальных и сложных проблем в сфере здравоохранения руководителей медицинских организаций в области усиления качества предоставляемых услуг в системе здравоохранения.

Надеюсь, что этот выпуск журнала поможет каждому читателю осмыслить один из важнейших направлений развития здравоохранения и даст мощный импульс для достижения творческого успеха.

С уважением, Главный редактор



Есимов Даулетхан Сергазиевич

Председатель Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерство здравоохранения Республики Казахстан

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

На современном этапе развития одной из задач в области здравоохранения является гарантия безопасности медицинской помощи.

В связи с быстрым развитием медицинской науки, международным декларированием прав человека, созданием различных общественных организаций социальной защиты граждан, ростом медицинской грамотности широких слоев населения, здравоохранение воспринимается как одна из сфер общественных услуг и подвергается общественному контролю.

От качества услуг зависят характеристики уровня качества жизни, как отдельных людей, так и общества в целом. Это положение в полной мере применимо к деятельности системы здравоохранения, как основного гаранта со стороны государства поддержания и укрепления общественного здоровья.

В системе здравоохранения улучшение качества медицинской помощи может служить базой повышения конкурентоспособности медицинских организаций.

Основой создания системы обеспечения, оценки и контроля качества медицинской помощи во всех странах является стандартизация организации лечебно-диагностического процесса. Создание и внедрение в каждой лечебно-профилактической организации системы, обеспечивающей надлежащий уровень медицинских услуг, включает следующие основные этапы: внедрение стандартов оказания медицинской помощи; лицензирование медицинской деятельности; сертификация медицинских услуг; лицензирование и аккредитация медицинских организаций; аттестация и сертификация специалистов; создание материально-технической базы, позволяющей выполнять

стандарты медицинской помощи.

Аккредитация медицинских организаций является ключевым механизмом системы управления качеством, обеспечивающим оценку и непрерывное улучшение качества медицинской помощи за счет выявления факторов, влияющих на возникновение дефектов в медицинской помощи, и выработки рекомендаций по их устранению.

Стандарты аккредитации разработаны на общепризнанных во всем мире ключевых концепциях, включающих:

- акцент на пациента (соблюдение прав пациента, активное участие пациента в лечебно-диагностическом процессе);
- четкость процессов управления;
- четкая организация системы обеспечения безопасности и качества медицинской помощи;
- непрерывное профессиональное усовершенствование персонала;
- четкая система внутренних и внешних связей.

Получение аккредитации свидетельствует о соответствии конкретного учреждения здравоохранения определенным стандартам организационных, правовых, клинических технологий и требованиям, разработанным соответствующими специалистами и обеспечивающими высокий уровень деятельности всего учреждения.

Целью аккредитации медицинских организаций является повышение качества предоставляемых ими медицинской помощи гражданам.

Анализ зарубежного опыта свидетельствует об эффективности использования медицинских стандартов в сфере медицинских услуг как нормативного обеспечения гарантий качества и основного ресурсосберегающего инструмента, обеспечивающего качество медицинской помощи и

защиту прав пациентов.

В Казахстане национальная аккредитация впервые была внедрена в 2009 году. Созданы соответствующие отраслевые нормативно-правовые документы и организационные структуры, обеспечивающие деятельность учреждений здравоохранения и медицинских работников в рамках профессиональных стандартов и доказательной медицины.

В 2012 году Государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, в рамках партнерского взаимодействия по Проекту Всемирного Банка «Передача технологий и проведение

институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан», Министерством здравоохранения Республики Казахстан совершенствованы национальные стандарты аккредитации медицинских организаций, в соответствии с международными требованиями.

Национальные стандарты аккредитации для медицинских организаций, оказывающих стационарную и амбулаторно-поликлиническую помощь, прошли процедуру одобрения Международного сообщества по качеству в здравоохранении (ISQua), как соответствующие основным мировым принципам улучшения и качества.

ЖЕКЕ ТҮЛҒА / ЛИЧНОСТЬ

**Сулейменов Мурат Куснуллович**

Директор Павлодарского областного онкологического диспансера

Врач высшей квалификационной категории по хирургии и онкологии. Отличник здравоохранения СССР и Республики Казахстан. Награжден медалями «Шапагат» и «20-летию независимости Казахстана». Имеет нагрудный знак «За заслуги перед областью».

Победитель конкурса «Лучший по профессии», в номинации «Лучший менеджер здравоохранения» 2013 года.

Прошел конкурс, Вас выбрали лучшим менеджером 2013 года в Вашей области. Насколько трудно было получить это звание? Какие чувства испытываете?

Звание «Лучший менеджер Павлодарской области» – это не только моё личное достижение, но и работа всего коллектива во благо человека. Приятно осознавать, что наша тяжёлая работа оценена по достоинству. Такое высокое звание предполагает высокую ответственность перед коллегами и побуждает к новым свершениям во имя развития онкологической службы, к внедрению новых технологий диагностики, лечения онкологических больных, совершенствованию системы управления персоналом.

Какой, на Ваш взгляд, должна быть идеальная система управления для Вашей организации? Какую модель можно назвать идеальной системой управления медицинской организацией?

На мой взгляд, лучшей формой социального партнерства является получившая наибольшее распространение в Японии система «человеческих отношений», выдвигающая на первое место «социальную роль фирмы как организации, ответственной за жизнь работника и его семьи, включая работу, досуг, здоровье и даже личные дела». основополагающим принципом системы человеческих отношений является разработка такого комплекса социальных мероприятий, который не только привязал

бы работника к фирме, но и создал бы у него и у его семьи удовлетворенность и определенную уверенность в завтрашнем дне. Менеджмент в клинике должен давать возможность роста и развития, как самому предприятию, так и его врачам и медицинским сестрам. В медицине, где научно-технический прогресс внедряется в практику быстрее, чем где либо, и меняет технологии диагностики, лечения, реабилитации, важно быть в курсе всего и быстрее применять на практике самое современное и совершенное.

Подбор, расстановка, аттестация и повышение квалификации медицинских кадров, создание условий для высокопроизводительного труда и отдыха персонала, учёт результатов работы персонала и контроль текущей деятельности, решение вопросов социальной защиты сотрудников, также вопросов оплаты труда сотрудников в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан позволит выстроить идеальную систему управлением медицинской организацией.

Каковы, по Вашему мнению, основные трудности и проблемы в работе руководителя организации здравоохранения в настоящее время?

Руководитель решает все вопросы деятельности предприятия в соответствии с его компетенцией, определяемой Законодательством Республики Казахстан и Уставом. В сфере деятельности руководителя входит

большой круг обязанностей, от решения которых зависит эффективность работы медицинского учреждения. Основными задачами руководителя в настоящее время являются: оказание результативной амбулаторно-поликлинической помощи с использованием новых технологий, наиболее эффективных, малозатратных методов диагностики, лечения и медицинской реабилитации контингента; координация оказания стационарной медицинской помощи с проведением современных методов диагностики и лечения; постоянное совершенствование форм и методов управления деятельностью больницы; разработка и внедрение в деятельность диспансера эффективных организационных форм оказания медицинской помощи, новых методов профилактики, диагностики и лечения больных; медицинская и социальная реабилитация больных в стационаре; организационно-методическая работа (организация и проведение заседаний больничных советов, производственных совещаний, научно-практических, клинко-анатомических конференций, семинаров); организация лечения больных с учётом современных требований медицинской науки и утверждённых Министерством здравоохранения Республики Казахстан целевых программ медицинского обслуживания.

Все поставленные перед руководителем задачи требуют большой отдачи моральных и физических сил. Медицинская деятельность – это колоссальная ответственность перед пациентами. Пациенты сейчас знают свои права и настаивают на их соблюдении, что требует от каждого врача и от руководителя знания и соблюдения всех юридических норм при оказании медицинских услуг.

Какие задачи в области совершенствования управления Вашей организацией Вы ставите перед собой в перспективе?

Основные задачи для совершенствования управления в диспансере – это:

- эффективное и рациональное использование кадровых, медико-технологических ресурсов;
- финансовая деятельность в рамках Законодательства;
- бесперебойное функционирование предприятия;
- укрепление материально-технической базы;
- проведение ресурсосберегающей политики – рациональное и эффективное использование коечного фонда;
- повсеместное соблюдение режима эко-

номии средств, выделяемых по государственному заказу;

- осуществление контроля за использованием средств, материальных и трудовых ресурсов;
- осуществление строительных и ремонтных работ с целью улучшения условий медицинского и прочего обслуживания.

В медицинском бизнесе следование за передовыми технологиями – это один из самых важных факторов конкурентного преимущества, ведь пациент ищет и выбирает лучшее, что есть в области диагностики, лечения.

Выполнение Государственной Программы развития здравоохранения на 2011-2015 годы и Программы развития онкологической службы в Республике Казахстан на 2012-2016 годы являются основными задачами деятельности онкологического диспансера. Приоритетными задачами являются: снижение показателя смертности от онкологических заболеваний; повышение качества и доступности онкологической помощи путем дальнейшего развития и совершенствования Единой национальной системы здравоохранения; дальнейшее внедрение международных протоколов диагностики, лечения и реабилитации пациентов; акцент на раннюю выявляемость злокачественных новообразований путем проведения профилактических осмотров целевых групп на уровне ПМСП и использование прогрессивных методов диагностики и лечения; развитие высокотехнологичной системы онкологической службы, строительство нового онкологического диспансера.

Как Вы считаете, какие основные ценности такого рода конкурсов? Что полезного они дают участникам, зрителям и в целом всей системе здравоохранения?

Профессиональные конкурсы позволяют проанализировать результаты проведенной работы, задуматься над тем, что и как можно сделать лучше, наметить планы по внедрению инновационных технологий для развития службы. Победа в конкурсе позволяет закрепить авторитет в медицинском обществе области.

Несколько слов ко дню медицинского работника Вашим коллегам?

Желаю медицинским работникам и их семьям крепкого здоровья, высокого профессионализма, оптимизма, профессионального роста и свершения всех планов, поставленных перед собой.



Джумагалиева Кульшара Утеуовна

Главный врач поликлиники №5 города Атырау

«Основными достижениями считаю свой вклад на организацию работы городских ЛПУ и развитие здравоохранения города Атырау в годы работы заместителем начальника городского отдела здравоохранения с 2000 по 2004 годы. Так как, эти годы были очень трудными, была высокая материнская и детская смертность, заболеваемость туберкулезом, вирусным гепатитом, не было стабильности в медицине, не были законодательные документы, были огромные задолженности по заработной плате и по выплате социальных пособий медработникам. Шли работы по бесконечным реорганизациям и реструктуризациям медицинской организации. В год Здоровья – 2002 году по представлению городского акимата была награждена знаком «Отличника здравоохранения РК». Имею благодарности и почетные грамоты от акимов города и области, министра здравоохранения».

Прошел конкурс, Вас выбрали лучшим менеджером 2013 года в Вашей области. Насколько трудно было получить это звание? Какие чувства испытываете?

Для меня получить звание «Лучшего менеджера» по Атырауской области не было трудным, так как основные показатели поликлиники были лучше, чем у других. Для меня было трудным вопрос принятия участия на конкурсе, иначе говоря, принять решение на участие. При участии в конкурсе республиканского уровня испытываю чувства ответственности, важности, так как, представляю Атыраускую область и должна быть достойной этому званию.

Какой, на Ваш взгляд, должна быть идеальная система управления для Вашей организации? Какую модель можно назвать идеальной системой управления медицинской организацией?

Идеальная система управления для нашей поликлиники – это когда весь коллектив участвует в процессе управления, каждая проблема должна решаться на уровне первых исполнителей, без вмешательства руководства. Это говорит об ответственности каждого работника за свою работу, исходящим отсюда последствиям, а так же налаженности работы на каждом уровне с созданием высокого уровня обеспечения на рабочих местах.

Каковы, по Вашему мнению,

основные трудности и проблемы в работе руководителя организации здравоохранения в настоящее время?

Основные трудности в работе руководителя это те проблемы, которые стоят перед нами:

- амбулаторная служба не в полном объеме обеспечена нормативными правовыми документами;
- разобщенность работ амбулаторной и стационарной службы (стационары не осознают еще, что заказчик амбулаторно-поликлинические организации к их услугам);
- нехватка средств и неоснащенность в полном объеме;
- бумажная рутина в том числе, ответы на запросы вышестоящих органов в срочном порядке, что говорит об отсутствии планомерности в работе и единого источника информации, разобщенности отчетно-учетных форм медицинской документации;
- бесконечные собрания по различным инстанциям, в том числе общественные, которые отнимают очень много времени.

Какие задачи в области совершенствования управления Вашей организацией Вы ставите перед собой в перспективе?

Главное-оснащение поликлиники медицинским оборудованием соответствующим современным требованиям, что создает определенные условия пациентам с ускорением сроков обследования и

обеспечением доступности.

В перспективе хотелось бы видеть работу поликлиники в профилактическом направлении, так как сейчас работаем больше на болезнь. Чтобы врачи общей практики имели смежные профессии для обеспечения доступности и качества при ведении прикрепленных пациентов. Тем самым и снизили бы дефицит кадров узкого профиля и наша поликлиника в этом направлении работает.

Как Вы считаете, какие основные ценности такого рода конкурсов? Что полезного они дают участникам, зрителям и в целом всей системе здравоохранения?

Основные ценности конкурсов это

обеспечение конкурентоспособности, постоянное самосовершенствование для достижения высоких целей, улучшение имиджа предприятия. Путем сравнения достижений нескольких предприятий (не личности) определение достигнутого – главная цель таких конкурсов. Но в данном случае сравнение достижений разных направлений (амбулаторно-поликлинические организации, стационары, роддома, перинатальные центры и т.д.) в медицине затрудняет определение лучшего.

Несколько слов ко дню медицинского работника Вашим коллегам?

Коллегам я желаю Удачи во всем и везде, терпения!



Буранкулова Сания Нуртасовна

Директор Поликлиники №3 города Караганды

Организатор здравоохранения высшей категории. Независимый эксперт в области оценки качества медицинских услуг. Член областной Ассоциации семейных врачей. Депутат городского маслихата третьего, четвертого и пятого созывов. Член Ассоциации «Деловых Женщин Казахстана», член клуба «Женщин – Политиков по Карагандинской области». Награждена нагрудным значком «Отличник здравоохранения Республики Казахстан», другими правительственными наградами медалями «Қазақстан Конституциясына 10 жыл», «Шапағат», «20-летию Независимости РК», КГМУ «За большой личный вклад в развитие ВУЗа и подготовку медицинских кадров». Лауреат премии «Замандас» в номинации «Рақымшылық», победитель конкурса «Парыз-2012», в номинации «Лучшее социально – ответственное предприятие».

Достижения

- Получение Сертификата менеджмента качества ISO 9001-2008 AFNOR Certification сертификат № 2011/41295 от 2011-09-07; СТ РК ИСО 9001-2009 Системы менеджмента качества РК сертификат соответствия № 0013077 от 04.01.2012 г.

- Высокая оценка работы Поли-клиники при проведении пилотного аккредитационного обследования с участием консультантов Канадской международной

компании «Canadian Society for International Health» по 5 бальной шкале, средний балл по всем блокам – 4,9.

- Победа в первом туре конкурса МЗ РК «Поликлиника без очередей», поездка в Финляндию.

- Участие в проекте Министерством здравоохранения РК «Сегодня лучший ты, завтра все», в числе 117 медицинских организаций Казахстана.

- Участие во внедрении системы –

СКПН (системы комплексного подушевого норматива) и успешная его реализация.

- Преобразование Поликлиники в предприятие на праве хозяйственного ведения с обучением руководителей менеджменту здравоохранения.

- Создание «Центра активного долголетия», успешное функционирование «Центра профилактики инсульта».

- Создание Школы наставничества, Школа передового опыта.

- Разработка Критериев оценки деятельности врачей и медсестер с дифференцированной оплатой за оказание медицинской помощи по стационаро-замещающим технологиям.

- Увеличение рождаемости, снижение младенческой смертности, снижение абсолютного числа случаев смерти лиц трудоспособного возраста и, соответственно, и уровня смертности на 1000 прикрепленного населения, снижение смертности от БСК.

Прошел конкурс, Вас выбрали лучшим менеджером 2013 года в Вашей области. Насколько трудно было получить это звание? Какие чувства испытываете?

К званию «Лучший менеджер здравоохранения» по Карагандинской области я стремилась в течение многих лет кропотливой работы, не ради получения звания, а для того чтобы поднять престиж нашей поликлиники, престиж руководителей нашей области, нашей страны. Я очень счастлива, и горжусь Системой здравоохранения нашей страны – Республики Казахстана.

Какой, на Ваш взгляд, должна быть идеальная система управления для Вашей организации? Какую модель можно назвать идеальной системой управления медицинской организацией?

Идеальная система управления для нашей организации – это когда комфортно всем, начиная от пациента и заканчивая всеми сотрудниками, когда созданы все условия для нормальной работы – достойная заработная плата, уютная обстановка в кабинете, единый командный и корпоративный дух. Наш девиз: «Построим вместе Здоровое

будущее».

Каковы, по Вашему мнению, основные трудности и проблемы в работе руководителя организации здравоохранения в настоящее время?

В настоящее время основными трудностями и проблемами в работе руководителя организации здравоохранения являются: большой объем информации, учетно-отчетной документации, необоснованные проверки со стороны контролирующих органов.

Какие задачи в области совершенствования управления Вашей организацией Вы ставите перед собой в перспективе?

В стратегическом плане «Поликлинике №3 города Караганды» на 2011-2015 годы обозначены задачи совершенствования управления нашей организацией: увеличение количества сертифицированных аудиторов и независимых экспертов; увеличение количества подготовленных специалистов в области менеджмента здравоохранения; внедрение современных управленческих технологий; совершенствование финансирования ПМСП; повышение качества медицинских услуг; привлечение для работы в поликлинике высоко квалифицированных специалистов; повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала.

Как Вы считаете, какие основные ценности такого рода конкурсов? Что полезного они дают участникам, зрителям и в целом всей системе здравоохранения?

Основные ценности такого рода конкурса – стремление быть лучшим, вести за собой коллектив и т.д.

Несколько слов ко дню медицинского работника Вашим коллегам?

Уважаемые коллеги! Дав когда-то Клятву Гиппократу, Вы стали квалифицированным специалистом, которому люди доверяют свое здоровье. Своей профессиональной деятельностью и проявлением самых лучших качеств Выделаете жизнь наших граждан лучше и светлее. Пусть никогда Вас не коснутся беды и печали, а только успех и радость сопровождают Вас всю долгую и яркую жизнь!



Темирбеков Фазылбек Сабитбекович

Главный врач Костанайской областной детской больницы

Кандидат медицинских наук, врач высшей бессрочной категории по специальности «хирургия», награжден нагрудным знаком МЗ РК «Отличник здравоохранения РК», юбилейной медалью «20-летие Независимости РК».

Прошел конкурс, Вас выбрали лучшим менеджером 2013 года в Вашей области. Насколько трудно было получить это звание? Какие чувства испытываете?

Звание «Лучший менеджер» получить не просто, пришлось многому учиться, многое внедрять, реализовывать все программы по реформированию системы здравоохранения. Труд и поддержка коллектива, умение реализовывать намеченные цели, задачи и программы в коллективе больницы привели к такой награде и званию как «Лучший менеджер здравоохранения».

Я испытываю чувство гордости, что за годы моего руководства смог реализовать себя как первый руководитель и как менеджер здравоохранения.

Какой, на Ваш взгляд, должна быть идеальная система управления для Вашей организации? Какую модель можно назвать идеальной системой управления медицинской организацией?

На мой взгляд, наиболее идеальная модель системы управления – это бюджетная и страховая система.

Каковы, по Вашему мнению, основные трудности и проблемы в работе руководителя организации здравоохранения в настоящее время?

Основные трудности и проблемы в работе руководителя это:

- нехватка врачебных кадров;
- отток кадров в частные структуры и за пределы республики;
- отсутствие нормативной базы для больниц, перешедших на ПХВ;
- ежегодно совершенствуются новые подходы в диагностике и лечении различных заболеваний, но обновление материально-технической базы, не соответствует современному уровню оказания меди-

цинской помощи больным;

- стоимость по клинико-затратным группам по ряду заболеваний является очень низкой (хирургические операции, травматологические заболевания и т.д.).

Какие задачи в области совершенствования управления Вашей организацией Вы ставите перед собой в перспективе?

Первоочередная задача – это правильное планирование и распределение финансовых средств, как на текущий год, так и на предстоящие три года.

- снижение младенческой смертности
- сокращение коечного фонда круглосуточного стационара на 5 и более процентов,
- вести усиленно работу по внедрению ВСМП, а также по приоритетным нозологиям, которые приносят наибольший доход.
- необходимо расширить и вести усиленную работу по реабилитационно-восстановительным койкам или открыть отделение (неврологические заболевания и опорно-двигательные заболевания).

Как Вы считаете, какие основные ценности такого рода конкурсов? Что полезного они дают участникам, зрителям и в целом всей системе здравоохранения?

Конкурсы в стиле «Лучший менеджер», «Лучший врач», «Лучшая медсестра» и т.д. повышают уровень региона, медицинской организации и самого участника. Также повышает кругозор участника конкурса и обмен опытом с другими участниками.

Несколько слов ко дню медицинского работника Вашим коллегам?

Уважаемые коллеги! Поздравляю всех медицинских работников с нашим профессиональным праздником. Хочу пожелать доброго здоровья, творческих поисков, успехов, счастья и благополучия в семьях. Берегите себя и своих близких.



Ахметова Надия Абриковна

Директор Зеленовской центральной районной больницы,
Западно-Казахстанская область

Врач высшей категории по специальностям «организация здравоохранения и социальная гигиена» и «терапия». Независимый медицинский эксперт. Председатель ассоциации врачей и провизоров Западно-Казахстанской области, член ассоциации независимых медицинских экспертов г. Астаны.

Прошел конкурс, Вас выбрали лучшим менеджером 2013 года в Вашей области. Насколько трудно было получить это звание? Какие чувства испытываете?

На областном конкурсе «Лучший по профессии» в номинации «Лучший менеджер здравоохранения» участвовали 18 участников, все достойно показали свои знания и практические навыки по внедрению менеджмента в своих организациях.

Я считаю, мне повезло стать лучшим среди равных, также возможность показать свой опыт и знания менеджмента в здравоохранении на уровне республики.

Какой, на Ваш взгляд, должна быть идеальная система управления для Вашей организации? Какую модель можно назвать идеальной системой управления медицинской организацией?

Сегодня для успешного руководства организациями здравоохранения необходимы обширные знания не только в области традиционной «организации здравоохранения», но и в области стратегического планирования, медицинского права, экономики здравоохранения, управления финансами, информационных технологий и т.д.

Каковы, по Вашему мнению, основные трудности и проблемы в работе руководителя организации здравоохранения в настоящее время?

На сегодня уверенными шагами идет обеспечение системы здравоохранения новейшими технологиями, медицинскими оборудованием, но, к сожалению, остается проблема в качественной работе самих специалистов, слабый кадровый потенциал, очень медленно отходим от старого типа управления и мышления. Если взять систему кадрового обеспечения ПМСП (районного

уровня), то нет необходимости в таком показателе, как обеспеченность врачами кадрами на количество населения или учитывать процент совместительства. ПМСП должен быть обеспечен врачами общей практики, с высоким уровнем знания, так как это уровень сортировки. А несколькими специальностями узкого профиля, должен обладать один специалист, так как он консультант и не более.

Какие задачи в области совершенствования управления Вашей организацией Вы ставите перед собой в перспективе?

Работа в командном стиле, укрепление и повышение уровня знания ВОП, подготовить специалистов узкого профиля, обладать несколькими специальностями это основные мои задачи. Внедрять новые технологии малозатратной медицинской помощи, все это приведет к качественному оказанию медицинской помощи населению, повышению продолжительности жизни и качества жизни.

Как Вы считаете, какие основные ценности такого рода конкурсов? Что полезного они дают участникам, зрителям и в целом всей системе здравоохранения?

Ценность конкурса – это обмен опытом с коллегами, когда выявляются лучшие из лучших, есть возможность у кого учиться и чему равняться. Развитие системы здравоохранения это повышение уровня знания человеческих ресурсов, лучшие по профессии это движущая сила всей системы.

Несколько слов ко дню медицинского работника Вашим коллегам?

Всех коллег с днем медицинского работника, пусть наши стремления улучшения системы здравоохранения служат для сохранения и преувеличения здоровья наших граждан.



Сералин Ержан Булатбекович

Главный врач городской поликлиники №1 города Алматы

Магистр делового администрирования, неоднократно, за достигнутые результаты награждался Грамотами Министра Здравоохранения РК и Акима г.Алматы. Является членом партии Нур Отан, в 2012 году. За активное участие на выборах в мажилисе РК награжден Благодарственным письмом Председателя Народной Демократической партии «Нур Отан» Н.А. Назарбаева.

Прошел конкурс, Вас выбрали лучшим менеджером 2013 года в Вашей области. Насколько трудно было получить это звание? Какие чувства испытываете?

Лучшими менеджерами не рождаются, ими становятся. Я уже более 20 лет работаю в сфере здравоохранения. Каждый день работа с 7 утра до 8 вечера, 6 дней в неделю, еще и на семью необходимо уделить внимание. Да, это очень сложно заслужить, но, безусловно, на каждый момент жизни судьба преподносит своего героя. В моей сфере в 2013 году выбор пал на меня. Оценка уровня лучшего менеджера проводилась, учитывая множество критериев.

Мои успехи – это результат упорного обучения и труда. Желаю каждому испытать чувство победы и, безусловно, достигать высоких результатов. Желаю всем не хотеть, а действовать для достижения максимальных целей! Для меня важно воплощать Миссию поликлиники и добиваться больших высот и не останавливаться на достигнутом. Я использую все возможности, которое дает мне время. Мой залог успеха заключается в планировании и самодисциплине.

Моя цель – быть Лидером, быть впереди, подтвердить звание «Менеджер года».

Какой, на Ваш взгляд, должна быть идеальная система управления для Вашей организации? Какую модель можно назвать идеальной системой управления медицинской организацией?

Идеальная система – это наша система, главный врач, два заместителя – один для взрослой поликлиники, другой для детской, которые решают все внутренние вопросы. Поэтому у меня есть время для связи с общественностью, приема населения, совещаний в Управлении здравоохранением

и других мероприятий. Заместитель главного врача по сестринскому делу не имеет реальной власти над медсестрами, лишь советуется с заведующими отделений. Оперативность высокая, поскольку уровнем управления немного – медсестра и санитары (низшая ступень) через заведующего отделением напрямую контактируют с заместителями главного врача. Все это в целом позволяет эффективно управлять. Наша система и есть идеальная из всех мне известных, весьма схожа с системой управления в Великобритании.

Каковы, по Вашему мнению, основные трудности и проблемы в работе руководителя организации здравоохранения в настоящее время?

Основные трудности заключаются в нехватке медицинских кадров по республике, нагрузка падает на имеющийся персонал. Переход с ГККП на право хозяйственного ведения. Увеличивающиеся требования населения, необходимость внедрения GCI стандарта качества. Вот те немногие проблемы в настоящее время.

Какие задачи в области совершенствования управления Вашей организацией Вы ставите перед собой в перспективе?

Пройти аккредитацию 2014 года с успехом. Соответствовать из 1200 критериев GCI стандарта качества на 99%.

Как Вы считаете, какие основные ценности такого рода конкурсов? Что полезного они дают участникам, зрителям и в целом всей системе здравоохранения?

Конкурс у получивших награду увеличивает мотивацию, ведь это признание заслуг. У не получивших награду наталкивает на вопросы и поиск с устранением проблем,

непозволивших занять первое место. В целом такого рода конкурсы – улучшает качество в системы управления, поскольку привлекает внимание на необходимость в улучшении менеджмента в здравоохранении.

Несколько слов ко дню медицинского работника Вашим коллегам?

Успехов в работе, счастья в семье, оправдания надежд пациентов и эталона здоровья на земле!



Капанов Сакен Тажигереевич

Главный врач Каргалинской городской больницы, Актюбинская область

Кандидат медицинских наук, врач высшей категории по специальностям «Социальная гигиена и организация здравоохранения» и «Хирургия».

Прошел конкурс, Вас выбрали лучшим менеджером 2013 года в Вашей области. Насколько трудно было получить это звание? Какие чувства испытываете?

По результатам работы 2012 года меня выбрали лучшим менеджером Актюбинской области. Конечно, это результат работы всего коллектива и никаких трудностей я не чувствовал, а только работал и я горжусь этим, что мы стали лучшими в нашей области.

Какой, на Ваш взгляд, должна быть идеальная система управления для Вашей организации? Какую модель можно назвать идеальной системой управления медицинской организацией?

На мой взгляд, в настоящее время трудно назвать какую-либо систему управления идеальной, однако с введением ЕНСЗ работать стало намного легче.

Каковы, по Вашему мнению, основные трудности и проблемы в работе руководителя организации здравоохранения в настоящее время?

В настоящее время многое зависит от первого руководителя, поэтому он должен быть квалифицированным, справедливым и примером для всех,

тогда и трудности минуют его.

Какие задачи в области совершенствования управления Вашей организацией Вы ставите перед собой в перспективе?

Также одной из основной задачей является улучшение качество оказания медицинской помощи и благосостояния работников коллектива.

Как Вы считаете, какие основные ценности такого рода конкурсов? Что полезного они дают участникам, зрителям и в целом всей системе здравоохранения?

Я считаю, что конкурс полезен всем, особенно участникам для обмена опытом, организаторам для понимания на каком уровне находятся сейчас менеджеры и над чем необходимо работать в будущем.

Считаю, что конкурс перспективный, участники будут стремиться быть лучшим, и это дает хороший стимул для каждого медицинского работника.

Несколько слов ко дню медицинского работника Вашим коллегам?

Самая лучшая и очень ответственная работа – это профессия врача, поэтому своим коллегам желаю удачи и творческих успехов в работе.

МЕДИЦИНА ҚЫЗМЕТІНІҢ САПАСЫН БАСҚАРУ / УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

Жамбаева А.С., Терекүлова А.К., Исмағұлова С.К., Тажібаева Г.Н.

*Управление аттестации, аккредитации и лицензирования
Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности
Министерства здравоохранения Республики Казахстан, г. Астана*

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ПРИСВОЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИОННЫХ КАТЕГОРИЙ СПЕЦИАЛИСТАМ С МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ

Аталуы: Медициналық білімі бар мамандарға біліктілік санаттарын беру жүйесін жетілдіру

Авторлары: Жамбаева А.С., Терекүлова А.К., Исмағұлова С.К., Тажібаева Г.Н., Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Медициналық және фармацевтикалық қызметті бақылау комитетінің Аттестаттау, аккредиттеу және лицензиялау басқармасы, Астана қ.

Түйіндеме: Мақалада медицина қызметкерлерінің кәсіби өкілеттілігін анықтаудың бірыңғай тәсілін құру, мамандардың жүйелі дайындығы үшін қолайлы жағдай жасау және тест сұрақтарының бірыңғай базасын пайдалану көрсетілген. Сондай-ақ жинақтық сынақ бірліктері жүйесін – үміткердің үздіксіз кәсіби даму іс-шараларына қатысуын қосып есептеу жүйесін енгізу арқылы, біліктілік емтихандарын өткізуге жаңа біліктілікке қойылатын талаптардың енгізілуі көрініс тапқан. Теориялық дайындықты сараланған түрде бағалау үшін тест сұрақтарын біліктіліктің: екінші, бірінші, жоғары және санатсыз санаттары шегінде әзірлеу жүргізілуде.

Title: Improvement of the assignment system for qualification categories of specialists with medical education

Authors: Zhambayeva A.S., Terekulova A.K., Ismagulova S.K., Tazhibayeva G.N., Certification, accreditation and licensing management department, Committee for monitoring the medical and pharmaceutical activity, Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, Astana c.

Abstract: The article shows how to create a unified approach to the definition of professional competence of health professionals, enabling conditions for the system of training and the use of a unified database of test issues. It also reflects the introduction of new qualifications in the conduct of qualifying examinations, through the introduction of the funded system of credit units – the total account of the participation of the applicant in the events of continuous professional development. For the differential evaluation of the theoretical training they conduct development of test questions in the context of qualification categories: second, first, supreme and no category.

В рамках совершенствования механизмов управления качеством Государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы были определены приоритетные стратегические направления и механизмы их реализации.

В целях реализации и совершенствования государственной политики по проведению квалификационных экзаменов на присвоение квалификационных категорий в области здравоохранения в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 ноября 2009 года № 661 «Об утверждении Правил проведения квалификационных экзаменов в области здравоохранения» (далее – Правила) внесены изменения и дополнения (приказ МЗ РК от 5 июля 2012 года № 457), которые исключают формальный

подход, при этом усиливают требования к уровню повышения квалификации, путем внедрения накопительной системы зачетных единиц – системы суммарного учета участия претендента в мероприятиях непрерывного профессионального развития.

Объем участия при присвоении квалификационных категорий претендента в мероприятиях, способствующих его непрерывному профессиональному развитию, измеряется в ЗЕ (основных и дополнительных) по системе пересчета зачетных единиц (ЗЕ) при присвоении квалификационных категорий.

Основной задачей присвоения квалификационной категории является определение уровня профессиональной подготовки врачей, выявление наиболее высококвалифицированных и способных специалистов и возможность дополнитель-

ного материального стимулирования.

Квалификационные требования, предъявляемые претендентам с высшим и средним медицинским образованием при присвоении категорий, учитывают стаж работы, процент правильных ответов при тестировании, участие претендента в мероприятиях, способствующих его непрерывному профессиональному развитию (далее – ННР).

Так, в квалификационных требованиях новых Правил пересмотрен (в сторону уменьшения) пороговый уровень и претендент к следующему этапу квалификационного экзамена допускается, в случае, если результаты тестирования составляют не менее установленного порогового уровня: на высшую категорию не менее 80%, на первую категорию не менее 70%, на вторую категорию не менее 60%. Тогда как раньше по отдельным специальностям на первую категорию пороговый уровень составлял 80% и на высшую категорию 90% (офтальмология, оториноларингология, кардиохирургия и др.).

Оказание качественной медицинской помощи на современном этапе невозможно без постоянного обучения и профессионального развития медицинских работников.

Так, если ранее из профессионального развития специалистов при присвоении квалификационных категорий учитывались только повышение квалификации и количество публикаций в печатных изданиях, то сейчас претенденту в соответствии с приложением №5 Правил учитываются мероприятия ННР (основные и дополнительные ЗЕ) по 17 пунктам специалистам с высшим медицинским образованием и по 14 пунктам специалистам со средним медицинским образованием (повышение квалификации, научно-информационный обмен, научные публикации, участие в работе съезда, конгресса, конференции, получение патента на изобретение, получение свидетельства об интеллектуальной собственности, участие в мастер-классе, завоевание номинаций (1, 2, 3 место) в профессиональных конкурсах на звание лучшего по специальности и другое). Следовательно, у специалиста появилась возможность участвовать в мероприятиях, способствующих его ННР наиболее интересных и приемлемых для него.

Также, в Правилах уменьшено количество теоретических часов (повышения квалификации), необходимых для допуска к

квалификационному экзамену по отдельным специальностям на вторую с 216 до 108 часов, высшую категорию с 288 до 216 часов (ангиохирургия, трансплантология, нейрохирургия).

Кроме того, в целях географического приближения процедуры квалификационных экзаменов к претендентам и экономии денежных средств медицинских работников при прохождении квалификационных экзаменов, этап собеседование передан и проводится территориальными департаментами Комитета контролю медицинской и фармацевтической деятельностью Министерства здравоохранения Республики Казахстан (далее – Комитет) по месту основной работы и проживания претендента. Департаментами Комитета формируются специализированные комиссии, в разрезе профилей утвержденных приказом Комитета (№ 67 от 18.01.2013 года).

Увеличено количество приема документов с 4 до 5 раз в год и приказом Комитета утвержден график проведения тестирования и собеседования (№ 60 от 16.01.2013 года), и с целью сокращения кратности посещения претендентом уполномоченного органа и сроков получения сертификата специалиста, собеседование проводится в день прохождения тестирования.

В целях усовершенствования процедуры квалификационного экзамена и дифференцированной оценки теоретической подготовки Комитетом разработаны тестовые вопросы по всем специальностям в соответствии с Номенклатурой специальности для специалистов со средним медицинским образованием (приказ МЗ РК от 24 ноября 2009 года № 774) в разрезе квалификационных категорий: вторая, первая, высшая, а также блока вопросов без присвоения квалификационной категории.

Начата работа по разработке тестовых вопросов по специальностям в разрезе квалификационных категорий специалистам с высшим медицинским образованием.

Тестовые вопросы для специалистов с медицинским образованием на государственном и русском языках размещены на сайте www.mz.gov.kz, www.medinfo.kz.

В настоящее время утверждаются нормативные правовые акты по проведению государственных услуг по выдаче сертификата специалиста, как с присвоением квалификационной категории, так и без присвоения в электронном формате (таблица 1, 2).

Таблица 1 – Количество выданных сертификатов с присвоением категорий за 2010-2012 г.

№	Наименование региона	Данные по специалистам с высшим медицинским образованием			Данные по специалистам со средним медицинским образованием		
		2010	2011	2012	2010	2011	2012
1	Акмолинская область	200	250	159	618	1054	510
2	Актюбинская область	373	374	540	346	410	394
3	Алматинская область	237	387	359	1144	1200	1327
4	Атырауская область	35	74	191	385	246	656
5	Восточно-Казахстанская область	577	987	640	1220	2426	1922
6	Жамбылская область	302	372	300	1192	1534	988
7	Зап-Казахстанская область	212	97	178	812	679	866
8	Карагандинская область	717	684	911	1744	1765	2291
9	Костанайская область	169	240	131	738	1125	935
10	Кызылординская область	95	349	211	1340	1348	858
11	Мангистауская область	94	89	51	834	457	304
12	Павлодарская область	310	393	413	904	1203	818
13	Северо-Казахстанская область	178	198	154	751	749	661
14	Южно-Казахстанская область	971	827	1049	3245	2685	3035
15	город Астана	534	752	575	723	1087	1039
16	город Алматы	939	979	628	1836	1231	1223
	ИТОГО	5943	7052	6490	17832	19199	17827

Таблица 2 – Количество выданных сертификатов без присвоения категории за 2010-2012 г.

№	Наименование региона	Данные по специалистам с высшим медицинским образованием			Данные по специалистам со средним медицинским образованием		
		2010	2011	2012	2010	2011	2012
1	Акмолинская область	206	577	332	586	2213	1336
2	Актюбинская область	435	644	1182	1038	1275	2470
3	Алматинская область	392	567	596	2441	1932	4013
4	Атырауская область	151	216	635	416	536	684
5	Восточно-Казахстанская область	720	1043	1125	1087	2168	2690
6	Жамбылская область	315	327	534	1187	1928	2655
7	Зап-Казахстанская область	189	51	633	646	125	1629
8	Карагандинская область	663	1766	1772	1763	1766	4584
9	Костанайская область	217	327	132	587	788	402
10	Кызылординская область	28	71	444	1442	794	2007
11	Мангистауская область	151	495	500	798	1127	1436
12	Павлодарская область	379	675	886	764	1161	1745
13	Северо-Казахстанская область	148	330	312	618	1474	1130
14	Южно-Казахстанская область	1393	1966	1923	3239	1549	4758
15	город Астана	838	1078	1552	1247	1198	1965
16	город Алматы	2520	3843	4827	1769	2487	3433
	ИТОГО	8745	13976	17385	19628	22521	36937

Источники:

1. Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения».
2. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.
3. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 ноября 2009 года № 661 «Об утверждении Правил проведения квалификационных экзаменов в области здравоохранения» (с изменениями от 05.07.2012 г.).
4. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 ноября 2009 года № 774 «Об утверждении номенклатуры медицинских и фармацевтических специальностей».

Масимов А.Б.

Центр аккредитации РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»
Министерства здравоохранения Республики Казахстан, г. Астана

ПРОЦЕДУРА АККРЕДИТАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ КАК ОБЪЕКТ ИНФОРМАТИЗАЦИИ

Аталуы: Медициналық ұйымдарды ақпараттандыру нысаны ретінде аккредиттеу процедурасы

Авторлары: Мәсімов А.Б., Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК Аккредиттеу орталығы, Астана қ.

Түйіндемесі: Мақалада аккредиттелген медициналық ұйымдардың регистрін – аккредиттеу процедурасына қатысқан медициналық ұйымдар туралы ақпаратты қамтитын мәліметтер базасын жүргізетін, Медициналық қызметтің сапасын басқару жүйесімен (МКСБЖ) жүзеге асырылатын медициналық ұйымдарды аккредиттеу процедурасының ақпараттық басқаруы көрсетілген. МКСБЖ-де жүргізілген мәліметтерге сүйене отырып есеп нысандары қалыптастырылады.

Title: Procedure for accreditation of Health organizations as the object of informatization

Author: Masimov A.B., Center for Accreditation Republican state enterprise on the right of economic management "Republican center for health development" Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, Astana c.

Abstract: The article reflects informational management of accreditation procedures for health care organizations performed by a system of quality management of medical services (HSQMS) which maintains a register of accredited medical organizations - a database containing information on health care organizations, involved in the accreditation process. Based on the data of reference HSQMS, report forms are generated.

Национальная аккредитация медицинских организаций в Республике Казахстан проводится с 2009 года при поддержке Проекта Всемирного банка «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан». С началом мероприятий, в целях обеспечения автоматизации процесса аккредитации медицинских организаций, специалистами Центра аккредитации была разработана информационная система «Аккредитация медицинских организаций» (далее – ИС АМО), которая позволяла осуществлять сбор данных об итогах внешней оценки медицинских организаций на соответствие стандартам аккредитации из регионов.

До начала внешней оценки на соответствие стандартам аккредитации в медицинские организации рассылался установочный файл ИС АМО, который устанавливался в компьютере ответственного лица – сотрудника организации. В установочный файл сотрудник вводил информацию об организации, так называемые «паспортные данные медицинской организации» и результаты самооценки медицинской организации на соответствие стандартам аккредитации.

Во время проведения внешней комплексной оценки эксперты вводили в ИС АМО результаты внешней оценки, формировали экспортный файл, который затем на USB-носителе или электронной почтой передавался в Центр аккредитации.

Полученные экспортные файлы подвергались экспертизе в части правильности и достоверности, введенных в ИС АМО данных, затем программа осуществляла расчет интегрального коэффициента соответствия медицинской организации стандартам аккредитации. По завершению расчетов специалисты Центра аккредитации формировали пакет документов по каждой медицинской организации, прошедшей внешнюю оценку, к заседанию аккредитационной комиссии министерства здравоохранения.

Таким образом, с помощью ИС АМО автоматизировалось два этапа процедуры аккредитации: самооценка медицинской организации и внешняя комплексная оценка медицинской организации на соответствие стандартам аккредитации.

В настоящее время, информационное управление процедуры аккредитации медицинских организаций осуществляется Системой управления качеством медицинс-

ких услуг (далее – СУКМУ), которая является одним из программных комплексов Единой информационной системы здравоохранения Республики Казахстан (далее – ЕИСЗ РК).

Главное назначение СУКМУ – формирование единого информационного пространства, позволяющего обеспечить эффективную деятельность Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности и Комитета оплаты медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан по реализации государственной политики в области контроля за качеством и полнотой оказываемых медицинских услуг на основе применения современных информационных технологий.

Все этапы аккредитации реализованы в трех модулях СУКМУ: «Аккредитация», «Самооценка», «Внешняя оценка». Для работы с модулями, автоматизирующими процедуру аккредитации, требуется интернет-браузер (рекомендуется Internet Explorer),

Silverlight, подключение к интернет-ресурсам. Пользователи работают с модулями посредством web-портала, для входа в который требуется авторизация пользователя.

С помощью этих модулей реализуются следующие этапы аккредитации:

- формирование пакета документов;
- проведение самооценки медицинской организации;
- регистрация заявления и документов на прохождение аккредитации;
- рассмотрение заявки медицинской организации;
- проведение внешней оценки аккредитуемых медицинских организаций;
- регистрация заседаний аккредитационных комиссий;
- оформление и печать свидетельства об аккредитации;
- ведение регистра аккредитованных субъектов.

Схематично этапы процедуры аккредитации показаны на рисунке 1.

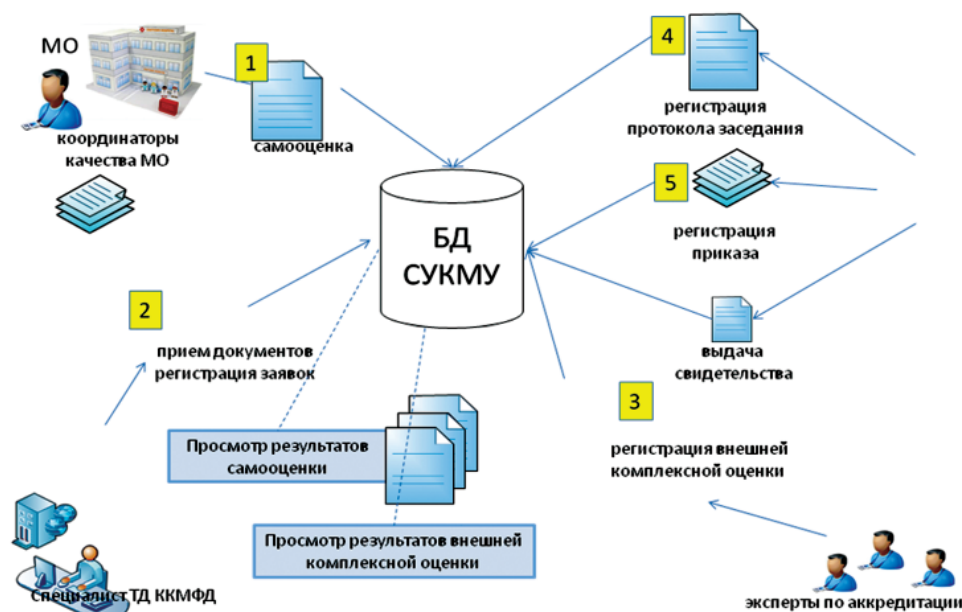


Рисунок 1 – Этапы процедуры аккредитации

Пользователями модулей по аккредитации являются:

- специалисты отделов аттестации, аккредитации и лицензирования территориальных департаментов ККМФД МЗ РК;
- сотрудники Центра аккредитации РГП «Республиканский центр развития здравоохранения»;
- координаторы качества медицинских организаций (специалисты службы внутреннего аудита);
- эксперты по аккредитации;
- секретарь аккредитационной комис-

сии.

Медицинские организации для прохождения аккредитации представляют в аккредитирующий орган пакет документов, который регламентируется Постановлением Правительства Республики Казахстан от 12 октября 2009 года № 1559 «Об утверждении Правил аккредитации в области здравоохранения». Формирование списка документов, предоставляемых аккредитуемой медицинской организацией, осуществляется сотрудниками Центра аккредитации с помощью функционала

«Формирование пакета документов». Данная функция имеет технический характер и может быть использована для изменения перечня документов при необходимости.

Медицинская организация, принявшая решение пройти аккредитацию, самостоятельно или с привлечением независимых медицинских экспертов проводит самооценку на соответствие стандартам аккредитации, при этом заполняется оценочная таблица. Регистрация результатов самооценки осуществляется в модуль «Самооценка» до подачи заявки на прохождение аккредитации. Пользователями данного функционала являются координаторы качества медицинских организаций. Результаты самооценки доступны специалистам территориальных департаментов ККМФД МЗ РК и экспертам по аккредитации.

Заявление и пакет документов направляются в аккредитующий орган, где осуществляется регистрация в СУКМУ заявления и документов на прохождение аккредитации. Пользователями данного функционала являются специалисты отделов аккредитации, аттестации и лицензирования территориальных департаментов ККМФД МЗ РК.

В территориальном департаменте ККМФД проводится проверка полноты представленных документов на соответствие предъявляемым требованиям и регистрация результатов проверки в СУКМУ. Пользователями данного функционала являются специалисты отделов аккредитации, аттестации и лицензирования территориальных департаментов ККМФД МЗ РК.

Внешняя оценка на соответствие медицинских организаций стандартам аккредитации проводится экспертами по аккредитации. Регистрация результатов внешней оценки производится в модуле «внешняя оценка» после того, как заявление на прохождение аккредитации рассмотрено и принято территориальным департаментом ККМФД МЗ РК.

Расчет итоговых баллов по стандартам, разделам и по медицинской организации в целом осуществляется самим программным комплексом автоматически. Пользователями данного функционала

являются эксперты по аккредитации.

Решение об аккредитации принимается на заседаниях аккредитационной комиссии. Регистрацию заседаний аккредитационной комиссии осуществляет секретарь аккредитационной комиссии через соответствующий функционал СУКМУ. Программный комплекс позволяет зарегистрировать присутствовавших на заседании членов аккредитационной комиссии, результаты голосования членов аккредитационной комиссии, решение аккредитационной комиссии об аккредитации медицинской организации или отказе в аккредитации. Кроме того, регистрируется приказ ККМФД об аккредитации медицинских организаций.

Выдача свидетельства об аккредитации осуществляется аккредитующим органом. Данная функция в СУКМУ включает процесс печати текста свидетельства об аккредитации и регистрации выдачи свидетельства об аккредитации аккредитованной медицинской организации.

В СУКМУ ведется регистр аккредитованных медицинских организаций – база данных, содержащая информацию о медицинских организациях, участвовавших в процедуре аккредитации. На основании данных, введенных в СУКМУ, формируются отчетные формы.

Таким образом, автоматизация процедуры аккредитации позволила свести к минимуму количество документов на бумажных носителях и в режиме реального времени просматривать результаты оценочных листов. Доступ к информации в СУКМУ имеют все заинтересованные в процедуре аккредитации лица, имеющие логин и пароль.

Кроме того, на основании данных введенных в СУКМУ у специалистов отделов аттестации, аккредитации и лицензирования территориальных департаментов ККМФД МЗ РК появилась возможность анализировать обоснованность оценок, выставленных экспертами при внешней оценке, анализировать сильные и слабые стороны медицинских организаций в разрезе регионов и представлять их в органы управления здравоохранением для принятия управленческих решений.

Шаймерденова А.А.

Ведущий специалист Центра аккредитации РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»
Министерства здравоохранения Республики Казахстан, г. Астана

НАЦИОНАЛЬНЫЕ СТАНДАРТЫ АККРЕДИТАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ КАК ОСНОВА НЕПРЕРЫВНОГО УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Аталуы: Медицина ұйымының ұлттық аккредитация стандарттары медициналық көмек сапасын үздіксіз жақсарту негізі ретінде

Авторлары: Шаймерденова А.А., Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК Аккредиттеу орталығының жетекші маманы, Астана қ.

Түйіндеме: Бүгінде Қазақстан Республикасының Ұлттық аккредиттеу жүйесі жаңару үдерісін бастан өткеруде. Медициналық ұйымдарды аккредиттеудің ұлттық стандарттары халықаралық талаптарға сәйкес жаңартылды, сынақтан өткізілді, қан қызметі саласындағы жұмысты жүзеге асыратын денсаулық сақтау ұйымдарын аккредиттеудің жаңа стандарттары әзірленді.

2012 жылдан бастап денсаулық сақтау саласындағы аккредиттеу мәселелері бойынша 1000-нан аса маман даярланды.

Title: National standards of accreditation of medical institutions as a basis for continuous improvement of medical care quality

Author: Shaimerdenova A.A., Senior Specialist of Accreditation Center. RSE on the REM "Republican Center for Health Development" Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, Astana c.

Abstract: The National Accreditation System of the Republic of Kazakhstan today is in the undergoing process of renewal. National standards for accreditation of medical institutions have been updated in accordance with international standards, tested, developed new standards for the accreditation of health care organizations operating in the field of blood transfusion services.

Since 2012, over 1,000 professionals on accreditation in the field of health care have been trained.

Система здравоохранения Республики Казахстан в настоящее время претерпевает ряд положительных реформ. В результате проводимых реформ растет потребность в совершенствовании национальной системы аккредитации.

Аккредитация получила признание как инструмент эффективного повышения качества медицинского обслуживания пациентов и подразумевает обязательство медицинской организации улучшать, а в итоге гарантировать безопасность и качество медицинского обслуживания пациентов, осуществлять непрерывную деятельность по снижению рисков для пациентов и персонала. Успешное прохождение медицинскими организациями аккредитации – это гарантия того, что оказание медицинской помощи в этих организациях соответствует современным требованиям безопасности и качества, а ее средства расходуются эффективно, т.е. аккредитация является официальной формой доверия медицинской организации, как поставщику качественной медицинской помощи.

Впервые аккредитация медицинских организаций в Республике Казахстан была начата в 2009 году. За сравнительно короткий период времени система аккредитации Республики Казахстан претерпела большие перемены: национальные стандарты аккредитации медицинских организаций были обновлены в соответствии с международными требованиями, протестированы, разработаны новые стандарты аккредитации организаций здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере службы крови.

Одним из ключевых позиций Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы является формирование кадрового потенциала.

В связи с этим, начиная с 2012 года подготовлено более 1000 специалистов по вопросам аккредитации в области здравоохранения. Обучение проводилось сертифицированными специалистами (тренерами), согласно рабочих учебных

программ, учебно-методических комплексов, разработанных специалистами Центра аккредитации на основе рекомендаций консультантов консалтинговой компании CSIH, работающей в рамках партнерского взаимодействия по подкомпоненту В1 Проекта Всемирного банка «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан». Методы обучения были основаны на концепциях обучения взрослых людей, методах совместного обучения. Специалистами Центра аккредитации также была разработана анкета, которая включала вопросы по важности и восприятию лекционного материала, темам дополнительного обучения, процессу внедрения обновленных стандартов аккредитации. Для получения обратной связи от слушателей данная анкета была применена при проведении обучения специалистов здравоохранения в области аккредитации в 2012 и 2013 гг.

По первому вопросу анкеты «Насколько важным было данное обучение лично для Вас?» были получены следующие данные:

Насколько важным было данное обучение для Вас?

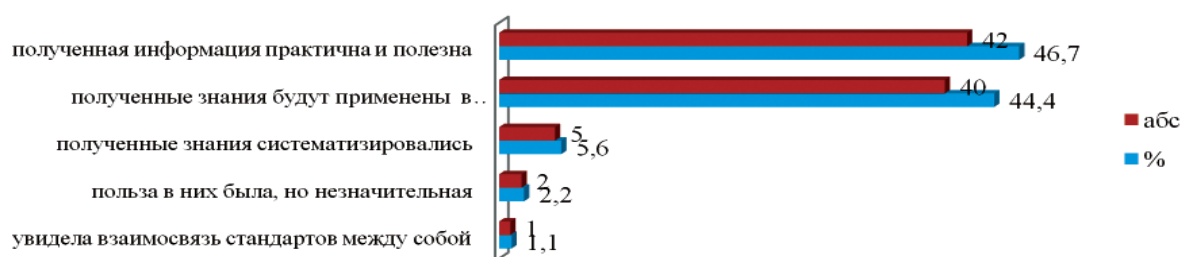


Рисунок 1 – Результат обучения за 2013 год

Насколько важным было данное обучение для Вас?

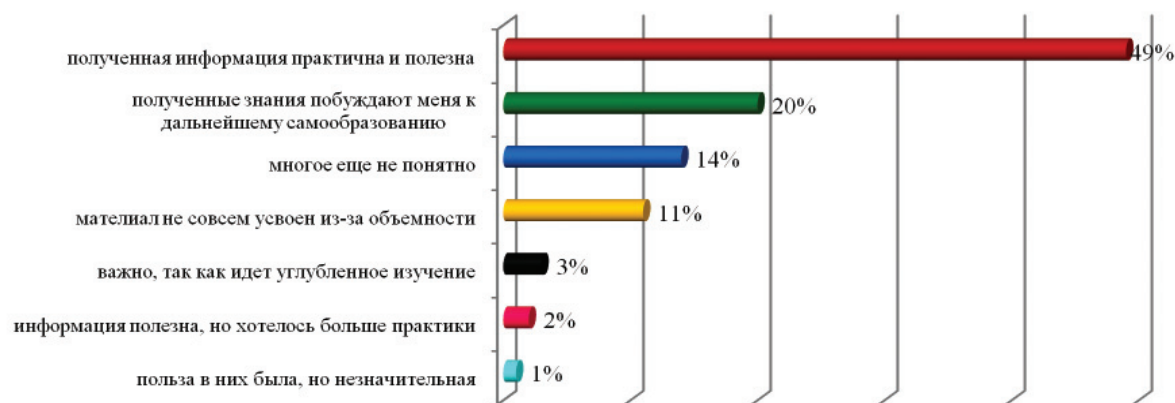


Рисунок 2 – Результат обучения за 2012 год

Большинством слушателей отмечается, что полученная информация в процессе обучения по обновленным стандартам аккредитации практична и полезна (в 2012 году – 49%, 2013 году – 42%). Если слушателями в 2012 году отмечалось, что материал не совсем усвоен из-за объема (11%), многое еще не понятно (14%), полученные знания побуждают меня к дальнейшему

самообразованию (20%), то в 2013 году слушатели в 40 % случаев отмечают, что полученные знания будут применены в работе, полученные знания систематизировались, увидели взаимосвязь стандартов между собой.

По следующему вопросу анкеты: «По каким темам Вы хотели бы пройти дополнительное обучение?» аналитические данные представлены ниже.

Обучение методике по проведению внешней комплексной оценки, самооценки, изучение отдельных критериев стандартов аккредитации являются основными темами

для дополнительного обучения, что было отмечено слушателями как в 2012 году, так и в 2013 году (рисунки 3, 4).

По каким темам Вы бы хотели пройти дополнительное обучение?

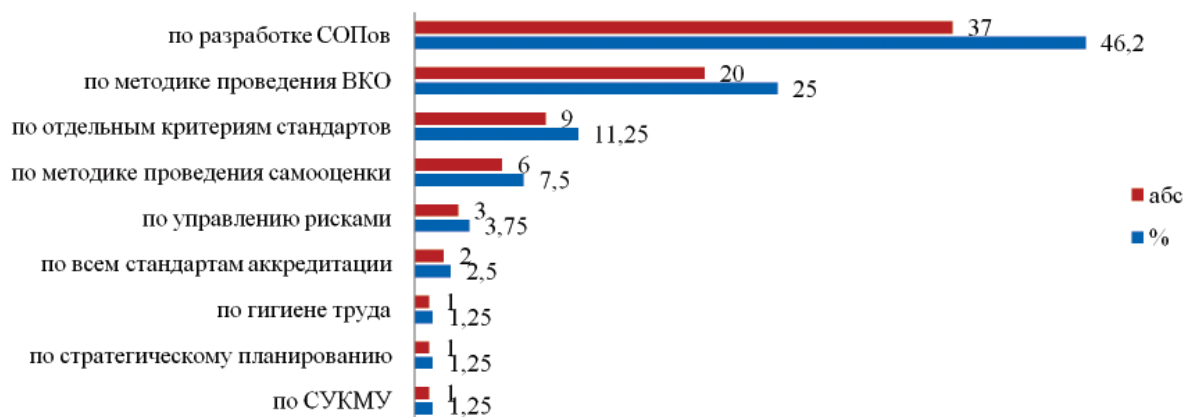


Рисунок 3 – Оценка отдельных критериев стандартов аккредитации, 2013

По каким темам Вы бы хотели пройти дополнительное обучение?

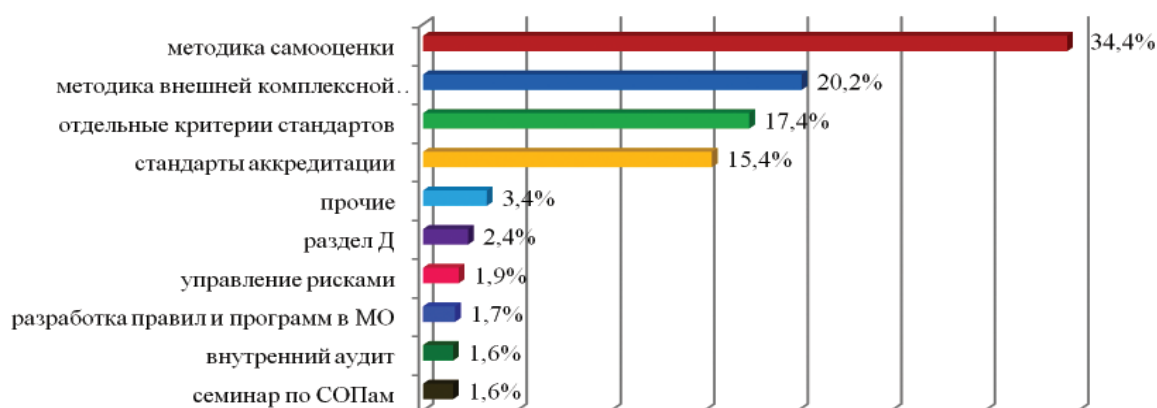


Рисунок 4 – Оценка отдельных критериев стандартов аккредитации, 2012



Рисунок 5 – Внедрение обновленных стандартов аккредитации за 2013 год

В 46,25% случаев слушатели, проходившие обучение в 2013 году, отметили необходимость в прохождении дополнительного обучения по разработке стандартных операционных процедур.

По следующему вопросу анкеты слушателями как в 2012, так и в 2013 году выделены почти одинаковые замечания, которые и в процентном отношении отличаются незначительно (рисунки 5, 6).

Внедрение обновленных стандартов аккредитации:

- является ценным инструментом, способствующим внесению улучшений – 41% и 33% (в 2013 году и 2012 год соответственно);
- позволит эффективно управлять ресурсами – 21% и 16%;
- способствует сотрудничеству и работе в команде – 22% и 12%;
- приводит к дополнительной работе с бумагами – 10% и 18%.

Обучение специалистов по вопросам аккредитации в области здравоохранения

были основаны на методах обучения взрослых людей и методах совместного обучения, включали упражнения для самостоятельной работы, интерактивные лекции, ролевые игры, решение ситуационных задач, групповые и индивидуальные упражнения. В основу ситуационных задач, при проведении обучения в 2013 году, легли данные из базы программы СУКМУ (система управления качеством медицинских услуг), которая была сформирована при проведении внешней комплексной оценки по обновленным стандартам аккредитации в 2012 году. Решение данных задач дало возможность слушателям выявить ошибки, которые были допущены инспекторами в процессе проведения аккредитации и провести их анализ.

Аналитические показатели по следующему вопросу анкеты: «Что Вам особенно понравилось в данном обучении?» представлены ниже (рисунки 7, 8).

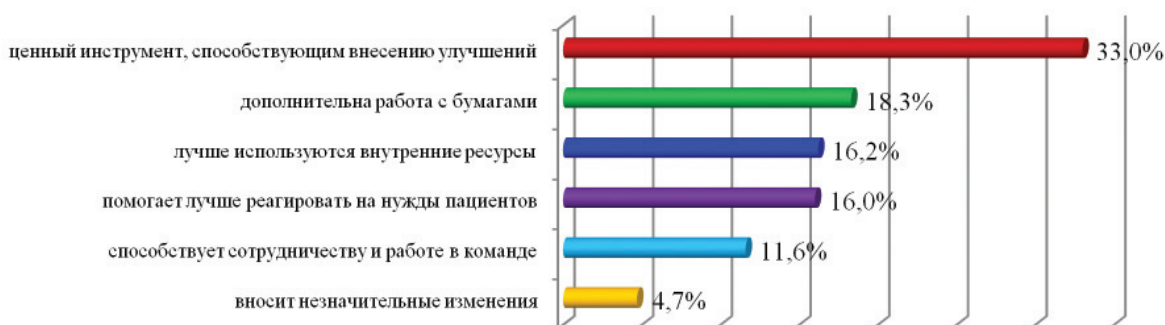


Рисунок 6 – Внедрение обновленных стандартов аккредитации за 2012 год



Рисунок 7 – Оценка организационных моментов обучения за 2013 год

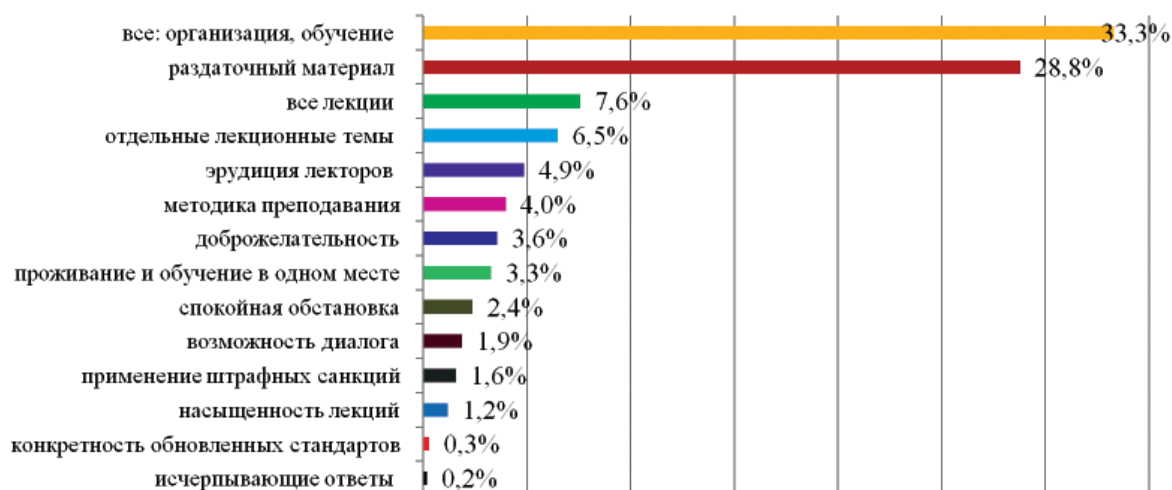


Рисунок 8 – Оценка организационных моментов обучения за 2012 год

В 2012 году слушатели высоко оценили организационные моменты проведения обучения и процесс обучения в целом, что составило – 33,3%, удобность раздаточного материала в использовании при проведении обучения отмечалось в 28,8% случаев.

В 2013 году 30% слушателям, прошедшим обучение, понравилось представленная доказательная база по критериям обновленных стандартов аккредитации. 21% слушателей отметили, что больше всего им понравились ситуационные задачи, которые включали результаты внешней комплексной оценки 2012 года.

В качестве раздаточного материала всем слушателям были представлены комментарии к обновленным стандартам аккредитации для правильного их интерпретирования. 19% слушателей отметили, что данные комментарии практичны и удобны в применении, также приведенные практические примеры дали возможность подробно изучить каждый критерий стандарта.

Программа обучения специалистов здравоохранения в области аккредитации включала интерактивные лекции, упражнения для самостоятельной работы, ролевые игры, решение ситуационных задач. 17% слушателей отразили в анкетах, что данная программа была насыщенной и интересной.

Таким образом, на основании представленных выше аналитических данных можно сделать вывод о том, что процесс внедрения обновленных стандартов аккредитации идет планомерно. В процессе проведения обучения специалистов здравоохранения по вопросам аккредитации отмечается выраженная тенденция от правильного интерпретирования критериев стандартов аккредитации к систематизации знаний и практическому их применению, что является очень важным моментом для успешного внедрения обновленных и новых стандартов аккредитации медицинских организаций.

Садыков Б.Н.

Главный врач ГКП на ПХВ «Городская клиническая больница №5»
Управление здравоохранением г. Алматы

Большанова М.У.

Заместитель главного врача по внутреннему аудиту, ГКП на ПХВ «Городская клиническая больница №5» Управление здравоохранением г. Алматы

Захарова Н.О.

Врач-эксперт, ГКП на ПХВ «Городская клиническая больница №5»
Управление здравоохранением г. Алматы

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СЛУЖБЫ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА ГКП НА ПХВ «ГКБ №5» УЗ Г.АЛМАТЫ ПРИ КОНТРОЛЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, СТАЦИОНАРА

Аталуы: Алматы қ. ШЖҚ МКК «№5 ҚКА» ішкі аудит қызметін, жалпы қызметті, стационарды бақылауымен, жетілдіру жолдары

Авторлары: Садыков Б.Н., бас дәрігер ШЖҚ МКК «№5 ҚҚК»; Большанова М.У., бас дәрігердің ішкі аудит жөніндегі орынбасары, ШЖҚ МКК «№5 ҚҚК»; Захарова Н.О., сарапшы-дәрігер Алматы қ. Денсаулық сақтау басқармасының ШЖҚ МКК «№5 ҚҚК».

Түйіндеме: Ішкі аудит дегеніміз тек емдеу-диагностикалық іс-шаралардың сапасы ғана емес, оған клиниканың барлық ұйымдастырушылық іс-шаралары кіреді. Ішкі аудит формаларын, емдеу үдерісін науқастың стационарға келіп түсуінен бастап шыққанға дейін бақылау арқылы, жетілдіру. Ішкі аудиттің негізгі функциясы пациентті емдеу жолында кемшіліктерді талдау және жоюы болып табылады.

Title: The way of the internal audit department development in State-owned Enterprise “State Hospital №5” Almaty Health Department, under control of the hospital activity

Author: Sadykov BN, Chief Medical Officer, State-owned Enterprise “State Hospital №5” Almaty Health Department; Bolshanova MU, Deputy Chief of Internal Audit, State-owned Enterprise “State Hospital №5” Almaty Health Department; Zakharova NO, expert-doctor, State-owned Enterprise “State Hospital №5” Almaty Health Department.

Abstract: Internal audit is not only quality of therapeutic and diagnostic measures but it also includes all organizational activity of the hospital. Improvement of internal audit by monitoring the healing process, starting from the moment of patient’s appeal to the hospital until the patient is discharged. The main function of internal audit is an analysis and elimination of defects in the treatment and completing of medical records.

ГКП на ПХВ «Городская клиническая больница №5» Управление здравоохранением г. Алматы (далее – ГКБ №5) одна из первых клиник, которая начала развивать службу внутреннего аудита.

Служба внутреннего аудита осуществляет контроль не только за качеством проводимых лечебных мероприятий, но и различных организационных вопросов, регламентирующих деятельность клиники.

Если первоначально оценивались только лечебные мероприятия, проводимые больному в стационаре, и это было критерием качества оказания медицинской помощи, то со временем возникла необходимость расширить полномочия экспертов внутреннего аудита, так как качество оказываемой помощи зависит от многих факторов: кадрового потенциала, обеспеченности клиники современным

оборудованием и инструментарием, лекарственными препаратами и средствами медицинского назначения (рисунок 1).

Работа службы внутреннего аудита регламентирована нормативно-правовыми документами Республики Казахстан, в которых изложены основные положения и правила оценки качества оказания медицинской помощи:

- Приказ МЗ РК №152 от 24.03.2011 год «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг».

- Постановление Правительства РК №1577 «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг» от 22.12.2011 год.

- Методические рекомендации по организации Службы внутреннего контроля (аудита) медицинских организаций,

утвержденные приказом МЗ РК №923 от 27.12.2011 год.

Это дает возможность значительно повысить уровень оказания медицинской

помощи. Наряду с этим затраты на лечение больного могут быть снижены. При экспертной оценке нами стало учитываться использование всех доступных средств



Рисунок 1 – Операция с использованием эндовидеоаппаратуры

в комплексном лечении пациентов. С постоянным совершенствованием системы внутреннего аудита расширено штатное расписание, введена в штат должность заместителя главного врача по внутреннему аудиту, что дало возможность сделать работу службы независимой от заместителей по лечебной работе.

Как любой документ он был адаптирован для работы в условиях нашей клиники.

В первую очередь состав службы внутреннего аудита был укомплектован, согласно штатному расписанию, профильными специалистами. Для эффективной работы внедрена организационная структура управления качеством медицинской помощи, где определена степень ответственности за качество лечения каждого медицинского работника (рисунок 2).

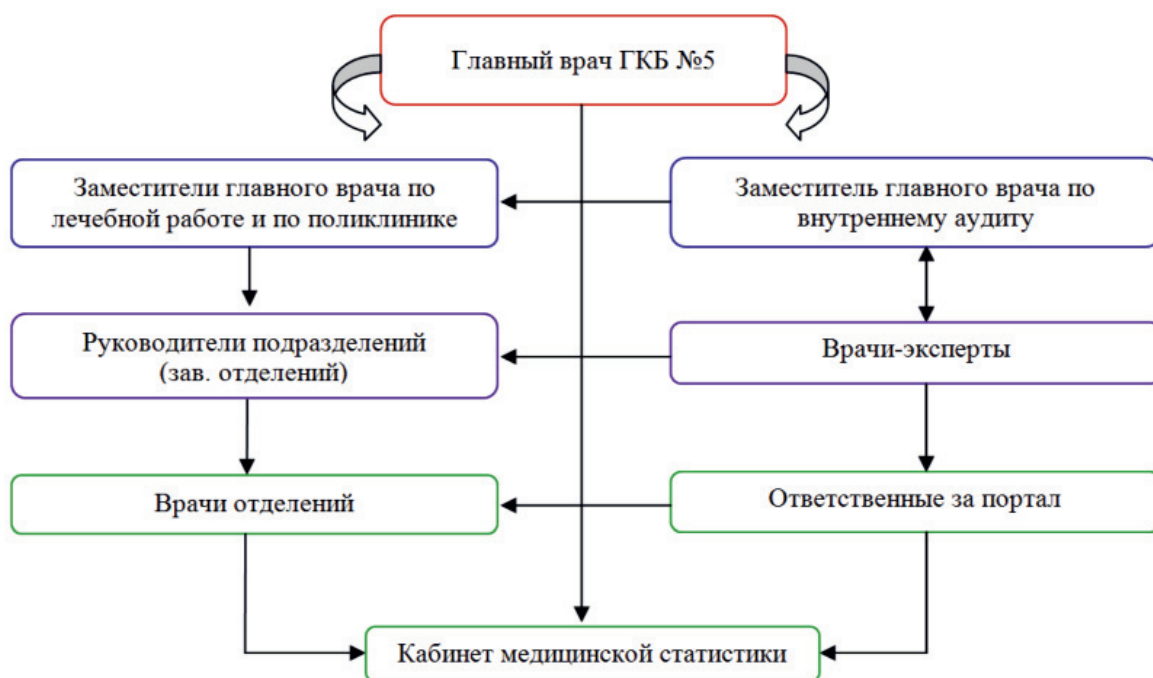


Рисунок 2 – Организационная структура управления качеством медицинской помощи ГКБ №5

Экспертиза объема и качества медицинских услуг на основании медицинской документации нами была существенно изменена. Анализируя работу внутреннего аудита прошедшие 2 года, мы сочли недостаточным объем экспертиз 10% и с 2013 года по стационару экспертируется 20% от числа выписанных больных, т.е. каждый 5 пролеченный случай. Отбор историй для экспертизы проводится методом случайной выборки и по конкретным случаям:

- пролеченные по ВСМП;
- находящихся в клинике менее 3-х суток;
- случаи неудовлетворенности пациента оказанием медицинской помощи (по предъявлению устной или письменной претензии);
- осложненные случаи, требовавшие углубленного обследования в условиях реанимационного отделения;
- истории болезни врачей-ординаторов в равном количестве по отделениям.

В ГКБ №5 введен многоуровневый внутренний аудит качества лечения:

1. Самооценка лечащего врача.
2. Контроль заведующего отделением 100% за качеством оказания медицинской помощи и 50% экспертной оценки по индикаторам качества. Замечания заведующих отделений выносятся на утреннюю планерку, и тем самым предлагаются пути устранения дефектов в работе, при повторных нарушениях ставится в известность заместитель главного врача по аудиту, и все истории болезни врачей, получивших замечание, передаются для экспертизы качества внутренним аудитом.

3. Заместитель главного врача по лечебной работе – непосредственный участник контроля качества оказываемой помощи на всех уровнях, начиная с приемного отделения.

4. Служба внутреннего аудита проводит детальный разбор случаев, отобранных для экспертизы с оформлением акта экспертной оценки качества оказываемой помощи. В акте оценивается проводимое лечение и соответствие применяемых лекарственных препаратов стандартам диагностики и лечения, проведение хирургического вмешательства при лечении больного на объем, качество и использования эндовидеоскопической аппаратуры, оформление учетно-отчетной медицинской документации. В акте указываются все выявленные дефекты, по которым проводится обсуждение, разрабатываются методы устранения дефектов, а при

необходимости определяется степень административного взыскания на уровне среднего медперсонала, лечащего врача или заведующего отделением. Данные рекомендации доводятся до сведения первого руководителя с целью окончательного принятия решения.

Для внутренней экспертизы привлекаются сотрудники базирующихся кафедр, которые также являются участниками лечебного процесса и несут ответственность за качество оказываемой помощи.

За 2012 год экспертами внутреннего аудита проведена экспертная оценка по 1053 пролеченным случаям, из них рецензировано 135 историй болезни сотрудниками базирующихся кафедр, по экспертируемыми историям проведено 3 научно-практических конференций с подробным разбором тактики лечения, объема оперативного вмешательства, результатов лечения.

Такой подход к экспертизе дает возможность проводить качественный анализ не только по тактике лечения, но и отслеживать квалификацию врачей, отбирать интересные случаи для обсуждения на научно-практических конференциях, а случаи ВСМП наблюдать в динамике с целью впоследствии оценки в проведение реабилитационных мероприятий в сурдолофонатрическом центре клиники. Аналитический обзор всех случаев реабилитации после кохлеоимплантации экспертами внутреннего аудита совместно с врачами сурдолофонатрического центра дал возможность подать заявку и выиграть тендер на восстановление слухоречевых функций прооперированных больных за счет средств местного бюджета на 400 случаев в 2013 году.

В должностные обязанности экспертов с 2013 году введена обязательная проверка и подтверждение выписных эпикризов в системе «Электронного регистра стационарных больных» по профильным отделениям. Это дало возможность предварительной экспертной оценки не только качества лечения, но и заполнения учетно-отчетной документацией, в результате чего значительно снизилось штрафные санкции Комитета оплаты медицинских услуг.

Проводится экспертиза объема и качества медицинских услуг на основании расчета индикаторов, разработанных в соответствии со стандартами диагностики и лечения МЗ РК, изложенные в приказе №1577 «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и

внешней экспертиз качества медицинских услуг» от 22.12.2011 года [1].

Данная экспертиза дает возможность сделать статистический и клинический анализ по пролеченным больным, выявленные недочеты систематизируются и доводятся до сведения администрации с рекомендациями для устранения или предупреждения негативных факторов. Данные индикаторы рассматриваются отдельно по каждому отделению и заведующие подразделениями имеют возможность найти пути решения для улучшения показателей деятельности отделения. Основные индикаторы для нашей хирургической клиники – это хирургическая активность при лечении плановых и экстренных больных, эффективность и качество оказываемой хирургической помощи, наличие летальных случаев, неудовлетворенность пациентом оказанной помощью, и повторное поступление больного в течение календарного месяца. Данная документация накапливается в течение года и проводимый анализ по итогам года должен отражать поквартальное улучшение показателей, если будут правильно подобраны пути решения проблем.

Одним из важных факторов является регулярное анонимное анкетирование больных. Вышестоящие органы анкетировуют 5% больных, мы имеем возможность ежемесячно проводить сплошное анкетирование в разрезе отделений. Субъективное восприятие пациентов отражает в основном этические нормы поведения персонала. При правильном анализе анкет выявляются недостатки в непосредственном обслуживании больных средним и младшим медицинским персоналом. Эксперты могут выходить с предложениями на администрацию по улучшению обслуживания пациентов или принятию административных мер воздействия.

В 2012 году проведено анкетирование среди 776 пациентов, из них удовлетворены лечением – 99,9% пациентов, обслуживанием – 95,4%, питанием – 100%.

Оказание помощи пациентам на догоспитальном этапе составляет менее 2 часов, в которые включается оперативное вмешательство.

Аудит – участник плановых проверок, проводимых обращению граждан. Результаты проверок анализируются службой внутреннего аудита, выводы предоставляются на рассмотрение администрации больницы, по которым принимаются соответствующие

меры, как административные взыскания, рекомендации по дополнительному обучению медперсонала, закрепление наставников из числа сотрудников кафедр и более опытных специалистов и т.п.

Аудит оценивает время пребывания пациента в приемном отделении, время затраченное на обследование больного, время затраченное на оказание оперативной помощи экстренному больному. Анализируя пребывание всех больных, госпитализированных в стационар в течение 10 дней можно сделать выводы, где происходит задержка экстренного больного на догоспитальном этапе, о чем информируется заведующий приемным отделением и заместитель главного врача по лечебной работе, соответственно принимаются решения по устранению данной ситуации.

В клинике созданы все условия для связи населения и пациентов со всеми непосредственными участниками лечебного процесса: телефон доверия, ящик для письменных обращений, журналы обращений в каждом подразделении, интернет сайт клиники. Заместитель главного врача по внутреннему аудиту предварительно рассматривает все обращения, систематизирует, при необходимости информирует сотрудников клиники, которые курируют определенные вопросы.

Профессорам и доцентам курирующих кафедр КазНМУ и АГИУВ, по решению внутреннего аудита клиники предлагается проведение научно-практические конференции по вопросам тактики оказания медицинской помощи в сложных случаях диагностики, методов лечения больных пролеченных в реанимационном отделении с целью повышения квалификации практических врачей, также 3% из числа экспертируемых историй проводятся кафедральными сотрудниками. Методическая помощь врачам по выявленным дефектам и по всем проблемным вопросам, влияющих на качество оказываемых медицинских услуг.

Кроме того, заместителем главного врача по аудиту, совместно с кабинетом статистики проводится анализ показателей работы подразделений больницы, согласно выполнению государственного заказа.

Выносятся предложения по улучшению качества медицинской помощи.

Штрафные санкции со стороны вышестоящих органов, которые рассматриваются и оцениваются службой внутреннего аудита, решается вопрос о размере дифференцированной оплаты или лишения ее, сотрудников допустившим дефекты, что является

достаточной мотивацией для сотрудников

Анализ деятельности стационара, проводимый внутренним аудитом, позволяет администрации максимально использовать потенциал клиники, увеличивая доходную часть финансирования медицинской организации. Уменьшение средней продолжительности среднего пребывания больного на койке, увеличе-

ние оборота койки, увеличение работы койки дает возможность для расширения оказания стационарных платных услуг.

Использование современной аппаратуры в свою очередь не только повышает качество оказываемых услуг, а также сокращает пребывание больного в стационаре (рисунок 3).

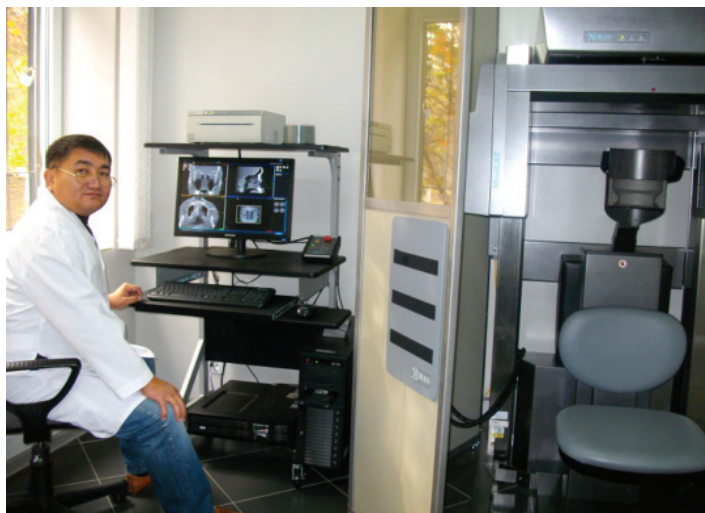


Рисунок 3 – Компьютерный томограф для снятия костей лицевого скелета, и околоносовых пазух.

Назначение медикаментов согласно доказательной медицине отсутствие полипрагмазии является ресурсосберегающим фактором.

Служба внутреннего аудита отвечает на все вопросы, стоящие перед администрацией:

1. Удовлетворенность пациентов оказываемыми медицинскими услугами.

2. Соответствие лечебных мероприятий стандартам диагностики и лечения Министерства Здравоохранения Республики Казахстан.

3. Качество обслуживания медицинским персоналом.

4. Рациональное использование имеющейся аппаратуры при оперативных вмешательствах и восстановительной терапии.

5. Контроль над соблюдением санитарно-эпидемиологического режима стационара по актам врача эпидемиолога (протокол внутреннего аудита).

6. Анализ актов внешних экспертиз учетно-отчетной документации и предложения по выплате дифференцированной оплаты за проработанный месяц с учетом дефектов и штрафных санкций.

7. Пути решения устранения дефектов (предложения заместителей главного врача, заведующих отделений, врачей, старшего медицинского персонала), протокольное решение внутреннего аудита и руководства клиники.

Следовательно, совершенствование работы службы внутреннего аудита, основывалась на нормативно-правовых документах Республики Казахстан, в которых изложены основные положения и правила оценки качества оказания медицинской помощи. Расширение штатного расписания, введение в штат должности заместителя главного врача по внутреннему аудиту, внедрение организационной структуры управления качеством медицинской помощи, введение многоуровневого внутреннего аудита качества лечения, экспертиза по пролеченным случаям, рецензирование истории болезней сотрудниками базирующихся кафедр, также экспертиза объема и качества медицинских услуг на основании расчета индикаторов, что дало возможность значительно повысить уровень оказания медицинской помощи нашей клиники.

Источники:

1. Приказ МЗ РК №1577 «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг» от 22.12.2011 года.

Түлегенова А.Е.

Заместитель главного врача по медицинской части, КГКП «Станция скорой и неотложной помощи г. Екибастуза»

Оспанова Н.Г.

Врач-эксперт, КГКП «Станция скорой и неотложной помощи г. Екибастуза»

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СЛУЖБЫ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ СТАНЦИИ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ Г. ЕКИБАСТУЗА

Аталуы: Екібастұз қаласының шұғыл және жедел жәрдем станциясының мысалында ішкі бақылау қызметінің жұмысын ұйымдастыру

Авторлары: Төлегенова А.Е., «Екібастұз қаласының шұғыл және жедел жәрдем станциясы» ҚМКК, Бас дәрігердің медициналық бөлім жөніндегі орынбасары; Оспанова Н.Г., «Екібастұз қаласының шұғыл және жедел жәрдем станциясы» ҚМКК, дәрігер-сарапшы

Түйіндеме: Осы мақалада медициналық қызмет көрсету саласындағы ішкі бақылауды жүзеге асыруды ұйымдастыру ұсынылады. Ретроспективті, ағымдық аудитті жүргізу, сонымен қатар медициналық көмек көрсету алгоритмдерін, емдік-диагностикалық шараларды сақтау «Медициналық қызметтер сапасына ішкі және сыртқы сараптаманы ұйымдастыру және жүргізу қағидаларын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2011 жылғы 22 желтоқсандағы №1577 қаулысына сәйкес регламенттеледі. Медициналық көмектің сапасын бағалау индикаторларының сипаттамасы терең көрсетілген, индикаторлардың жүзеге асырылуының салыстырмалы көрсеткіштерінің тиімділігі келтірілген.

Title: Organization of the service of internal control on the example of the emergency station in Ekibastuz city

Author: Tulegenova A.E., Deputy Chief of the medical unit, "Emergency station of Ekibastuz city"; Ospanova N.G., Expert physician, "Emergency station of Ekibastuz city"

Abstract: This article presents the organization of the work on inner control of rendering medical services. Retrospective as well as current auditing, compliance with algorithms of aiding, conduct of medical and diagnostic procedures in the center are regulated by the Resolution of the Government of the Republic of Kazakhstan "On adoption of rules of organization and conduct of inner and external expertise on quality of medical services". Description of indicators of the assessment of quality of medical services is made particularly. In indices the efficiency of implementing indicators are given in a comparative version.

В соответствии с пунктом 5 статьи 58 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» и Правилам организации и проведения внутренней экспертизы качества медицинских услуг.

На станции скорой и неотложной медицинской помощи организована и функционирует Служба внутреннего аудита. Служба координирует деятельность станции по управлению качеством медицинской помощи по следующим направлениям:

1. Решение проблем (жалоб) пациентов на месте по мере их появления и в срок, не превышающий 5 календарных дней, с изучением степени удовлетворенности пациентов уровнем и качеством медицинских услуг посредством проведения их анкетирования.

2. Оценка состояния и эффективности использования кадровых и материально-технических ресурсов.

3. Оценка технологий оказания медицинской помощи пациентам на

соответствие установленным стандартам и отбор случаев, подлежащих комиссионной оценке.

4. Соблюдение правил оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

5. Разработка программных мероприятий, направленных на предупреждение и устранение дефектов в работе и способствующих повышению качества и эффективности медицинской помощи.

Основной задачей станции на этапе реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы является обеспечение полной доступности скорой и неотложной медицинской помощи населению города путем постоянной оценки и анализа работ, направленных на улучшение результатов деятельности, это:

– дальнейшее совершенствование механизмов в системе управления качеством медицинских услуг, в получении своевременной, качественной и безопасной меди-

цинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

– осуществление деятельности станции по изменению, непрерывному улучшению качества медицинской помощи.

– дальнейшее внедрение в работу директивных документов по ЕНСЗ.

При службе внутреннего аудита создан Совет по управлению качеством медицинских услуг, в состав которого включены все кроме, заместителя главного врача, эксперты и все руководители структурных подразделений (старшие врачи смен).

Особое значение в обеспечении работы аудита придается уровню самооценки, как наиболее эффективному механизму повышения уровня качества оказываемой медицинской помощи, т.к. каждый медицинский работник самостоятельно анализирует свой объем работы, выявляет свои слабые стороны и стремится не повторить совершенную ошибку, изучает литературу, консультируется и, в конечном счете, приводит к оказанию качественной медицинской услуги.

Председателем Службы внутреннего аудита, старшими врачами смен, врачом-экспертом проводится поэтапная экспертиза как ретроспективно, так и текущий анализ выполненных медицинских услуг, лечебно-диагностических мероприятий, стандартных процедур на соответствие выполнения протоколов диагностики и лечения, а также все случаи

– повторных вызовов к одному и тому же пациенту по тому же заболеванию в течение суток с момента первого вызова;

– летальности при вызовах: смерть до прибытия бригады, смерть в присутствии бригады;

– расхождения диагнозов бригады скорой помощи и стационара в случае госпитализации больных.

Для обеспечения системы контроля качества на предприятии внедрены статистические методы, позволяющие измерить, оценить, выявить тот или иной признак для мониторинга. Таковым методом являются числовые показатели или индикаторы качества, по которым осуществляется регулярный мониторинг.

Для создания полной картины системы работы по индикаторам предварительно характеризуется состав индикатора, что позволяет объективно проанализировать качество оказываемых медицинских услуг, выявить причины, влияющие на качество; разработать дополнительные мероприятия по дальнейшему совершенствованию

медицинской деятельности предприятия.

Индикаторы оценки качества медицинских услуг включают:

1. индикаторы структуры

- человеческие,
- финансовые,
- технические,

2. индикаторы процесса

• выполнение технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

3. индикаторы результата медицинских услуг – показатели оценки последствий для здоровья в результате оказания или неоказания медицинских услуг.

Характеристика индикаторов оценки качества медицинской помощи в КГКП «СНМП города Екибастуза».

Индикаторы структуры: укомплектованность врачей составляет – 80%; фельдшерами – 100%. Уровень категоричности врачей – 89,4%, СМР – 91,6%. Сформировано 36 функциональных бригад – 76% от норматива. Годовой бюджет станции увеличился в динамике по сравнению с 2012 годом на 2,2%. Тариф вызова увеличился на 0,5% по сравнению с предыдущим годом. Обеспеченность санитарным транспортом – 100%. Износ транспорта – 44,7%. Обеспеченность медицинским оборудованием – 51,6%. Потребность в дополнительном оборудовании составляет 44 единицы.

Индикаторы процесса: медицинские работники выездных бригад обучены по всем разделам протоколов диагностики и лечения всех уровней (скорая помощь, поликлиника, стационар); обеспечены в 100%. Проводятся аттестации ежегодно на знание ПДЛ. По приказу № 677 МЗ РК регламентирована деятельность медперсонала по внутреннему аудиту. Использование протоколов диагностики и лечения в полном объеме при оказании медицинской помощи проверяется на всех этапах внутреннего аудита. Проводятся анкетирования по опросу пациентов о качестве оказания медицинской помощи. Проводится анкетирование и медицинских работников. По повышению квалификации медработников проводятся тематические конференции, обучающие семинары, совместные семинары со специалистами других медучреждений, еженедельно проводятся ЛКК, заседания комиссии по внутреннему аудиту, при необходимости осуществляются экстренные разборы случаев летальности, повторных вызовов по вине медицинских работников и других дефектов лечебной деятельности.

По случаям смертей в присутствии бригады, расхождению диагнозов бригад «СП» с заключительным диагнозом стационара проводятся заседания ЛКК. Также подвергаются мониторингу другие виды медицинской деятельности: проводятся заседания координационного совета, заседания комиссии по рациональному использованию ЛС, заседания комиссии по инфекционному контролю. Во всех сменах по итогам месяцев проводятся производственные собрания, где каждый член коллектива может внести предложения для совершенствования работы. Старшими врачами смен еженедельно представляются протокола собраний с отчетами по внутреннему аудиту. По всем выявленным недостаткам разрабатываются планы мероприятий по устранению, обеспечиваются контроль за выполнением.

Индикатор результата. В связи с осуществлением мероприятий по непрерывному повышению качества медицинской помощи населению анализируются все основные показатели деятельности, их динамика по сравнению с аналогичными периодами последних лет, с предыдущими месяцами. Эффективность выполнения индикаторов на достаточно хорошем уровне:

- общая досуточная летальность при госпитализированных имеет тенденцию к снижению;
- нет повторных вызовов по вине медработников;
- увеличился процент переадресации, что позволило уменьшить нагрузку бригад в рабочих сменах и, в конечном счете, повысить качество оказываемой медицинской помощи пациентам;
- нет грубых дефектов при оказании догоспитальной помощи в случаях смертей (в присутствии бригад, досуточной.)

По результатам клинического аудита уменьшился процент диагностических, лечебных дефектов.

На станции разработана и утверждена Программа по обеспечению и непрерывному повышению качества медицинской помощи составлен план мероприятий по управлению качеством медицинской помощи.

Таким образом, в результате осуществления работы по внутреннему контролю на всех уровнях удалось значительно улучшить основные качественные и количественные показатели деятельности станции. Так, показатель соблюдения 4 минутного интервала между приемом вызова и выездом на исполнение (оперативность выезда с момента обращения) стал 95,3% при вызовах I, II, III категории срочности, что соответствует нормативному времени; уровень повторных вызовов снизился и соответствует 0,5%; показатель расхождения диагноза бригады скорой помощи с заключительным диагнозом стационара удерживается на стабильном уровне, имеет тенденцию к уменьшению и равен 1,2%; уровень госпитализации высокий и соответствует 94,3%. Нет обоснованных жалоб от населения на качество оказываемой медицинской помощи в связи с усилением систематического контроля, начиная с уровня самооценки.

Особый раздел работы – это внедрение и выполнение выездными бригадами протоколов диагностики и лечения при различных экстренных состояниях у беременных, у женщин, находящихся в послеродовом периоде, детям. В среднем, вызова к этим пациентам составляет около 30% вызовов. Особенно тщательно проверяется алгоритм действия оказания неотложной помощи при акушерских кровотечениях, тяжелых эклампсиях. Ретроспективный анализ карт вызовов по данному разделу показывает значительное улучшение качества оказываемой экстренной медицинской помощью, не выявлено грубых отклонений от стандартов. Улучшению ситуации по обеспечению помощи больным способствует тесное взаимодействие с родильным домом. По каждой доставке больных на госпитализацию в родильный дом, гинекологическое отделение осуществляется обратная связь со специалистами, проводятся совместные обучающие семинар-тренинги с медицинскими работниками выездных бригад акушерами-гинекологами, неонатологами.

Налибаева С.М.

Директор филиала РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»
Министерства здравоохранения Республики Казахстан по Кызылординской области

Султанғалиева А.К., Берденова С.Ж.

Эксперты филиала РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»
Министерства здравоохранения Республики Казахстан по Кызылординской области

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ ОКАЗЫВАЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Аталуы: Кызылорда облысы бойынша медициналық ұйымдарында көрсетілетін медициналық көмектің сапасын халық арасында қанағаттануын зерттеу

Авторлары: С.М. Нәлібаева, А.К. Сұлтанғалиева, С.Ж. Берденова, Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің ШЖК РМК «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» Қызылорда облыстық филиалы

Түйіндемесі: Аталған зерттеу амбулаториялық-емханалық қызметі аясында өткізілді, осымен қоса медициналық қызметке ақы төлеу туралы сұрақтары, дәрігерлердің кәсіптік білімділігі жөнінде және медициналық ұйымдарда «кезек-күту» жұмыстары зерттелді.

Зерттеме сауалнама негізінде БМСК мекемелерінде 1 сменде келушілердің нақты санынан 5 пайыздан кем емес емделушілер арасында жүргізілді. Нәтижелер бойынша халықтың басым саны емханалардың және қызметкерлердің кәсіптік деңгейлеріне қанағаттанатындығы расталды, бірақ көрсетілетін медициналық көмектің сапасы әлі де төмендігі байқалады.

Title: Study of the satisfaction level of the population with the medical care quality in Kyzylorda region.

Author: Nalibaeva S.M., Sultangalieva A.K., Berdenova S.J., Kyzylorda branch of the RSE on the REM "RCHD"

Abstract: In the present study, we examined the satisfaction level with the medical care quality provided in outpatient services, including payment for medical services, medical professionalism, and "standby queue" in health care organizations of Kyzylorda region. The study was based on survey of patients at least 5% of the actual number of visits per shift among primary health care organizations. The results indicate that the majority of respondents are satisfied with the work of clinics and professionalism of the staff, but the quality of service suffers.

Целью настоящего исследования явилось изучение уровня удовлетворенности населения качеством оказываемой медицинской помощи, включая вопросы оплаты за медицинские услуги, профессионализма врачей, а также «очереди – ожидания» в медицинских организациях по Кызылординской области.

Пациенты, обратившиеся за медицинской помощью в медицинские учреждения независимо от формы собственности имеют право на получение в рамках гарантированного объема качественной бесплатной медицинской помощи, которую должен обеспечить медицинский персонал.

Важнейшее значение для оказания в полном объеме медицинской помощи имеет профессиональная квалификация медицинского персонала, правильная организация оказания медицинской помощи, оснащенность необходимым медицинским оборудованием, а так же важно для

повышения качества медицинских услуг укомплектованность организаций здравоохранения медицинским персоналом.

Исследование проводилось на основе анкетирования пациентов не менее 5% от фактического количества посещений в смену среди организаций ПМСП. Полученные результаты свидетельствуют, что в основной массе респонденты удовлетворены работой поликлиник и профессионализмом персонала.

С 1 января 2010 года поэтапно начала внедряться Единая национальная система здравоохранения, предусматривающая обеспечение пациентам свободного выбора врача и медицинской организации, формирование конкурентной среды оказания медицинских услуг, работу медицинских организаций, направленную на достижение конечных результатов и оплату медицинских услуг по фактическим затратам.

В Послании 2010 года Президент поста-

вил конкретные задачи на ближайшее десятилетие. В том числе Нурсултан Абишевич указал, что «Здоровый образ жизни и принцип солидарной ответственности человека за свое здоровье – вот что должно стать главным в государственной политике в сфере здравоохранения, и повседневной жизни населения».

Качество медицинских услуг является комплексным понятием и зависит от множества емких причин, среди которых следует выделить материально-техническую оснащенность медицинских организаций, уровень профессионализма и наличие мотивации клинических специалистов к его повышению, внедрение современных технологий управления процессами организации и оказания медицинской помощи, внедрение эффективных методов оплаты медицинской помощи.

Одним из принципов государственной политики в области здравоохранения является обеспечение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, доступность медицинской помощи, постоянного повышения качества медицинской помощи.

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) является наиболее распространенным и одним из основных видов медицинской помощи для каждого гражданина, она должна быть доступной и оказание медицинской помощи должно соответствовать качеству.

В этой связи целью настоящего исследования является изучение уровня удовлетворенности населения оказываемой медицинской помощью.

Материалы и методы исследования:

Для изучения уровня удовлетворенности населения оказываемой медицинской помощью согласно приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан

от 22.07.2011 года №468 был проведен социологический опрос населения в целях определения степени удовлетворенности населения качеством оказываемой медицинской помощи, включая вопросы оплаты за медицинские услуги, профессионализма врачей, а также «очереди – ожидания» в медицинских организациях.

Анкетирование проводилось в 17 медицинских организациях, из них в 9 городских и в 8 районных поликлиниках с охватом не менее 5% от фактического количества посещения в смену. Всего за II квартал 2013 года было проанкетировано в организациях ПМСП области 2292 респондентов (в 2012 году – 1644).

Анкета для проведения среди населения состояла из трех блоков вопросов. Первый блок включал вопросы, посвященные половозрастной структуре и социальному статусу. Второй блок включает определение доступности оказания медицинской помощи населению. Третий блок включал вопросы, посвященные определению степени удовлетворенности населения качеством оказываемой медицинской помощи. При анализе полученных результатов определяли удельный вес ответивших на тот или иной вопрос респондентов из общего количества опрошенных лиц.

Результаты:

Результаты анкетирования по первому блоку показали, что наибольший удельный вес опрошенных во II квартале 2013 года составили респонденты в возрасте 18-39 лет – 44,5%, на 3,3% больше, чем во II квартале 2012 года – 41,2%. За II квартал 2013 года по сравнению со II кварталом 2012 года уменьшился процент опрошенных в возрасте 40-60 лет на 0,3%, и на 8,3% в возрасте до 18 лет и увеличился на 5,3% в возрасте старше 60 лет (рисунок 1).

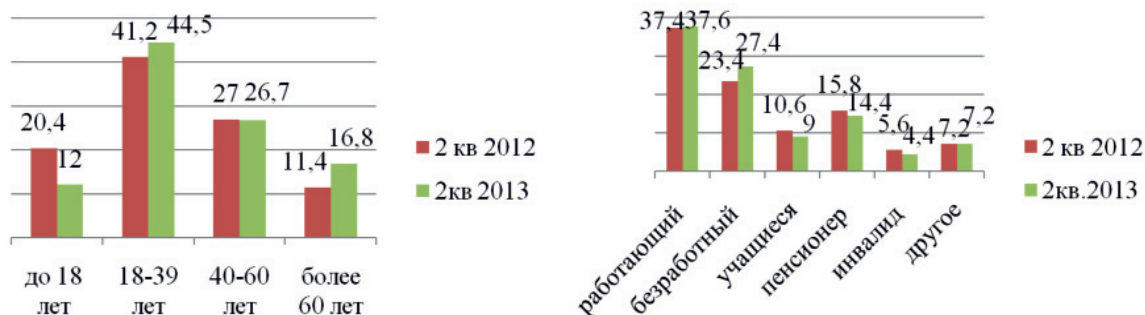


Рисунок 1 – Распределение респондентов по возрастной структуре и социальному статусу

По социальному статусу основной контингент составляют работающие – 37,6%(2012 году – 37,4%). За II квартал 2013 года увеличился процент опрошенных безработных на 4,1% и уменьшился процент опрошенных пенсионеров на 1,3%, на 1,1% стало меньше опрошенных инвалидов.

Эти данные свидетельствуют о том, что преобладающей возрастной категорией среди респондентов является возраст от 18 до 39 лет, а по социальному статусу основной

контингент – это работающие.

По вопросу второго блока «Вы выбрали данную поликлинику по праву свободного выбора?» в динамике исследуемых кварталов количество респондентов, выбравших свою поликлинику по праву свободного выбора стало меньше на 8,1%: во II квартале 2013 года – 90,2%, во II квартале 2012 года – 98,3%, увеличился процент опрошенных ответивших «нет» за II квартал 2013 года на 8,1% – 9,8%.(рисунок 2).

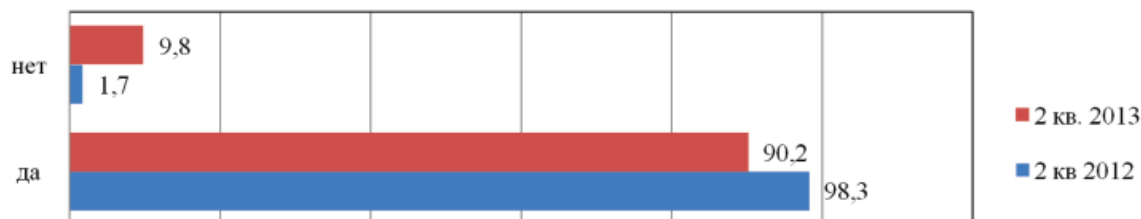


Рисунок 2 – Удельный вес респондентов, воспользовавшихся правом свободного выбора

По данному вопросу отрицательный ответ отмечается в основном у городских жителей отдаленных поликлиник, что говорит об неудовлетворенностью материально-технической базой данных медицинских организации.

По организации работы ПМСП по приему пациентов, провели опрос по ожиданию записи на прием к врачу в регистратуре, ожидания приема

врача, а также ожидания вызова врача на дом. По ожидаемости очередности в регистратуру в сравнительных периодах отмечалась динамика в сторону уменьшения очередности во II квартале 2013 года на 15,6% – 1,7 раза, но еще остается высок процент ожидавших «более 1 часа» – вырос на 1,2% – 2,4 раза, что говорит о загруженности в регистратуре (рисунок 3).

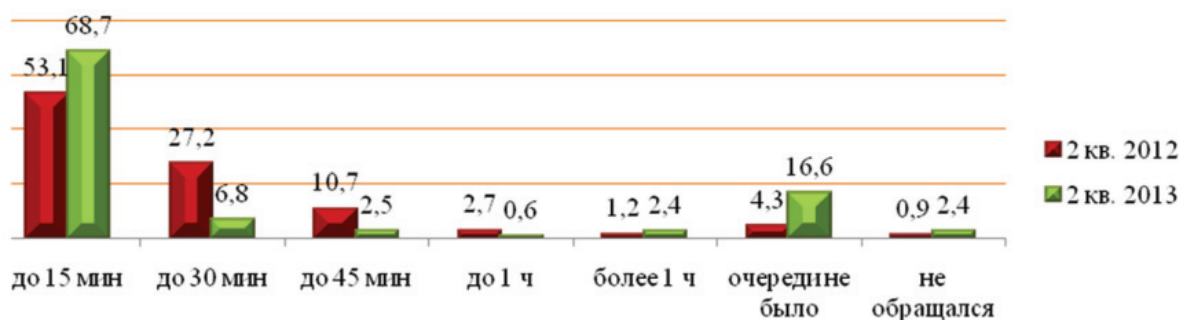


Рисунок 3 – Доля опрошенных по времени ожидания очереди в регистратуру

По ожиданию очередности на прием к врачу в сравнительной динамике по итогам в области отметилось улучшение ситуации по ожиданию очередности на прием к участковому врачу, чем в 2012

году. Улучшился показатель по ожиданию до 15 минут на 9,4% и не было очереди на 0,8%. При этом отмечается уменьшение ожидаемости очереди больше в городских поликлиниках (рисунок 4).

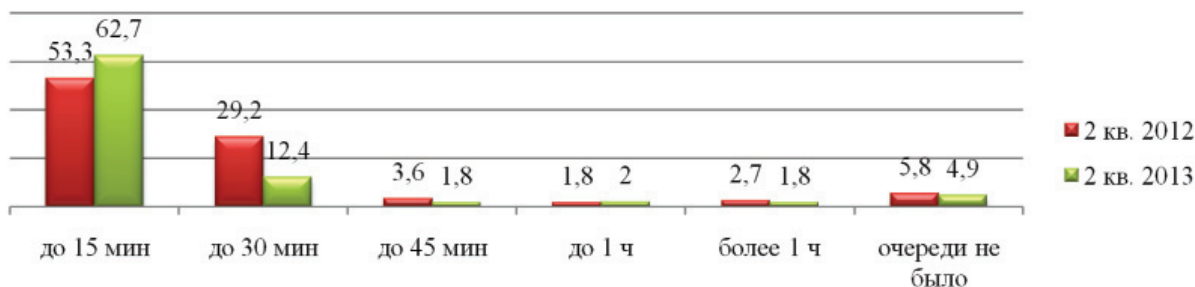


Рисунок 4 – Доля опрошенных по времени ожидания приема участкового врача

По ожиданию врача при вызове на дом увеличился процент ожидания врача с 62,5% в 2012 году до 64,6% в 2013 году, что говорит о нехватке медицинских кадров.

При этом менее 3-х часов ожидали врача 60,2% сельских жителей, в то время как ожидание городских жителей в 39,7% (рисунок 5).

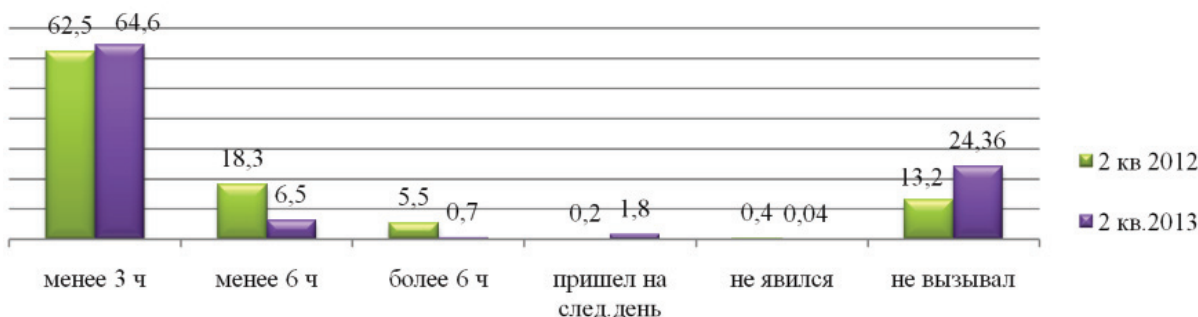


Рисунок 5 – Доля опрошенных респондентов по времени ожидания прихода врача, на дом после сделанного вызова

По вопросу «Сколько времени Вы затратили, в среднем, на ожидание приема врача - профильного специалиста (невропатолога, хирурга, офтальмолога и др.).»

Ухудшилась ожидаемость приема врача в сравнении со II кварталом 2012 год по параметрам: на 15,5% увеличился процент ожидания «до 20 мин» в

основном за счет сельского населения (53,9%) и «не попал в день обращения» на 4,9% за счет городского населения. Уменьшилась процент ожидания «до 30 мин» на 12,1%, «до 1 часа» в 2,9 раза, «более 1 часа» на 3,1%. Увеличился процент ожидания «до 20 мин» на 5,5%. Все это указывает на нехватку специалистов (рисунок 6).

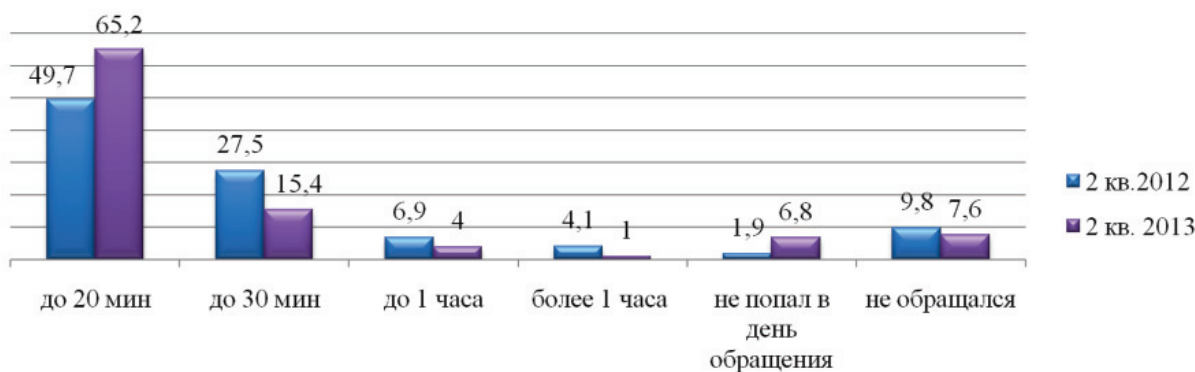


Рисунок 6 – Доля опрошенных респондентов по времени ожидания приема врача – профильного специалиста

На вопрос «Как Вы оцениваете уровень доступности прохождения лабораторных исследований?». Количество респондентов «удовлетворенных полностью» за II квартал 2013 года по сравнению со II кварталом 2012 года увеличилось на

1,4% в основном за счет городского населения, удовлетворенных частично на 5%. Уменьшился процент «скорее неудовлетворен» на 7,3% за счет городского населения, а «неудовлетворен» на 1,6% за счет сельских жителей (рисунок 7).

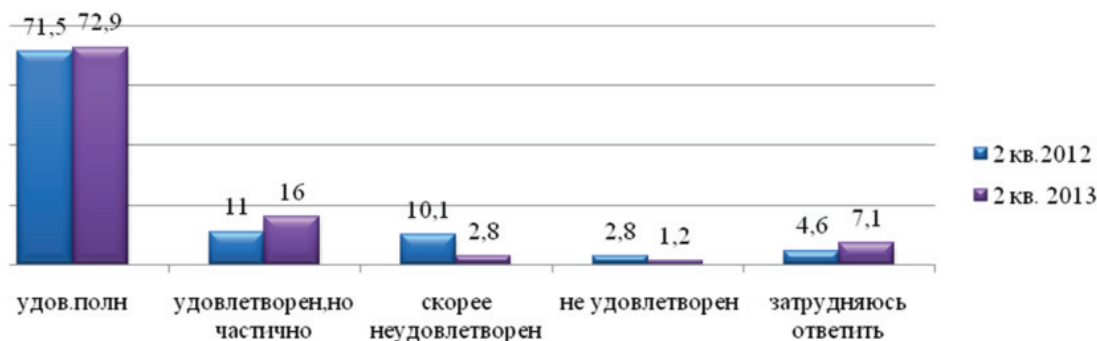


Рисунок 7 – Доля респондентов удовлетворенных доступностью прохождения лабораторных исследований

По третьему блоку вопросов «Удовлетворены ли Вы организацией медицинской помощи в учреждении, например, режимом работы кабинетов, организацией записи на прием, выдачи талонов и др.?».

По данному вопросу удовлетворены организацией медицинской помощью за II квартал 2013 года 79% респондентов, отмечается снижение удовлетворенности организацией медпомощи на 3,4%, чем

во II квартале 2012 года (82,4%). При этом сельское население удовлетворенно на 49,6%, городское на 50,4% «Удовлетворенность не в полной мере» отметили 15,7%, что на 1,9% выше, чем во II квартале 2012 года (13,8%). Ответ «нет» дали 5,3% респондентов, что стало больше на 1,5% чем во II квартале 2012 года (3,8%), из них преобладают городские жители (рисунок 8).



Рисунок 8 – Доля респондентов удовлетворенных организацией медицинской помощью

На вопрос «Удовлетворены ли Вы уровнем квалификации (профессионализма) Вашего участкового врача (фельдшера ФАП)?»

В сравнительной динамике удовлетворенность квалификацией участкового врача снизилась во II квартале 2013 года на 1,4% в основном за счет сельских

жителей. Удовлетворенных «не в полной мере» увеличилось за II квартал 2013 года на 1,4% за счет городских. Не удовлетворенных уровнем квалификации врача осталось на том же уровне, в основном преобладает неудовлетворенность среди городских респондентов (рисунок 9).

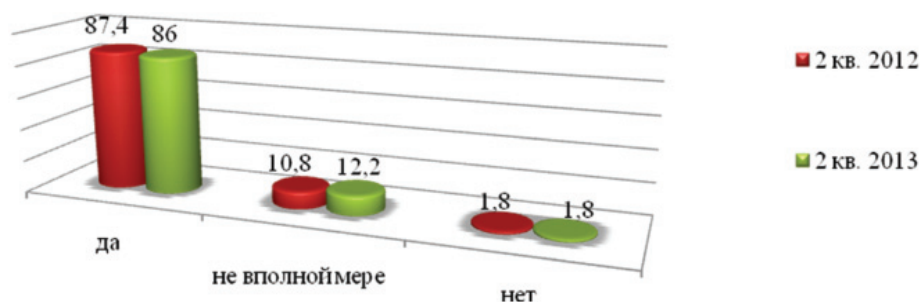


Рисунок 9 – Доля респондентов удовлетворенных квалификацией участкового врача

На вопрос «Остались ли Вы, довольны результатом обращения в поликлинику (врачебную амбулаторию, ФАП), результатом оказанной медицинской помощи?».

Во II квартале 2013 года 85% респондентов ответили «да» (II квартал 2012 года на 90,5%), 11,7% – «не в полной мере», меньше на 3,6% (II квартал 2012 года – 8,1%), в то же время среди ответивших «не в полной мере» больше городских жителей, 3,3 % ответили «нет», что больше на 1,9% (II квартал 2012 года – 1,4%), это в основном респонденты городских жителей.

На вопрос «Оцените по пятибалльной

шкале качество полученной Вами медицинской помощи».

В динамике сравнительных периодов оценка качества полученной медицинской помощи в «5» баллов увеличилась на 23,6% во II квартале 2013 года (I квартал 2012 год – 49,9%), в равной степени среди городских и сельских жителей. В 2013 году снизились оценки на «4б» на 26,9%. На «3б» в 2013 году оценили на 4,2% больше, большой процент которых составили респонденты городских жителей. Снизилась проценты оценок на 2 и 1 баллы (рисунок 10).

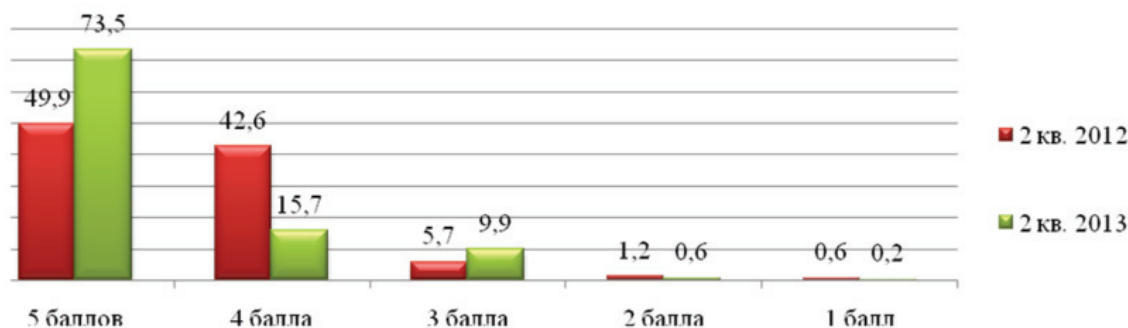


Рисунок 10 – Удельный вес оценки качества полученной медицинской помощи по пятибалльной шкале

Выводы и предложения

Таким образом, результаты нашего исследования по изучению уровня удовлетворенности населения качеством медицинской помощи свидетельствуют о том, что респонденты в основной своей массе представляют возрастную категорию от 18 до 39 и от 40 до 60 лет, что говорит о репрезентативности статистической выборки. По социальному статусу основной контингент представляют работающее население.

В целом по области, в сравнительной динамике в 2013 года удовлетворены орга-

низацией медицинской помощью 79% респондентов, отмечается снижение удовлетворенности организацией медпомощи на 3,4%, чем во II квартале 2012 года (82,4%) на что необходимо обратить должное внимание областному управлению здравоохранения с дальнейшим принятием мер для повышения данного процента.

За анализируемый период удовлетворенность квалификацией участкового врача снизилась во II квартале 2013 года на 1,4% в основном за счет сельских жителей.

По ожидаемости очередности пациентов в регистратуру в сравнительной динамике

кварталов можно отметить, что во II квартале 2013 года увеличение удельного веса ответов «очереди не было» на 12,3% – 1,7 раза, но отмечается увеличение процента респондентов, ожидавших «более 1 часа» в 2,4 раза, «до 15 минут» в 1,6 раза, что говорит о загруженности в регистратуре.

Увеличилось в 2013 году количество ответов «не попал в день обращения» на 4,9% за счет городского населения, что указывает на нехватку узких специалистов.

В целом по области, в сравнительной динамике исследуемых периодов 85% респондентов удовлетворены уровнем квалификации участкового врача.

На 23,6% увеличилось число респондентов, оценивших качество полученной медицинской помощи в ПМСП на «5» баллов.

Во II квартале 2013 года 85% респондентов удовлетворены уровнем доступности

медицинской помощи.

Для повышения уровня удовлетворенности населения качеством медицинской помощи необходимо улучшить оснащение аппаратурой кабинеты узких специалистов в более отдаленных поликлиниках, так как пациентам приходится обследоваться в других поликлиниках, что приводит к увеличению очереди к специалистам и недовольству населения. Так же необходимо дальнейшее развитие информационных систем.

Для повышения укомплектованности медицинским персоналом, особенно узкими специалистами целесообразно принять меры для их привлечения в организации ПМСП. Во всех организациях ПМСП необходимо обеспечить повышение профессионального уровня и уровня категорированности медицинских работников.

Источники:

1. Постановление Правительства РК от 29 января 2011 года № 41 «Об утверждении Плана мероприятий по реализации Государственной программы развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы».
2. Кодекс РК от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения».
3. «Первичная медико- санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо» (Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010 год).
4. Приказ МЗ РК от 22.07.2011 г. № 468 «Об утверждении Методических рекомендаций по проведению анкетирования граждан в целях определения степени удовлетворенности уровнем и качеством оказываемой медицинской помощи».

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ СТРАТЕГИЯСЫ ЖӘНЕ САЯСАТЫ / СТРАТЕГИЯ И ПОЛИТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Мирзабеков О.М.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

ОБЕСПЕЧЕНИЕ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ – ОСНОВА КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Показатели здоровья населения являются одним из немаловажных индикаторов, определяющих уровень социально-экономического развития государства.

Президент Республики Казахстан – Лидер нации Н.А. Назарбаев в своем обращении народу Казахстана «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства» обозначил, что «здоровье нации – основа нашего успешного будущего».

Нашим Министерством поручения Главы государства планомерно реализуются в рамках Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы (Государственная программа), стратегической целью которой является улучшение здоровья граждан Казахстана для обеспечения устойчивого социально-демографического развития страны.

Одним из немаловажных механизмов достижения поставленной цели является формирование конкурентоспособной системы здравоохранения. Обеспечение конкурентоспособности отрасли неразрывно связано с созданием системы непрерывного профессионального развития (НПР) кадровых ресурсов, основанной на обучении специалиста в течение всей жизни с учетом не только его профессиональных потребностей, но и новых вызовов общества.

Международный опыт и опыт Казахстана показывают важность инвестиционной по-

литики в человеческий капитал. Сегодня выделяются значительные финансовые средства на обеспечение системы НПР специалистов сферы здравоохранения как на республиканском, так и на местном уровнях.

Вместе с тем, для адекватного развития института НПР кадровых ресурсов отрасли стоят важные задачи перед организациями образования по формированию конкурентоспособной казахстанской медицинской школы, обеспечивающей общество специалистами высокой квалификации, международного уровня. Эти принципы должны быть основаны в первую очередь на:

- интеграции образовательного, клинического, научного процессов основанных на внедрении проблемно-ориентированного обучения и компетентностного подхода;

- обеспечении системного подхода к НПР кадровых ресурсов здравоохранения (среднеспециальное, высшее, послевузовское, дополнительное профессиональное, медицинские клиники, научно-исследовательские центры);

- предоставлении востребованных, конкурентоспособных обучающих программ в соответствии с приоритетами развития здравоохранения на современном этапе;

- развитии современных симуляционных центров на базе медицинских вузов, направленных на создание полного цикла обучения практическим навыкам (тренажерные залы, оснащенные современными симуляторами, операционный

комплекс на секционном материале, лабораторных животных, обучение на стандартизованных пациентах);

- развитию университетских клиник, позволяющих внедрять в образовательный процесс современные технологии диагностики и лечения, основанные на последних достижениях науки.

Для реализации поставленных задач миссией Казахского национального медицинского университета им. С.Д.Асфендиярова (КазНМУ) является создание инновационного кластера, осуществляющего подготовку высококвалифицированных конкурентоспособных специалистов здравоохранения и фармации на основе компетентностно-ориентированного подхода с широким привлечением отечественных и зарубежных ученых и постоянным наращиванием научного потенциала.

В среднесрочной перспективе КазНМУ должен стать признаваемым в международном сообществе социально-ответственным лидером в системе медицинского образования, выпускающим конкурентоспособных и востребованных на рынке труда специалистов, обеспечивающих единство науки, образования и практики путем внедрения инновационных технологий во все сферы деятельности, развивающих национальную научную медицинскую школу, сохраняющих и преумножающих свои традиции.

КазНМУ будучи одной из ведущих организаций медицинского образования приоритетом ставит развитие системы НПП специалистов сферы здравоохранения, основанной на комплексном подходе к предоставлению образовательных программ, основанных на современных достижениях медицины.

В условиях высоких темпов развития современной медицины (внедрения новых методов диагностики и лечения, новых лекарственных препаратов) на сегодняшний день специалист проходит программы повышения квалификации не только в связи с необходимостью определенного наличия часов обучения, но и остро ощущает потребность в постоянном совершенствовании своего профессионального квалификационного уровня.

Опыт успешных систем здравоохранения показывает, что последипломное образование должно основываться на трех ведущих составляющих: непрерывность, отработка и совершенствование практиче-

ских навыков, основанность на принципах доказательной медицины с учетом индивидуальных особенностей состояния пациента.

В свете изложенного, происходит радикальное изменение представлений о стратегии подготовки медицинских кадров: переход от концепции «образование на всю жизнь» к «образованию через всю жизнь».

С внедрением компетентностного подхода в образовательный процесс возникла необходимость мониторинга и развития практических компетенции обучающихся. Данный подход обеспечивается на базе Центра практических навыков (ЦПН) университета путем реализации операциональной и коммуникативной компетенций в образовательном процессе. Задачи ЦПН заключаются в трансляции навыков на современных муляжах и тренажерах, отработка клинических ситуаций на интерактивных манекенах, коммуникативных навыков – на стандартизированных пациентах.

Обучение специалистов практическим навыкам проводится также на клинических базах КазНМУ: Образовательно-клинический Центр, Клиника внутренних болезней, Стоматологический институт, медицинские организации г.Алматы и областных центров Казахстана (всего 76 баз), 9 Научно-исследовательских Институтов и Центров.

С 2009 года действует Школа общественного здравоохранения имени Х.Досмухамедова стратегической целью которой является обеспечение интеграция научных направлений, образовательных программ и практических навыков в области общественного здравоохранения.

На шести факультетах университета обучается 11 400 студентов, интернов, резидентов, магистрантов и докторантов из Казахстана и 17-ти стран мира (Россия, Узбекистан, Кыргызстан, Туркменистан, Таджикистан, Белоруссия, КНР, Израиль, Монголия, Пакистан, Индия, Афганистан, Южная Корея, Япония, Молдова, Грузия, Палестина).

Наряду с обучением на уровне вузовского и послевузовского образования, на базе университета предоставляются программы дополнительного профессионального образования, обеспечивающие НПП ресурсов отрасли. И эти программы востребованы.

Так, если в 1993 году в КазНМУ факультет повышения квалификации был представлен лишь одной кафедрой

постдипломной подготовки для преподавателей и врачей, то к 2009 году на базе Центра непрерывного образования (ЦНО) действовали 7 кафедр.

С учетом спектра предоставляемых образовательных программ в 2012 году ЦНО был преобразован в Институт последипломного образования (ИПО) с 13 кафедрами и 4 курсами и общей численностью профессорско-преподавательского состава 92 человек. На сегодняшний день

более 2/3 профессорско-преподавательского состава ИПО являются докторами и кандидатами наук (24% – д.м.н., 45% – к.м.н.).

Переподготовка и повышение квалификации специалистов осуществляется по 523 учебным программам по 47 специальностям из 56 представленных в Номенклатуре медицинских и фармацевтических специальностей.

Востребованность предоставляемых

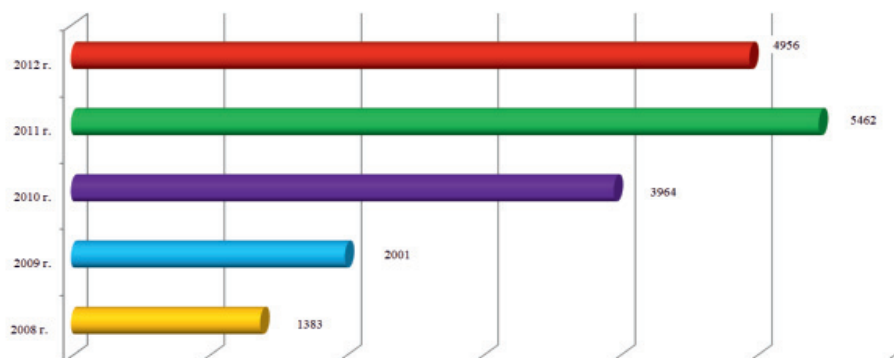


Рисунок 1 – Динамика числа слушателей, прошедших переподготовку и повышение квалификации

образовательных программ непосредственно отражается на численности прошедших обучение в динамике. Так, ИПО за период 2008-2012 годы подготовлены 17 766 медицинских работников (рисунок 1).

Одним из основных приоритетов Государственной программы является снижение материнской и младенческой смертности, смертности вследствие болезней системы кровообращения, онкологической патологии.

Только за 2012 год в рамках НПР специалистов практического здравоохранения по приоритетным направлениям Государственной программы КазНМУ обеспечил повышение квалификации 1343 человек по таким направлениям как неотложные состояния в кардиологии (острый коронарный синдром, инсульт), алгоритмы оказания неотложной помощи при острой форме ИБС, мозговом инсульте, внедрение современных перинатальных технологий, ранняя диагностика онкологических заболеваний, менеджмент здравоохранения.

В целях интеграции в международное сообщество КазНМУ развивает программы visiting-профессоров из числа ведущих зарубежных специалистов. В 2012 году в образовательный процесс были вовлечены более 100 приглашенных профессоров, ученых с мировым именем из 20 зарубежных стран.

В обращении народу Казахстана «Стра-

тегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства» Президент Республики Казахстан – Лидер нации Н.А. Назарбаев определил «... необходимость кардинального улучшения системы медицинского образования. Система медицинских вузов должна быть подкреплена сетью специализированных образовательных учреждений среднего уровня. Повседневная практика должна быть максимально интегрирована в учебный процесс».

Благодаря проводимой политике Правительства страны, Министерства здравоохранения Республики Казахстан данные поручения успешно реализуются. Так, постановлением Правительства Республики Казахстан № 668 от 2 июля 2013 г. к университету присоединяется республиканская детская клиническая больница «Аксай». Это является одним из важнейших шагов, направленных на развитие университетских клиник, обеспечивающих полный цикл образовательного процесса, основанный на внедрении современных достижений клинической медицины в подготовку квалифицированных кадров и их НПР.

С начала учебного года на базе университета создается Институт сестринского дела, целью которого является обеспечение преемственности в подготовке специалистов отрасли.

Внедрение института независимой оценки знаний выпускников и практикующих работников здравоохранения требует от медицинских вузов усиления проблемно-ориентированного обучения на основе моделирования клинических ситуаций и формулирования тактики диагностики и лечения. Для решения поставленной задачи в КазНМУ планомерно расширяется Центр практических навыков, деятельность которого направлена в первую очередь на развитие клинического мышления обучающихся и их готовности к независимой оценке профессиональных знаний и практических навыков.

Данные подходы позволяют интегрировать в международное сообщество медицинскую школу Казахстана.

Таким образом, обеспечение инновационного характера медицинского образования качественно нового уровня с учетом современных требований и мировых тенденций с формированием системы непрерывного образования как инструмента социального и профессионального развития является стратегической целью

деятельности КазНМУ.

Ключевыми инструментами достижения поставленной цели в среднесрочной перспективе, в первую очередь, являются:

- Развитие образовательной деятельности КазНМУ, основанной на обеспечении интеграции обучающего процесса с современными достижениями науки и практики.
- Повышение научно-исследовательского потенциала КазНМУ путем подготовки конкурентоспособных научных кадров, привлечения финансовых ресурсов на проведение научных исследований, интеграция в международное научное пространство.
- Развитие клинической деятельности путем создания оптимальных условий для подготовки конкурентоспособных специалистов с использованием прогрессивных форм и методов обучения, современных достижений медицинской науки и практического здравоохранения; разработки и внедрения новых методов диагностики и лечения заболеваний; оказания высокоспециализированной медицинской помощи населению.

Тогайбекова Ж.Е.

Директор Областного Центра формирования здорового образа жизни Южно-Казахстанской области

СОЛИДАРНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ЗДОРОВЬЕ, КАК ПРИОРИТЕТ РАЗВИТИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Основные результаты социологического исследования по оценке готовности взрослого населения Южно-Казахстанской области к солидарной ответственности за свое здоровье

Аталуы: Өз денсаулығына жауапкершілік, отандық денсаулық сақтау саласының дамуының негізгі бағыты (Оңтүстік Қазақстан облысының халқының өз денсаулығына жауапкершіліктерін анықтауға арналған әлеуметтік зерттеудің басты нәтижесі)

Автор: Тогайбекова Ж.Е., ОҚО салауатты өмір салтын қалыптастыру орталығының директоры

Түйіндеме: Салауатты өмір салты дағдыларына қалыптастыру және ақпараттандыру мақсатында халықтың дифференциалды топтарына ғылыми дәлелденген бағдарлама әзірлеп ендіру қажет және мақсатты жұмыс беруші мен халыққа мемлекет, жұмыс беруші, әр адамның өзі – адам денсаулығына үлкен жауапкершілікте екенін түсіндіретін ақпараттық-коммуникациялық компания жүргізу керек.

Title: Joint and several responsibility for health as priority development of domestic health care (The main results of the sociological study to assess the readiness of the adult population of the South Kazakhstan region to shared responsibility for their own health).

Authors: Togaybekova Zh.E., the Director of the Center for healthy living, South Kazakhstan region

Abstract: Develop and implement evidence-based programs to educate and promote healthy behavior, taking into account the differentiated levels of population groups; focused information and communications company among employers and the public to explain the role of each of the parties – the State, the employer, the person himself is a shared responsibility for health. Develop and implement evidence-based information and Skills Development healthy behaviors including differentiation groups, to conduct a targeted information and communication business employers and the public to explain the role of each of the parties - the state, the employer, the man himself – a shared responsibility for health.

Эффективный подход к здравоохранительной деятельности требует ответственного отношения и отчетности за последствия воздействия на здоровье своей политики, программ и признания выгод и преимущественно для себя и деятельности по укреплению и охране здоровья.

Важным аспектом в охране здоровья населения является осознание ценности здоровья; формирование культуры здоровья; повышение престижности здоровья, активного долголетия; социальный и экономический мотив к сохранению и укреплению здоровья.

В условиях становления рыночных отношений в Казахстане здоровье каждого человека, как составляющая здоровья всего населения, становится фактором, определяющим не только полноценность его существования, но и потенциал его возможностей.

В Стратегии индустриально-инновационного развития Республики Казахстан на 2003-2015 годы записано, что уровень состояния здоровья народа определяет меру социально-экономического, культурного и индустриального развития любой страны [1].

В нашей стране конституционно закреплено право каждого гражданина на охрану здоровья. В то же время не бывает бесплатного здравоохранения – государственная система здравоохранения существует за счет денег налогоплательщиков. Поэтому должна быть солидарная ответственность за здоровье – как со стороны государства, так и каждого человека. К сожалению, сегодня сложилась такая ситуация, что за здоровье человека отвечает только система здравоохранения, в плохом здоровье все винят только работников здравоохранения и всю систему. Однако, Всемирная организация здравоохранения доказала, что от системы здравоохранения здоровье человека зависит только на 10%, а в 50 % – от образа жизни, в 20% – от наследственности и в 20 % – от окружающей среды [2].

18 сентября 2009 года Президент Республики Казахстан Н. Назарбаев утвердил своим Указом Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» [3]. Кодексом определены принципы государственной политики в области здравоохранения, включающие: обеспечения равенства прав граждан на получение безопасной, эффективной и качественной медицинской помощи;

солидарной ответственности государства, работодателей и граждан за сохранение и укрепление индивидуального и общественного здоровья; отнесения здоровья населения, безопасности, эффективности и качества лекарственных средств к факторам обеспечения национальной безопасности. Кодексом, наряду с ответственностью государства, определены обязанности граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц. При этом граждане обязаны:

- 1) заботиться о сохранении своего здоровья;
- 2) соблюдать режим, действующий в организациях здравоохранения;
- 3) проходить профилактические медицинские осмотры в соответствии с законодательством Республики Казахстан в области здравоохранения;
- 4) выполнять относящиеся к индивидуальному и общественному здоровью предписания медицинских работников, органов и организаций здравоохранения;
- 5) соблюдать меры предосторожности по охране собственного здоровья и здоровья окружающих, проходить обследование и лечение по требованию медицинских организаций, информировать медицинский персонал о своем заболевании при инфекционных заболеваниях и заболеваниях, представляющих опасность для окружающих;
- 6) соблюдать законодательство Республики Казахстан в области здравоохранения.

В послании от 27 января 2012 года «Социально-экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана» Н.А. Назарбаев подчеркивает – «Человек должен понимать, что ему не выгодно болеть. Сам человек несет ответственность, его работодатель и государство. Чем хуже здоровье у человека, тем меньше его будут страховать, чем лучше – тем больше будет сумма страховки. Сейчас люди выбирают те лечебные учреждения, где лучше медицинское обслуживание. Они определились с этим вопросом, теперь нужно продвигаться дальше» [4].

В 2012 году было проведено социологическое исследование по оценке готовности взрослого населения Южно-Казахстанской области к солидарной ответственности за свое здоровье. В качестве основного инструмента выбранного социологического метода нами использовался анкетный опрос. Для получения статистически достоверных результатов исследования была сформиро-

вана выборочная совокупность с учетом половозрастного состава целевой аудитории. Общий объем выборочной совокупности составил 1060 человек, включая 530 мужчин и 530 женщин в возрасте от 18 до 65 лет и старше, проживающих в Южно-Казахстанской области.

Две трети ответивших респондентов уверены, что могут влиять на свое здоровье. Наиболее уверенные в возможности влияния на свое здоровье лица представляющие самую молодую возрастную категорию 18-24 года, среди которых семеро из каждых десяти респондентов уверены, что могут влиять на свое здоровье.

Более половины респондентов считают, что ответственность за здоровье лежит только на самом человеке. Треть респондентов выступает за солидарную ответственность работодателя, государства и человека за здоровье людей. Остальные респонденты, в своем большинстве, снимают ответственность с человека и возлагают ее на государство и/или работодателя.

В целом отмечено, что чем выше уровень самооценки здоровья, тем меньше среди них респондентов, которые исключают человека из перечня сторон, ответственных за здоровье людей.

Можно сделать вывод, что имеются определенные вопросы по дальнейшему формированию среди граждан солидарной ответственности к собственному здоровью, требующие к себе повышенного внимания со стороны всех заинтересованных сторон.

На основе полученных данных были сделаны следующие выводы:

1. Среди определенной части взрослого населения распространены поведенческие факторы риска, такие как курение, потребление алкоголя, нерациональный режим питания, низкая физическая активность;

2. Жители города, а также лица младших возрастов взрослого населения более уверены в возможности влиять более уверены в возможности влиять на свое

здоровье. Такая уверенность ниже среди сельского населения; людей более старших возрастов; лиц, практикующих рискованное для здоровья поведение (потребители алкоголя и табачных изделий, физически малоактивные); людей с низкой самооценкой собственного здоровья;

3. Самооценка здоровья городского населения ниже сельского. Среди горожан больше распространены нарушения зрения, они ведут менее подвижный образ жизни и среди них выше доля лиц, имеющих опыт курения, причем в основном за счет женщин. В то же время среди сельчан реже соблюдается рациональный режим питания и выше доля лиц с избыточной массой тела и ожирением различной степени.

4. Солидарную ответственность за здоровье людей поддерживает треть населения. В большей степени это характерно для сельского населения. Снимают ответственность с человека, возлагая ее тем самым на третьи стороны в основном следующие категории: городские жители; мужское население, вне зависимости от места проживания; лица с плохой самооценкой здоровья.

На основе проведенного исследования были сформированы следующие рекомендации:

1. Необходимо разработать и внедрить научно-обоснованную программу по информированию и привитию навыков здорового поведения с учетом дифференцированности групп населения;

2. Необходимо усилить целенаправленную информационно-коммуникационную кампанию среди работодателей и населения с разъяснением роли каждой из сторон – государство, работодатель, сам человек – в солидарной ответственности за здоровье людей;

3. Осуществлять мониторинг мнения населения по соблюдению своей доли ответственности за здоровье людей среди работодателей с разработкой комплекса мер по результатам исследования.

Источники:

1. Указ Президента Республики Казахстан от 17 мая 2003 года, Стратегия индустриально-инновационного развития Республики Казахстан на 2003-2015 годы.
2. Официальный сайт Европейского Бюро ВОЗ www.euro.who.int/
3. Статья 90, п.1., Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года
4. Послание Главы государства Н.А. Назарбаев от 27 января 2012 года «Социально-экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана»

МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖӘРДЕМ КӨРСЕТУ САПАСЫН БАҒАЛАУ / ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Абзалова Р.А., Мәкенбаева А.К., Тажикенова Ж.Ш.

Ассоциация семейных врачей Казахстана, г. Астана

СОВРЕМЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПМСП В КАЗАХСТАНЕ

Аталуы: Қазақстанда МСАК жетілдірудің заманауи ұйымдастырушылық аспектілері

Авторлары: Абзалова Р.А., Мәкенбаева А.К., Тажикенова Ж.Ш., Қазақстанның отбасылық дәрігерлері қауымдастығы, Астана қ.

Түйіндеме: Авторлар қоғамдық ұйымның позициясынан денсаулық сақтау жүйесінің бастапқы буынын нығайтудың басымдылықтарын ашады. Білікті медициналық-санитариялық алғашқы көмек емдеуге жатқызуды болдырмайтыны, мамандарды және диагностиканың жоғары технологиялық әдістерін пайдалану қажеттілігін қысқартатыны және жалпы аз шығынмен медициналық көмектің анағұрлым жоғары тиімділігін қамтамасыз ететіні дәлелденді.

Осы жағдайларда әлеуметтік бағытталған МСАК-тың басым дамуы ерекше маңызға ие болады. Денсаулық сақтау жүйесін дамытудың осы бағытына ДДҰ-ның саясаты да назар аудартады.

МСАК әлеуметтік бейімделген үлгісі өзінің орындылығын дәлелдеп қана қоймай, көмек көрсету технологияларын жетілдіру кезінде анағұрлым тиімді қызметін көрсетті. Отбасылық қызмет көрсету қағидаты бойынша жұмыс істейтін МСАК ұйымдарының санын анағұрлым тез арттыру ынтасы ретінде қазіргі уақытта учаскелік дәрігерлер мен мейіргерлердің жалақысына теңестірілген отбасылық практика мамандарының жалақысын саралау болуы мүмкін.

Елде МСАК пациентке бейімделген үлгісін дамыту бойынша қолданылып жатқан шараларға қарамастан, МСАК қызметтерін көрсету технологиясын жетілдіру және медициналық қызметтерді көрсету үдерісіне қатысушылар (АЕҰ, стационар, жедел жәрдем, СӨС орталығы және басқалары) арасындағы қарым-қатынастарды ұйымдастыру болып табылатын бас проблема шешілмеген, бұл қызметтер сапасын арттыруға және пациенттердің емханалық ұйымдарға сенімін қалыптастыруға мүмкіндік береді.

Title: Modern organizational aspects of PHC improvement in Kazakhstan

Authors: Abzalova R.A., Makenbayeva A.K., Tazhikenova Zh.Sh., Association of family physicians of Kazakhstan, Astana c.

Abstract: The authors from the perspective of social organization reveal the benefits of strengthening primary health care system. It is proved that a qualified primary health care prevents hospitalizations, reduces the need for specialists and high-tech methods of diagnosis and, in general, provides higher efficiency of care at a lower cost.

In these circumstances, special importance is the priority development of community-oriented primary care. At the direction of development of public health policy, and emphasizes the WHO.

Socially oriented model of primary health care not only proved its relevance, but also demonstrated a more effective work in improving the technology of care. The impetus for a more rapid development of primary health care organizations, working on a family principle of service, can be a wage differentiation specialist family practice, which is now relegated to the wages of local doctors and nurses.

Therefore, despite the measures taken in the country for the development of patient-centered model of PHC, the main problem remains unsolved, which is to improve the provision of primary health care technology and the organization of relations between Actors in the provision of health services (APO, hospital, ambulance, and other healthy lifestyle center), which will improve the quality of services and to generate the trust of patients to the polyclinic organizations.

Большинство международных определений первичной медико-санитарной помощи сходятся в том, что:

– Первичная медико-санитарная помощь это первая линия контакта гражданина с системой здравоохранения.

– Первичная медико-санитарная помощь делает акцент не только на лечении, но и на профилактике заболеваний и повышении

медицинской осведомленности пациента.

– Первичная медико-санитарная помощь чутко реагирует на нужды населения и пользуется его поддержкой.

– Первичная медико-санитарная помощь ориентирована на пациента и обеспечивает непрерывность медицинского обслуживания. Под этим термином обычно подразумевается ситуация, при которой

больной, а иногда и его семья, обращаются к одному врачу, который постепенно узнает их медицинское и социальное положение и завоевывает их доверие, благодаря чему пациенты более строго следуют инструкциям врача.

При анализе первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) можно отметить два основных подхода. С одной стороны, утверждается, что здоровье и здравоохранение составляют одно из основополагающих прав человека. Поэтому первичная медико-санитарная помощь рассматривается как средство, позволяющее реализовать данное право. Как подчеркивалось в Алма-Атинской декларации, первичная медико-санитарная помощь должна быть доступной для всех.

С другой стороны, правительства как развитых, так и развивающихся стран обеспокоены растущими расходами на здравоохранение. По мнению многих, изучающих эту проблему, концепция приоритета первичной медико-санитарной помощи обещает быть более экономически эффективной.

Доказано, что квалифицированная первичная медико-санитарная помощь предотвращает госпитализацию, сокращает необходимость использования специалистов и высокотехнологичных методов диагностики и, в целом, обеспечивает более высокую эффективность медицинской помощи при меньших затратах.

В системах здравоохранения с большим количеством специалистов и стационаров врач ПМСП становится «стражем/привратником» – врачом, который координирует направление пациентов на получение более специализированных услуг и от имени пациента берет на себя ответственность за организационные вопросы. Он контролирует и рационализировать доступ к более дорогим услугам. Эта роль ПМСП как средства, позволяющего добиться большей эффективности системы здравоохранения, в последние годы приобретает все большее значение.

Актуальность совершенствования технологии оказания ПМСП в нашей стране не вызывает сомнений. Так даже в самом благополучном регионе Казахстана в г. Астане (2012) по данным социологического опроса, доход на одного человека в подавляющем большинстве (72,2%) исследованных семей составил от 10 до 35 тысяч тенге в месяц. Безусловно, такой доход не может обеспечить семье достойное качество жизни. Весьма сомнительны

возможности их по оздоровлению, качественному отдыху, проведению досуга, развитию детей, качественному питанию и другим аспектам жизни, прямо или косвенно влияющих на здоровье членов семьи.

В этих условиях особое значение приобретает приоритетное развитие социальноориентированной ПМСП. В этом направлении развития здравоохранения акцентирует внимание и политика ВОЗ.

Медико-социальная терапевтическая деятельность социально ориентированными организациями ПМСП осуществляется в рамках команды специалистов или специалистами с комплексным образованием, координирующими действия специалистов смежных специальностей. Медико-социальные и медицинские работники, объединенные на базе лечебно-профилактической организации, обеспечивают не только своевременное выявление нуждающихся в помощи, но и предоставляют рациональный объем всех необходимых медико-социальных услуг.

Существенным недостатком современного первичного здравоохранения в Казахстане является недооценка потенциала среднего медицинского персонала. Как указывалось в «Венской декларации по сестринскому делу в поддержку европейских задач достижения здоровья для всех» (1988), новая роль медсестер должна подкрепляться их участием в оказании большего воздействия на отдельных людей, семьи и группы населения, с тем, чтобы сделать их более самостоятельными в вопросах охраны своего здоровья. Медицинские сестры могли бы также способствовать в предоставлении пациентами четких и достоверных данных о благоприятных и неблагоприятных последствиях различных форм поведения, равно как и о достоинствах и стоимости различных видов медико-санитарной помощи.

Развитие сестринского дела и серьезная ее реорганизация может способствовать рациональному использованию кадровых ресурсов и эффективности здравоохранения в целом.

В настоящее время амбулаторно-поликлиническая помощь в Казахстане осуществляется большей частью городскими и районными поликлиниками, которые со временем все больше превращаются в медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Хотя многие исследователи и руководители различных

уровней здравоохранения относят их к медицинским организациям, относящимся к системе первичной медико-санитарной помощи, ряд особенностей структуры и организации деятельности современных поликлиник в Казахстане, не позволяют расценивать их как ПМСП в чистом виде.

Кроме того, становится очевидным несоответствие первоначальному определению и понятию «Первичная медико-санитарная помощь» по следующим причинам:

- первичное звено здравоохранения не выделено в самостоятельную службу ни юридически, ни по финансированию (имеется ограниченное количество самостоятельных организаций ПМСП и в основном преобладают поликлиники, где среди узких специалистов растворены врачи участковой сети);

- нет единого понятия и подходов к технологии организации ПМСП;

- права, обязанности и ответственность семейного врача (врача общей практики), участковых врачей очень ограничены, что у пациентов сразу вызывает недоверие (то есть больному объясняют это надо сделать после консультации или осмотра узкого специалиста, диагноз поставить мы не имеем права и нужно пройти ряд исследований у специалистов);

- нет четких регламентов и алгоритмов действий врачей ПМСП по основным нозологиям;

- излишнее количество узких специалистов, которые фрагментируются по профилям и далее по возрасту: для детей и для взрослых и при этом выполняют до 50% объема услуги ПМСП;

- не используется практически на уровне ЦРБ и районных поликлиник в достаточном объеме телемедицина для консультаций узкими специалистами;

- излишнее количество направлений на исследование и консультации узким специалистам, связанное с выполнением обязательных нормативных документов (по диспансеризации, по декретированным возрастам и так далее);

- полипрагмазия, которая связана с доступностью лекарственных средств через аптечную сеть и высокий объем бесплатных препаратов ГОБМП;

- нет четкого регламента взаимоотношений между врачами ПМСП и узкими специалистами, врачами скорой помощи, врачами стационара;

- нет научно обоснованных экономических расчетов рационального использо-

вания кадров первичного звена, то есть стоимость услуг ПМСП при обслуживании по семейному принципу (обслуживание семейным врачом) и стоимость услуг ПМСП при обслуживании по **фрагментарному поло-возрастному принципу** (участковые педиатр, подростковый, терапевт и акушер-гинеколог);

- недостаточно эффективно используется потенциал среднего медицинского работника, нет регламента расширения его прав и обязанностей;

- создана высокая мотивация пациентов лечиться на уровне стационара (в системе здравоохранения лучшие врачи работают в стационарах, объявлен свободный выбор стационара, на уровне АПО для получения назначений необходимо 4-5 дней обследоваться, то есть много повторных обращений в разные кабинеты через большие очереди, и пациент выбирает больницу, где к нему все эти специалисты сами придут в палату);

- крайне низкий и необоснованно разный на территории РК подушевой норматив для прикрепленного населения, свободный выбор организации ПМСП ограничен по территории с учетом расстояний и поэтому данный выбор не дает достаточных стимулов для развития ПМСП.

Перечисленные проблемы в системе здравоохранения приводит к следующим последствиям:

- растет уровень госпитализаций в круглосуточные стационары;

- растет объем услуг диагностических исследований;

- растет стоимость услуг в системе здравоохранения;

- растет объем финансовых средств в здравоохранении, в том числе и на лекарственное обеспечение, но это не дает результативности финансовых вложений и удовлетворенности населения в медицинском обслуживании.

Предлагаемые пути дальнейшего развития ПМСП в Казахстане

С указанных позиций повышение эффективности здравоохранения и ее рационализации можно достигнуть при организации амбулаторно-поликлинической помощи по другой модели:

1. Основа модели несколько первичных звеньев, то есть юридически самостоятельных организаций ПМСП с прикрепленным населением от 25 000, интегрированных с одним специализированным звеном (поликлиникой), или в виде клиничко-диагностического центра (КДЦ). КДЦ может

быть как самостоятельным, так и входить в состав многопрофильной больницы.

2. Пациентоориентированная организация ПМСП может включать не только участковую службу по семейному принципу. Каждому такому первичному звену для самостоятельной работы необходимо иметь 5-6 самых востребованных для этого района специалистов (например, педиатр, невропатолог, ЛОР, кардиолог, окулист).

3. При такой модели нет необходимости разворачивать в городах множество поликлиник. Например, при численности населения около 500 тыс. населения, городу вполне достаточно иметь 4-5 КДЦ.

4. Использовать новые критерии доступности ПМСП, определить их более конкретно, в соответствии с принципами ВОЗ, например:

– располагаться организация ПМСП должна в 15 мин. пешего хода для прикрепленных жителей;

– ожидание на приеме к врачу не более 30 минут;

– ожидание на диагностическое исследование не более 45 минут и так далее;

– доброжелательное и приветливое отношение медицинского персонала.

5. Развитие систем здравоохранения и современные парадигмы в развитии общества требуют оказания интегрированной медико-социально-психологической помощи. Иначе говоря, модель первичного звена должна отвечать современным требованиям, т.е. быть социально ориентированной. Это означает, что в составе ПМСП, кроме медицинского персонала, должны работать смежные специалисты: социальные работники, психологи, юристы.

6. Социально ориентированная модель

ПМСП уже не только доказала свою уместность, но и продемонстрировала более эффективную деятельность. В связи, с вызовами современного общества и видением новой социально-ориентированной модели ПМСП есть основания переименовать такую модель первичного уровня здравоохранения «первичной медико-социальной помощью».

7. Стимулом для более быстрого развития количества организаций ПМСП, работающих по семейному принципу обслуживания, может стать дифференциация заработной платы специалистов семейной практики, которая в настоящее время приравнена к заработной плате участковых врачей и медсестер, что исключает мотивацию для работы по семейному принципу.

8. Расширение функциональных обязанностей среднего медицинского персонала организаций ПМСП позволит повысить эффективность деятельности первичного звена здравоохранения.

Таким образом, не смотря на предпринимаемые меры в стране по развитию пациенто-ориентированной модели ПМСП, путем введения социально-психологической службы, стимулирующего компонента подушевого норматива, остается нерешенной главная проблема, которая заключается в совершенствовании технологии оказания услуг ПМСП и организация взаимоотношений между участниками процесса оказания медицинских услуг (АПО, стационар, скорая помощь, центр ЗОЖ и другие), что позволит улучшить качество услуг и сформировать доверие пациентов к поликлиническим организациям.

Сергазин Б.Ш.

Директор РГП на ПХВ «Республиканский центр санитарной авиации»
Министерства здравоохранения Республики Казахстан, г. Астана

Ахильбеков Н.С.

Заместитель директора по медицинским вопросам РГП на ПХВ «Республиканский центр санитарной авиации»
Министерства здравоохранения Республики Казахстан, г. Астана

Бюрабекова Л.В.

Начальник учебно-клинического отдела РГП на ПХВ «Республиканский центр санитарной авиации»
Министерства здравоохранения Республики Казахстан, г. Астана

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ САНИТАРНОЙ АВИАЦИИ ПО ИТОГАМ I ПОЛУГОДИЯ 2012 ГОДА И I ПОЛУГОДИЯ 2013 ГОДА

Аталуы: Қорытындылар бойынша санитариялық авиация қызметін салыстырмалы талдау 2012 жылдың I жарты жылдығы және 2013 жылдың I жарты жылдығы Астана қ.

Авторлары: Б.Ш. Сергазин, Н.С. Ахильбеков, Л.В. Бюрабекова, Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің «Республикалық санитариялық авиация орталығы» ШЖҚ РМК

Түйіндемесі: Бапта 2012-2013 жылдардың I-ші жарты жылдығы бойынша Республикалық санитариялық авиация орталығының қызмет көрсету қорытындысының салыстырмалы талдауы жазылған.

Title: Comparative analysis of sanitary aviation services by the results of 1-th half of 2012, and 1-th half of 2013

Authors: Sergazin B.Sh., Ahilbekov N.S., Byurabekova L.V., Republican Public Enterprise with Economic Jurisdiction «Republican Centre of Air Medical Service», Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, Astana c.

Abstract: The article describes a comparative analysis of the results of the Republican Center for Sanitary Aviation by the 1th half of 2012 and 2013.

В соответствии с поручением Главы Государства Н.Назарбаева, озвученного в Послании к народу Казахстана от 28 февраля 2011 года «Построим будущее вместе!» по развитию транспортной медицины, открылся Республиканский центр санитарной авиации (далее – РЦСА). Основание: постановление Правительства Республики Казахстан от 29 декабря 2012 года № 1724 «О создании Республиканского государственного предприятия на праве хозяйственного ведения «Республиканский центр санитарной авиации» Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

Основной целью создания РЦСА являются улучшение качества и доступности экстренной медицинской помощи с использованием воздушного транспорта для снижения смертности и инвалидизации населения.

Следует отметить, что ранее, по инициативе Министерства здравоохранения Республики Казахстан в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 14 апреля 2011 года №119 начал функционировать в г. Астане Республиканский координационный

центр по санитарной авиации на базе АО «Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи» Национального медицинского холдинга (первый вылет осуществлен 12 июля 2011 года).

В динамике спрос на услуги санитарной авиации вырос. Так, в I полугодии 2012 года осуществлено 353 вылета, что на 60% меньше, чем в I полугодии 2013 года (594 вылета). Увеличилось на 55% и оказание медицинских услуг с 467 в 2012 году до 841 (рисунок 1).

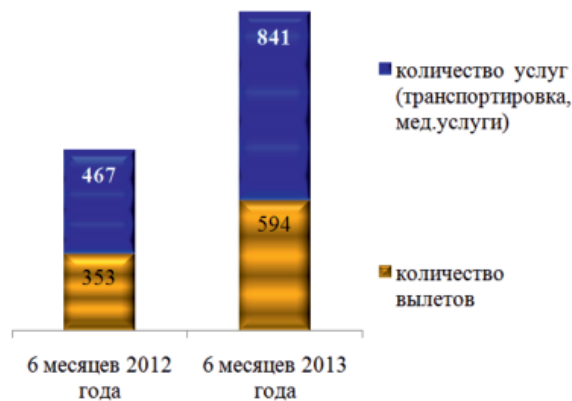


Рисунок 1 – Количество вылетов и услуг санитарной авиации

В разрезе 14 регионов количество вылетов распределилось следующим образом.

Отмечается значительный рост вылетов в сравнении итогов I полугодия 2012 года и I полугодия 2013 года в следующих регионах:

- Западно-Казахстанской области с 5 до 41, рост в 8,2 раза;
- Костанайской области с 9 до 34, рост в 3,8 раза;
- Северо-Казахстанской – 8 и 29 соответственно, рост в 3,6 раза;
- Южно-Казахстанской область – с 28 до 98, рост в 3,5 раза;
- Кызылординской области – с 15 до 52, рост в 3,4 раза;
- Павлодарская область – с 22 до 71, рост в 3,2 раза;
- Алматинской области – с 7 до 16, рост в 2,3 раза;
- Мангыстауской области – 18 вылетов против 30, рост в 1,7 раза;
- Жамбылской области – 16 против 19, рост в 1,2 раза;
- Актюбинской – 22 и 25, рост в 1,1

раза.

В Восточно-Казахстанской области количество вылетов находится практически на одном уровне за анализируемый период – 85 и 84 соответственно.

Отмечается сокращение количества вылетов в трех регионах страны, это Атырауская область – в I полугодии 2013 года осуществлено 40 вылетов, тогда как в I полугодии 2012 года было 55 вылетов, Акмолинская область – 14 вылетов против 18 и Карагандинская, где вылетов снизилось с 38 до 32. При этом сокращение вылетов в Атырауской области связано с расторжением договора с поставщиком транспортных услуг, в Акмолинской области в связи с отсутствием поставщика транспортных услуг (все вылеты осуществлены из г.Астана), а в Карагандинской области в связи с усилением новыми авто-транспортными средствами службы скорой помощи и обслуживания части вызовов из близлежащих районов наземным транспортом.

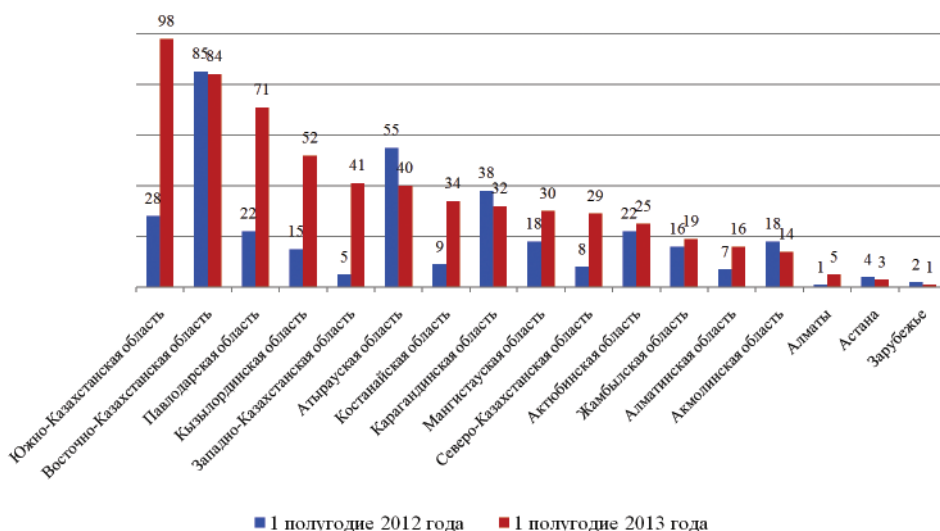


Рисунок 2 – Количество вылетов санитарной авиации в разрезе регионов Республики Казахстан

Услуги санитарной авиации представлены в 3 видах – вылет с оказанием медицинской помощи на месте, консультативная помощь на месте и медицинская транспортировка пациентов. Последний вид услуги занимает первое место 294 (63%) за I полугодие 2012 года и 506 (60%) в I полугодии 2013 года, среди которых доминируют внутрирегиональные транспортировки 190 (53%) и 363 (61%) соответственно (рисунок 3).



Рисунок 3 – Количество услуг санитарной авиации

Наряду с увеличением количества вылетов в I полугодии 2013 года отмечается и рост количества оказанных медицинских услуг. Так, консультации выросли на 86% со 145 в I полугодии 2012 года до 271, также увеличилось и количество оперированных пациентов на месте, выездными консультантами – с 28 до 64 (43,7%) (рисунок 4).

Случаи смерти пациентов до прибытия бригады санитарной авиации зарегистрированы в абсолютных числах в I полугодии 2012 года – 2 случая и в I полугодии 2013 года – 3 случая. Кроме того, зарегистрирован 1 случай смерти пациента в присутствии бригады санитарной авиации в 2013 году.



Рисунок 4 – Количество медицинских услуг

На межрегиональные транспортировки приходится 133 (37,5%) в I полугодии 2012 года и 224 (37,7%) в I полугодии 2013 года. Кроме того, за отчетный период было произведено 2 международных транспортировки в 2012 году (США, Турция) и 1 в 2013 году (Турция).

В разрезе средств авиации преобладают транспортировки на самолете 173 (58%) в I полугодии 2012 года и 433 (72%) в I полугодии 2013 года, на вертолете 148 (42%) и 161 (28%) соответственно.

В структуре услуг – на первом месте неотложные состояния в акушерской практике, они составили 153 (33%) в I полугодии 2012 года и 162 (20,3%) в I полугодии 2013 года, затем патология новорожденных 66 (13%) и 139 (17,4%) соответственно, неотложные состояния в педиатрической практике – 75 (16%) и 122 (15,3%), травмы, в том числе дорожно-транспортные происшествия – 62 (15%) и 160 (20%).

В I полугодии 2013 года значительно увеличилось количество пациентов с болезнями системы кровообращения и составило 128 (16%), и другое (болезни центральной нервной системы, органов дыхания, заболевания крови, онкология

и т.д.) 108 (23%) и 102 случая (12,8%) соответственно.

Выводы:

В Республике Казахстан создана и с нарастающим объёмом работает система консультирования и авиационной транспортировки пациентов в критических состояниях, как внутри областей, так и в республиканские специализированные медицинские организации.

1. На сегодняшний все регионы страны охвачены транспортомными средствами санитарной авиации. Отмечается положительная динамика по увеличению количества вылетов практически по всем регионам, за исключением 4 областей: Акмолинской, Атырауской, Восточно-Казахстанской и Карагандинской.

2. Налажена работа по доставке врачей-специалистов для оказания консультативной помощи (коррекция лечения), хирургических вмешательств, анестезиологических пособий и т. д.

3. В структуре услуг на первом месте неотложные состояния в акушерско-гинекологической практике, что является значительным вкладом в работу по снижению случаев материнской смертности в стране.

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЭКОНОМИКАСЫ ЖӘНЕ БАСҚАРМА ҚАРЖЫЛАРМЕН /
ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И УПРАВЛЕНИЕ ФИНАНСАМИ**Касымжанова Ж.***Государственное учреждение «Управление здравоохранения города Алматы»*ЕДИНАЯ НАЦИОНАЛЬНАЯ СИСТЕМА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, КАК ВОЗМОЖНОСТЬ
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕНЕДЖМЕНТА
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**Аталуы:** Бірыңғай ұлттық денсаулық сақтау жүйесі денсаулық сақтаудағы менеджментті жетілдірудің мүмкіндігі ретінде**Авторы:** Касымжанова Ж., «Алматы қаласының денсаулық сақтау басқармасы» мемлекеттік мекемесі**Түйіндеме:** Осы мақалада Алматы қаласы бойынша Бірыңғай ұлттық денсаулық сақтау жүйесінің қағидаттарын енгізу жөніндегі жұмыстардың нәтижелері, бұлар бәсекелестік органы қалыптастыру және мемлекеттік тапсырыстың орындалуына қоса көмектің сапасын арттыру, қаржы менеджментін жетілдіру, стационарлық көмекте ЖММК-ті қаржыландыру, еңбекке сараланған ақы төлеуді енгізу, ынталандырушы компонентті (ЖНЫК) енгізу сипатталады.**Title:** Unified national Health system, as an opportunity to improve management in health care sphere**Author:** Kassymzhanova Zh., State Institution "Department of Health Care in Almaty city"**Abstract:** This article describes the results of the implementation of the principles of Unified National Health System in Almaty city. They are formation of the competitive environment and improving the quality of help to fulfill state orders, improving financial management, funding tertiary care in the hospital assistance, the introduction of differentiated pay, the introduction of incentive component (SKPN).

Единая Национальная система здравоохранения (далее – ЕНСЗ) успешно внедряется в Казахстане с 2010 года и ориентирована на формирование конкурентной среды по оказанию медицинских услуг, повышение их доступности и прозрачности, свободный выбор пациентом врача и медицинской организации, ориентацию системы здравоохранения на конечный результат.

В преддверии этого в медицинских организациях города Алматы проведена комплексная подготовительная работа – введена система внутреннего аудита качества медицинской помощи, разработаны индикаторы качества, проведена аккредитация государственных и частных организаций здравоохранения, обучено свыше тысячи медицинских работников, организована активная информационная работа с населением через СМИ.

С целью обеспечения взаимодействия местных исполнительных органов, местных представительных органов, структурных подразделений государственных органов, подведомственных МЗ РК, и общественных организаций при акимате города созданы

Координационный совет по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) в условиях ЕНСЗ, Общественный совет по защите прав пациентов, где активно обсуждаются вопросы доступности и качества медицинских услуг.

Для формирования конкурентной среды и повышения качества помощи к выполнению госзаказа на оказание населению города Алматы ГОБМП привлечены не только государственные, но ведомственные и частные клиники. В 2010 году госзаказ в системе Единого плательщика, которым является Комитет оплаты медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан (далее – КОМУ МЗ РК), получили 54 государственные городские организации, 16 расположенных в Алматы республиканских клиник, научно-исследовательских институтов, и только 2 ведомственные и 3 частные клиники. В 2012 году конкурентная среда расширилась до 75 организаций, число ведомственных и частных организаций возросло до 3 и 8 соответственно. Количество работающих в системе Единого плательщика предприятий

на праве хозяйственного ведения возросло в 3 раза, с 7 до 21.

В 2013 году в системе единого плательщика за счёт средств республиканского бюджета оказывают ГОБМП 63 государственных городских организации (в т.ч. 30 – на ПХВ), 16 республиканских организаций, НИИ и НЦ, 2 ведомственных, 16 частных организаций. В оказании ВСМП задействовано 8 государственных городских организаций, 8 республиканских клиник, НИИ и НЦ, 1 ведомственная и 8 частных организаций.

Созданы равные условия для оказания ГОБМП в государственных и частных. Распределение госзака осуществляется на конкурсной основе, исходя из потенциала организации и её сложившегося на рынке медицинских услуг имиджа. Предпочтение оказывается аккредитованным организациям с хорошим уровнем менеджмента.

Министерство здравоохранения для устойчивого функционирования ЕНСЗ обеспечивает стабильное и нарастающее в динамике финансирование. В 2010 году из Республиканского бюджета через ДКОМУ МЗ РК на стационарную и стационарозамещающую помощь городским организациям за выполненный объем помощи выплачено 12,0 млрд. тенге, в 2011 году – 15,2 млрд. тенге, в 2012 – 17,1 млрд. тенге, с приростом на 12,5% к уровню 2011 года, и на 43% к уровню 2010 года.

В 2013 году объём финансирования из средств республиканского бюджета по городским организациям по плану составит 17,6 млрд. тенге, с приростом +3%. Всего на обеспечение стационарной помощи в рамках ГОБМП из республиканского бюджета предусмотрены средства для города в сумме

31 891 млн. тенге (с учётом НИИ, НЦ, республиканских организаций, организаций всех форм собственности и ведомственной подчинённости). Кроме того, целевыми текущими трансфертами на обеспечение и расширение ГОБМП для города выделено 6 098,5 млн. тенге, в том числе на оказание медицинской помощи онкологическим больным – 2 011,6 млн. тенге, на оплату дополнительного (стимулирующего) компонента к тарифу ПМСП – 884 млн. тенге.

Для повышения финансовой самостоятельности организаций здравоохранения, роста навыков их руководителей по финансовому менеджменту и повышению автономности управления в 2013 году число организаций, перешедших на право хозяйственного ведения, возросло до 32, или 39%. Для повышения финансовой прозрачности и экономической эффективности в них создаются Наблюдательные советы.

Для оценки и повышения уровня финансового менеджмента в 2012 году была организована подготовка и защита бизнес-планов организаций здравоохранения и утверждение планов их развития на 2013-2016 годы.

За счёт совершенствования финансового менеджмента повышалась эффективность использования средств государственного бюджета. Основные параметры финансирования здравоохранения города Алматы (с учётом республиканского бюджета) с 2010 по 2012 год значительно улучшены. Стоимость 1 пролеченного в стационаре больного возросла почти в 2 раза, стоимость 1 койко-дня – более чем в 1,5 раза, стоимость 1 посещения в амбулаторно-поликлинические организации – более чем в 2 раза (рисунок 1).



Рисунок 1 – Эффективность использования бюджетных средств

Внедрение ЕНСЗ позволило осуществлять трансферт высокоспециализированной помощи не только с республиканского на региональный уровень, но и с зарубежного на региональный уровень. И, на сегодня Алматы является регионом, проводящим самый большой объём высокоспециализированной медицинской помощи (далее – ВСМП) в стране.

Доля финансирования ВСМП в стационарной помощи по стране в зависимости от её развития в регионах в 2012 году составила 10,9% (без учета республиканских клиник). При этом, в медицинских организациях города Алматы (без НИИ, НЦ) развитие ВСМП составляет 25% от объёма ВСМП по республике (рисунок 2).

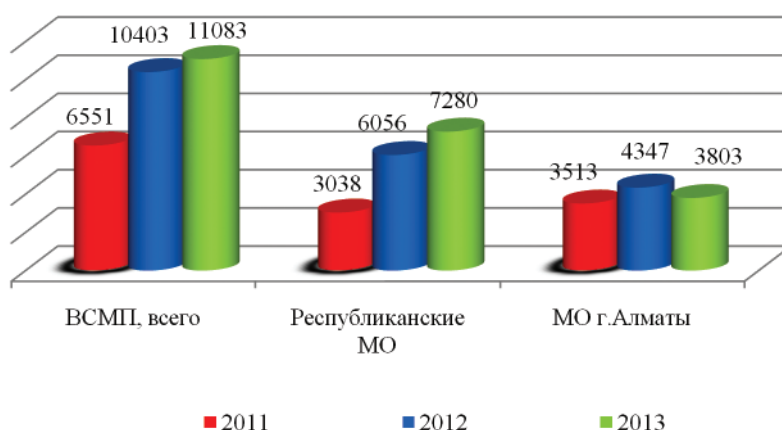


Рисунок 2 – Динамика ВСМП в регионе за 2011-2013 гг.

В рамках ВСМП на уровне городских организаций проводятся сложные слухулучшающие операции, кохлеарная имплантация, лапароскопические и микрохирургические

операции, замена суставов, широкий спектр кардиохирургических операций взрослым и детям, и др. (рисунок 3).

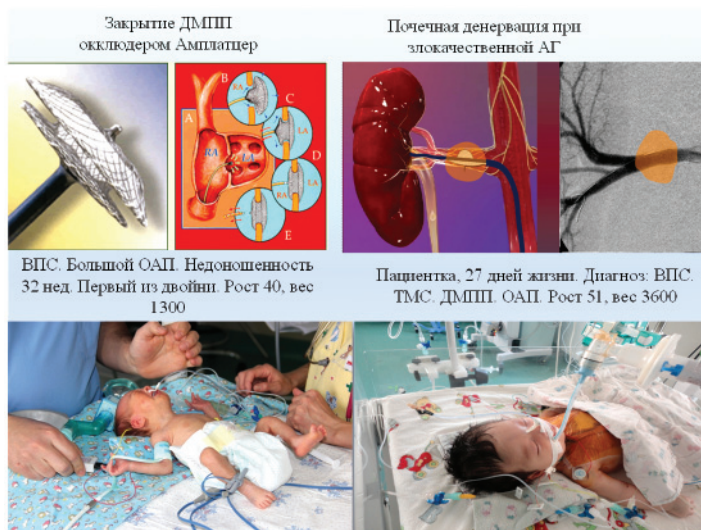


Рисунок 3 – ВСМП на уровне городских организаций

В городской клинической больнице №7 в 2012 году проведено 12 родственных трансплантаций почек, из них 1 операция – комбинированная трансплантация «почка + поджелудочная железа», проведена впервые в Казахстане.

В 2013 году проведена трансплантация родственных почек уже 8 пациентам. В клинике успешно внедрена нейрохирургическая операция с использованием новейшей нейронавигационной системы Curve (рисунок 4).

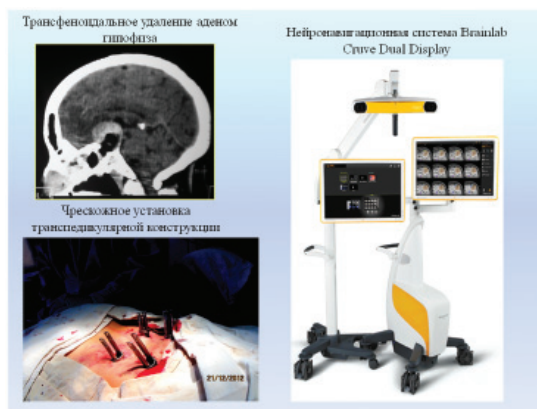


Рисунок 4 – ВСМП на уровне городских организаций

Доступность ГОБМП обеспечивается за счет развития стационарозамещающих технологий (СЗТ), что является результатом адекватного финансирования услуг дневных стационаров. По сравнению с 2009 годом финансирование СЗТ по г. Алматы увеличилось более, чем в 10 раз: 2009 год – 149,0 млн. тенге, 2011 год – 1,4 млрд. тенге, в 2012 году – 1,9 млрд. тенге.

В условиях ЕНСЗ налажено взаимодействие с Единым дистрибьютором по поставке лекарственных средств ТОО «СК Фармация». И все эти годы это партнёрство успешно развивается. Кроме того, с введением ЕНСЗ у организаций появилась возможность приобретать необходимое оборудование в лизинг через ТОО «СК Фармация», «Казмедтех». И городские организации здравоохранения используют эту возможность.

Принцип свободного выбора медицинской организации реализуется на уровне первичной медико-санитарной помощи и при плановой госпитализации в стационары. В период основной компании по прикреплению населения (с 1 января по 1 февраля 2010 года) в территориальных поликлиниках зафиксировалось 7 644 человек, закрепилось первично 21 128 жителей. На сегодня к поликлиникам прикреплено 1 480 139 горожан.

Министерством здравоохранения приняты системные меры по укреплению и совершенствованию ПМСП. Для выравнивания подушевого норматива из средств республиканского бюджета в 2011 году получено 349,6 млн. тенге, в 2012 году – 566,0 млн. тенге. На эти средства введены и укомплектованы дополнительные должности участковых медицинских сестёр, создана социально-психологическая служба, укомплектованы должности социальных работников и психологов.

Эффективно реализуется право свободного выбора пациентами стационара при плановой госпитализации на специализированную (СМП) и высокоспециализированную помощь. В 2010 году им воспользовалось 46 844 больных, в 2011 году – 94 255 больных, в 2012 году – 105 211 пациентов. Используя право свободного выбора стационара при плановой госпитализации, каждый десятый пациент республики направлялся в клиники г.Алматы.

Удельный вес плановых больных возрос с 30% в 2010 году, до 33% в 2011 году и до 36,3% в 2012 году. Это – положительный факт, свидетельствующий о росте доступности стационарной помощи для населения.

В 2010 году удельный вес пролеченных в стационарах города Алматы иногородних больных (СМП+ВСМП) составил 17%. В 2012 году наметилась тенденция снижения числа и удельного веса иногородних больных, госпитализированных в стационары города (с 18,2 до 15,2%). На лицо конкуренция регионов за больного. Возмещение КОМУ МЗ РК затрат за пролеченных иногородних больных организациям, подведомственным управлению здравоохранения г. Алматы, составило в 2010 году 596,5 млн. тенге, в 2011 году – 1 млрд. 194,0 млн. тенге., с ростом в 2 раза, в 2012 году – 3 млрд. 252,2 млн. тенге, с ростом в 2,7 раза.

С внедрением ЕНСЗ организован такой вид помощи, как ранняя стационарная реабилитация больных с тяжёлыми заболеваниями (БСК, травмы, неврологические заболевания). В 2010 году этот вид помощи получил 2 261 больной, в 2012 году – 5 033 больных, с ростом в 2,2 раза.

Ориентация на конечный результат позволила в 2010-2011 годах оплачивать

пролеченные в стационарах случаи по фактическим затратам, дифференцируя оплату в зависимости от исходов лечения. С 2012 года оплата проводится по клинико-затратным группам. Средняя стоимость пролеченного в стационаре больного возросла за период внедрения ЕНСЗ в 3 раза.

Согласно концепции ЕНСЗ, обеспечено внедрение технологий мотивации медицинских работников к качественному оказанию медицинских услуг. В организациях здравоохранения, которые работают в системе Единого плательщика, созданы условия для внедрения дифференцированной оплаты для всего персонала, так как действующая система

финансирования ориентирована на конечный результат и стимулирует эффективное использование ресурсов, в том числе за счет внедрения ресурсосберегающих технологий и мотивации персонала.

Выплаты стимулирующего характера по дифференцированной системе оплаты труда за счет экономии бюджетных средств и средств от оказания платных услуг в 2012 году произведены 41-й медицинской организацией города Алматы на сумму 700,2 млн. тенге (рисунок 5).

Это городские организации, где действительно внедрены эффективный менеджмент и система ресурсосбережения.

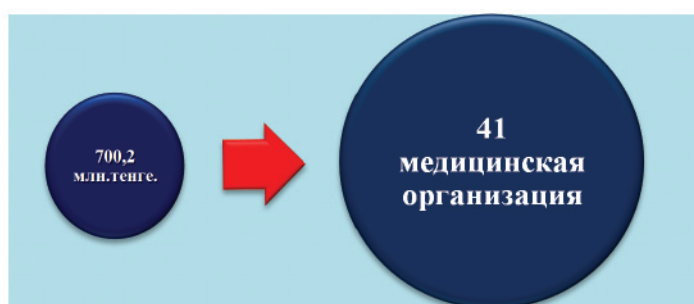


Рисунок 5 – Выплаты в рамках дифференцированной оплаты

С учетом внедрения дифференцированной оплаты труда средняя заработная плата на 1 врача в 2012 году составила 115,9 тыс. тенге, на 1 среднего медицинского работника – 91,6 тыс. тенге, на 1 младшего и прочего персонала – 65,7 тыс. тенге.

По стимулирующему компоненту

(СКПН) Министерством здравоохранения из республиканского бюджета за достигнутые в 2012 году результаты выделено 759,4 млн. тенге, из которых 75,9 млн. тенге (10%) направлено на повышение квалификации специалистов службы ПМСП (рисунок 6).



Рисунок 6 – Выделенные из РБ средства по стимулирующему компоненту (млн. тенге)

В результате по городу Алматы в 2012 году СКПН за достижение заданных параметров здоровья прикрепленного населения получил 812 врачей, в среднем в месяц на 1 врача выплаты к основному окладу составил 87,7 тыс. тенге, и 1519 среднего медперсонала, в среднем в месяц на 1 СМП – 49,4 тыс. тенге, 91 социальных

работник, в среднем в месяц на 1 социального работника приходится – 56,6 тыс. тенге.

За счёт комплекса мер по совершенствованию оплаты труда средний уровень заработной платы у специалистов бюджетных отделений городских организаций к уровню 2009 года возрос почти в 2 раза.

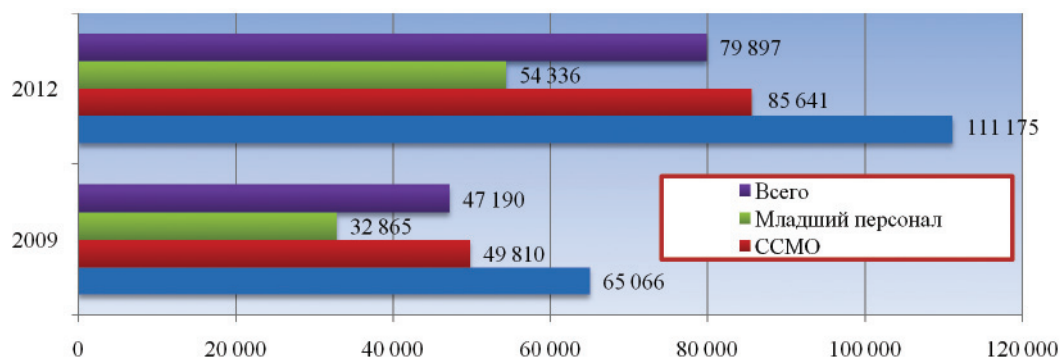


Рисунок 7 – Динамика уровня оплаты труда

Дальнейшее развитие ЕНСЗ будет идти в направлении внедрения информационной системы управления качеством медицинских услуг и усиления экономического воздействия за допущенные дефекты.

Внедрение ЕНСЗ оказало положительное влияние и на индикаторы здоровья населения. С 2009 года стабильно растут рождаемость и естественный прирост населения города Алматы, снижается общая смертность населения. Младенческая

смертность снижена в 1,5 раза, материнская – почти в 2 раза. Снизилась заболеваемость и смертность населения от туберкулёза, от болезней системы кровообращения. Растёт выявляемость злокачественных новообразований на ранних стадиях развития. Средняя продолжительность жизни горожан за последние три года возросла на 1,6 года (с 70,91 до 72,49 лет), и это – главный итог развития системы здравоохранения города (рисунок 8).

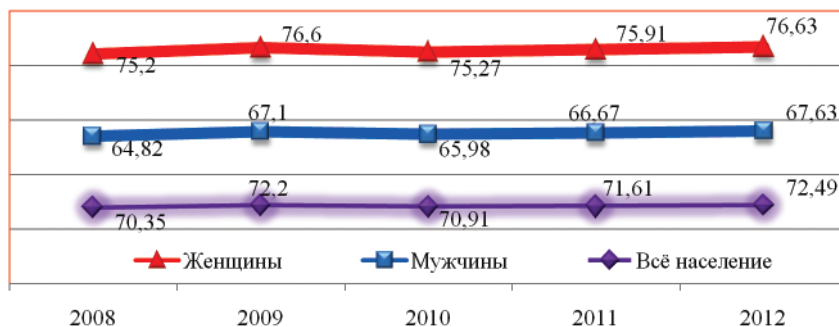


Рисунок 8 – Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (число лет)

Таким образом, внедрение Единой Национальной системы здравоохранения было своевременным и эффективным, что позволило значительно улучшить уровень

менеджмента в медицинских организациях города Алматы, и позитивно влиять на основные индикаторы здоровья жителей.

Саурбаев Т.К.

Главный врач городской поликлиники №1, город Тараз

ВНЕДРЕНИЕ РАЦИОНАЛЬНЫХ ФОРМ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО – САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ (ПМСП), ТРАНСФЕРТЫ, СОЦИАЛЬНАЯ ОРИЕНТИРОВАННОСТЬ, РАБОТА РЕГИСТРАТУРЫ

Аталуы: Медициналық-санитариялық алғашқы көмектің (мсақ) ұтымды нысандарын енгізу, трансферттер, әлеуметтік бағыттылық, тіркеу орының жұмысы

Авторлар: Саурбаев Т.К., Тараз қаласы №1 қалалық емханасының бас дәрігері

Түйіндемесі: Медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсетуді дамыту мен жетілдіру тамақтану, өмір сүру мен еңбек ахуалының қауіпсіздігін көтеру, спортты дамыту, жағымсыз әдеттермен күресу, ана мен баланы қорғау және әлеуметтік маңызы бар аурулардың алдын алу, сондай-ақ, халыққа қолжетімді және сапалы медициналық көмек көрсету секілді мәселелер бойынша жасалатын іс-шаралар жиынтығын әзірлеу мен ендіруде салааралық және ведомстволаралық ықпалдастықты күшейтуді көздейді.

Title: Efficient implementation of forms of primary health - health care (PHC), transfers, social orientation, operation of registries

Authors: Saurbayev T.K., Chief physician of the city hospital №1 in Taraz

Abstract: Development and perfection of the Primary care presupposes strengthening of intersectoral and interdepartmental cooperation in the sphere of development and introduction of complex measures on issues of feeding, ensuring life and labor safety conditions, development of sport, fight against harmful habits, mother / child protection, prevention of socially meaningful diseases, and also rendering accessible and qualitative medical care to the population.

Глава Государства на 13 съезде НДП «Нұр Отан» сказал: «К 2013 году будет сформирована Единая Национальная система здравоохранения, которая повысит качество первичной медико-санитарной помощи».

Высокое качество внебольничной помощи во многом зависит от рациональной организации поликлиник и совершенствования их организационно-функциональной структуры.

С 1 января 2010 года в городской поликлинике №1 внедрена и успешно работает Единая Национальная системы здравоохранения (ЕНСЗ).

В связи с тем, повышается взаимодействия и преемственности в деятельности всех звеньев системы организации лечебно-профилактической помощи населению.

Внедрение ЕНСЗ предусмотрено в Государственной программе здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы [1].

В соответствии с требованиями Государственной программы «Саламатты Қазақстан» отмечаются ежегодное снижение количества пролеченных больных в круглосуточном стационаре и роста случаев

в дневном стационаре и стационарах на дому. Порталь Бюро госпитализации являясь частью Единой Национальной системы здравоохранения реализует право пациентов на свободный выбор медицинской организации и доступность оказываемых медицинских услуг при плановой госпитализации.

Государство создало все финансовые условия для плодотворной работы медицинских работников. В целях поощрения работников ПМСП с 2011 года введен стимулирующий компонент. Работа ПМСП сегодня оценивается в разрезе каждого участка по 10 индикаторам.

Расширен перечень гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) для создания гражданам максимально доступной системы здравоохранения, в этом направлении можно отметить созданную на базах ПМСП социально-психологическую службу. Совершенствуется механизм лекарственного обеспечения социально уязвимых слоев населения. С 2012 года выдаются 100% бесплатно лекарственные средства ранее отпускающиеся с 50% скидкой.

В условиях ЕНСЗ особое внимание

уделяется развитию конкурентной среды, что, безусловно, на пользу пациентам. Созданы равные условия для частных и государственных поставщиков медицинских услуг в рамках ГОБМП.

В целях расширения организационных форм оказания медицинской помощи в поликлинике функционируют дневной стационар на 25 коек и стационар на дому. В связи с достаточным обеспечением стационары на дому и дневной стационар необходимыми медикаментами, отмечается тенденция к повышению количества пролеченных больных в дневном стационаре и стационарах на дому, а доступность и качество оказания медицинской помощи улучшаются. Анализ работы дневного стационара показывает, о том что в структуре заболеваемости на первом месте находится заболевания сердечно-сосудистой системы, на втором месте заболевания желудочно-кишечного тракта, и на третьем месте заболевания органов дыхания. В структуре заболеваемости в организованных стационарах на дому на первом месте оказались заболевания органов дыхания, на втором – заболевания опорнодвигательного аппарата, на третьем – заболевания эндокринной системы.

Ежегодно для проведения скрининговой программы выделяется трансферты. Перечень ГОБМП пополняется также через расширение целевых групп Национальной скрининговой программы. Ранее проводимым скринингам, дополнительно включен раннее выявление врожденной и наследственной патологии слуха среди детей раннего возраста, целевых групп риска.

Состояние здоровья населения зависит от уровня экономического развития страны и является показателем социальной ориентированности общества, социальных гарантий, которые характеризуют степень ответственности государства перед своими гражданами. Особое значение и приоритет в здравоохранении Казахстана приобретает сегодня совершенствование системы раннего выявления и диагностики различных заболеваний. Немаловажная роль в системе оказания медицинской помощи отводится ПМСП, которая является ключевым звеном на догоспитальном этапе [2]. Развитие этого принципа предполагает усиление межсекторального и межведомственного взаимодействия по разработке и внедрению комплекса мер по вопросам питания, повышения безопасности условий жизни и труда, развития спорта,

борьбы с вредными привычками, охраны матери и ребенка и профилактики социально-значимых заболеваний.

Эффективный здоровье сберегающий фон должен сопровождать человека на протяжении всего жизненного цикла, начиная с планирования беременности и рождения ребенка, в младенчестве, детстве, школьном периоде и далее – молодости и зрелости, пенсионном возрасте.

В целях реализации поручений Главы государства, сформулированного в ежегодном Послании народу Казахстан, поликлиники совершенствуют организацию своей работы для обеспечения доступной медицинской помощи.

Так, на основании приказа №557 изданного Министерством здравоохранения Республики Казахстан от 8 августа 2012 года, в поликлинике с августа 2012 года реорганизован работа регистратуры [3].

С этой целью в регистратуре установлен несколько телефонов. Один из телефонов предназначен специально для работы с пациентами пожилого возраста. С ними же ведет работу отдельно выделенный регистратор, под рукой которого находится картотека больных пожилого возраста.

Два телефона регистратуры работает только для предварительной записи пациентов на прием к специалистам, по двум телефонам ведется прием вызовов на дом. Один телефон предназначен для справочной службы.

Кроме того, в регистратуре введены журналы для регистрации предварительной записи к врачам. При этом с пациентами налажена обратная связь. При записи к специалистам они указывают свои контактные телефоны, это позволяет регистраторам информировать пациентов об изменениях в графике приема врачей, которые работают по скользящему графику с 8.00 до 20.00 часов. Регистратура размещена на первом этаже поликлиники, обеспечивая максимальную доступность пациентам в получении услуг регистратуры. В холле на первом этаже рядом с регистратурой имеется табло, позволяющее пациентам получить исчерпывающие сведения о режиме работы всех подразделений поликлиники: время приема населения главным врачом и его заместителями, поэтажный указатель врачебных кабинетов, номера телефонов вызова врачей на дом, часы и объемы работы кабинетов и т.д. Подобные изменения в работе регистратуры позволили не только снизить загруженность

специалистов и избежать очередей в поликлинике.

Городская поликлиника №1 участвует во втором этапе в конкурсе, объявленном Министерством здравоохранения «Поликлиника без очередей» среди организации ПМСП по республике.

В Стратегии – 2020 поставлена задача сформировать в обществе идеологию ведения здорового образа жизни, то есть закрепить в сознании каждого казахстанца убеждение, что здоровье в первую очередь зависит от них самих.

Источники:

1. Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.
2. <http://crew.region.kz/c42178>.
3. Приказ МЗ РК №557 от 8 августа 2012 года «Об утверждении Инструкции о деятельности регистратуры организации, оказывающей амбулаторно-поликлиническую помощь».

Сапарғалиева Э.Б.

Врач-терапевт, ведущий специалист ПОФ РГП на ПХВ "РЦРЗ" МЗ РК

ОБЗОР АНАЛИЗА ГОСПИТАЛИЗИРОВАННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМУ ПРОФИЛЮ В РАМКАХ БЮДЖЕТНОЙ (036) ПРОГРАММЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ

Аталуы: Бюджеттік (036) қаржыландыру бағдарламасының шеңберінде терапевтік бейін бойынша емдеуге жатқызылған аурулар талдауына шолу

Авторы: Сапарғалиева Э.Б., Дәрігер-терапевт, ҚР ДСМ ДСДРО ШЖҚ РМК ПОФ жетекші маманы

Түйіндеме: Ағымдағы жылдың алғашқы үш айының қорытындысы бойынша, Павлодар облысының ауруханалық ұйымдарында терапевтік бейін бойынша емдеуге жатқызу деңгейі 8,3% ға төмендеген. Емдеуге жатқызылған аурулардың құрылымында қан айналым жүйесінің, тыныс алу органдары мен жүйке жүйесінің сырқаттары басым болып отыр. Науқастардың жас құрамы, негізінен, 19-дан 59-ға дейінгі ересек тұрғындармен берілген.

Алдын ала қойылған (жолдамалық) және қорытынды диагноздың арасындағы сәйкессіздіктер саны 2 251 оқиғаға тең. Емделіп шыққандар санынан амбулаторлық-емханалық ұйымдар деңгейінде басқарылатын созылмалы аурулардың өршуі болған науқастардың үлес салмағы - 43,7%, интенсивті емдеуді және тәулік бойы бақылауды қажет етпейтін науқастардың үлесі – 33,9% -ды құраған.

Осылайша, терапевтік бейін бойынша медициналық көмек көлемдерінің азайғанына қарамастан, медициналық мекемелердің өзара байланысы мен сабақтастығына, емдеуге жатқызудың негізділігіне және созылмалы аурулары бар науқастарды диспансерлеудің тиімділігіне назар аудару қажет.

Title: Review analysis hospital morbidity on therapeutic profile within the budget (036) financing program

Author: Sapargaliev E.B., Therapist, leading specialist in Pavlodar regional branch of Republican state enterprise on the right of economic management "Republican center for health development" Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan

Abstract: During the first three months of this year in hospital organizations in Pavlodar region hospitalization rates decreased on the therapeutic profile for 8.3%. The structure hospital morbidity is dominated by diseases of circulatory, respiratory and nervous system. The age structure of patients represented mainly by adults, 19 to 59 years. The number of discrepancies in preliminary (guided) and final diagnosis equals 2251 cases. Of the patients treated, the proportion of patients with exacerbations of chronic diseases, controlled at the level of out- polyclinic organizations amounted to 43.7%, which do not require intensive treatment and Day and night - 33.9%.

Thus, despite the decline in medical care therapeutic profile, you need to pay attention to the relationship and continuity of health care, validity of hospitalization and effectiveness of clinical examination of patients with chronic diseases.

Достижение высоких уровней состояния здоровья населения, совершенствование форм и методов охраны здоровья, контроль деятельности учреждений здравоохранения и управление ими невозможны без постоянного анализа статистической информации.

По итогам первого квартала текущего

года в больничных организациях Павлодарской области пролечено 24 889 больных, из них терапевтического профиля – 7 894. Это фактически 48,7% всех плановых и 25,5% госпитализаций, по экстренным показаниям. Уровень госпитализации составил 1,1 на 100 жителей (за первый квартал 2012 год – 1,2).

В структуре госпитализированной

заболеваемости по терапевтическому профилю, согласно Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (Десятого пересмотра, далее МКБ 10), первое место занимают болезни системы кровообращения (46,4%), второе – болезни органов дыхания (14,7%), третье – болезни нервной системы (6,8%). Далее следуют

болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (6,3%), травмы и отравления (5,5%), болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (4,3%), болезни кожи и подкожной клетчатки (3,7%). А также факторы, влияющие на состояние здоровья (2,5%), болезни мочеполовой системы (2,2%), другие классы (7,6%).



Рисунок 1 – Структура госпитализированной заболеваемости по терапевтическому профилю

Анализ возрастного состава больных терапевтического профиля показал, что в основном преобладает взрослое население от 19 до 59 лет (53,2%) и старше 70 лет (25,3%). При этом в плановом порядке, большинство поступают в возрасте 19-69 лет, по экстренным показаниям

– подростки 15-18 лет и лица старше 70 лет. В зависимости от типа госпитализации (планово, экстренно) меняется и структура заболеваемости, в основном по нозологии. При госпитализации по экстренным показаниям, наибольший удельный вес составляют.

Таблица 1 – Удельный вес госпитализации по экстренным показаниям

№	Наименование рубрики по МКБ 10	Удельный вес (%)
1	Бактериальная пневмония, не классифицированная в других рубриках	16,6
2	Гипертензивная болезнь сердца (гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца)	13,4
3	Стенокардия (грудная жаба)	13,1
4	Инфаркт мозга	8,6
5	Преходящие (транзиторные) церебральные ишемические приступы (атаки) и родственные синдромы	6,8
6	Токсическое действие алкоголя	5,1
7	Острый инфаркт миокарда	3,2
8	Другие цереброваскулярные болезни	3,0
9	Остеохондроз позвоночника	2,1
10	Астма	2,0

Помимо кардиологических больных, в плановом порядке преимущественно поступают больные эндокринологические, неврологические, на восстановительное лечение и медицинскую реабилитацию.

Анализ расхождения диагнозов показал, что среди госпитализированных по экстренным показаниям количество расхождений предварительного и

заключительного диагноза составило 1 733 случая, в том числе абсолютного вида – 209, точнее коды по МКБ 10 относятся разным группам заболеваний. При госпитализации в плановом порядке количество расхождений направительного и заключительного диагноза составило 518 случаев, из них абсолютных – 161.

Из числа экстренно госпитализирован-

Таблица 2 – Удельный вес заболеваний, поступающих в плановом порядке

№	Наименование рубрики по МКБ 10	Удельный вес (%)
1	Стенокардия (грудная жаба)	19,8
2	Последствия цереброваскулярных болезней	11,0
3	Другие цереброваскулярные болезни	5,3
4	Гипертензивная болезнь сердца (гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца)	4,7
5	Инсулиннезависимый сахарный диабет	4,5
6	В личном анамнезе некоторые другие болезни	4,1
7	Псориаз	2,8
8	Сeropозитивный ревматоидный артрит	2,5
9	Остеохондроз позвоночника	2,3
10	Другая хроническая обструктивная легочная болезнь	2,2

ных больных удельный вес с обострениями хронических заболеваний, управляемых на уровне амбулаторно-поликлинической организации, составило 43,7%. Это, прежде всего диспансерные больные с таким заболеванием как гипертоническая болезнь (619 случай), астма (93 случай), сахарный диабет (83 случай), хроническая почечная

недостаточность (41 случай), хроническая обструктивная легочная болезнь (25 случай). Среди пролеченных в плановом порядке удельный вес больных, не требующих интенсивного лечения и круглосуточного наблюдения, составил 33,9%. Это в основном заболевания подлежащие лечению на уровне дневного стационара (таблица 3).

Таблица 3 – Заболевания подлежащие лечению на уровне дневного стационара

№	Наименование рубрики (подрубрики) по МКБ 10	Удельный вес (%)
1	Гипертензивная болезнь сердца (гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца)	13,8
2	Другая хроническая обструктивная легочная болезнь	6,4
3	Инфекции почек при беременности	4,5
4	Хроническая почечная недостаточность	2,8
5	Последствия травм головы	2,8
6	Ревматические болезни (пороки) митрального клапана	2,4
7	Ранний сифилис	2,4
8	Фиброз и цирроз печени	2,1
9	Хроническая эритремия	1,8
10	Железодефицитная анемия	1,7

В связи с вышеизложенными данными необходимо во-первых провести более глубокий анализ расхождения диагнозов, выявить ошибки некачественного ведения медицинской документации и несоответствия клинических диагнозов кодам МКБ 10. Во-вторых пересмотреть «Перечень заболеваний, управляемых на уровне амбулаторно-поликлинической организации», «Случаи плановой госпитализации, которым показано лечение преимущественно в условиях дневного стационара» с учетом замечаний

профильных специалистов и экспертов, с последующим внедрением в программный комплекс, во избежание завышения процента утяжеления случаев и необоснованной госпитализации в аналитических таблицах портала. В третьих провести экспертизу случаев на уровне медицинской организации, с изучением первичной документации, соответствие тяжести состояния и адекватности терапии, определить истинное количество необоснованной госпитализации.

ДӘРІ-ДӘРМЕК ОБЛЫСЫНДАҒЫ ҰЛТТЫҚ САЯСАТ / НАЦИОНАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Молдахметова Б.С., Ахимова А.Д., Гурцкая Г.М., Айсина Ж.Т.

Лекарственный информационно-аналитический центр
РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»
Министерства здравоохранения Республики Казахстан, г. Астана

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРАКТИКЕ НАЗНАЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Аталуы: Қазақстан республикасының амбулаторлық-емханалық ұйымдарында дәрі-дәрмектерді тағайындау тәжірибесінің заманауи тәсілдері

Авторы: Б.С. Молдахметова, А.Д. Ахимова, Г.М. Гурцкая, Ж.Т. Айсина, Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің ШЖҚ РМК «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы», Дәрі-дәрмектік ақпараттық-сараптама орталығы

Түйіндеме: Осы мақала Қазақстан Республикасының амбулаторлық-емханалық ұйымдарында дәрі-дәрмектерді тағайындау тәжірибесінің заманауи тәсілдерін сипаттайды. Қазіргі уақытта бұл саладағы осындай зерттеулер аз аукымда өткізілді және тек республиканың 4 өңірінің алғашқы звенолық медициналық ұйымдарындағы ахуал туралы ғана түсінік береді, осы зерттеулердің нәтижелері кейбір маңызды басқарушылық шешімдер қабылдау үшін негіз бола алады. Бүгінде тағайындаудың сапалық көрсеткіштері бойынша міндеттерді кеңейте отырып, республиканың барлық өңірлерінің медициналық мекемелерінің аудиті үшін ұқсас зерттеулер өткізудің қажеттілігі айқын болып отыр.

Title: Modern approaches to practice of drug prescription in outpatient hospital organizations of kazakhstan

Author: Moldakhmetova B.S., Akhimoва A.D., Gurtskaya G.M., Aisina Zh.T., Drug Information and Analysis Center Republican state enterprise on the right of economic management "Republican center for health development" Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan

Abstract: This article describes the modern approaches to the practice of prescribing drugs in outpatient institutions of the Republic Kazakhstan. For the moment, these studies were conducted in the small scale, and they describe only the situation in health care organizations of 4 primary regions of the country, the results of these studies can serve as a basis for making some important management decisions. Today it becomes apparent that there is a need for similar studies to audit health facilities in all regions of the republic with the expansion of tasks for quality indicators.

Актуальность

Для современных направлений развития мировой системы здравоохранения характерно смещение приоритетов от жесткой экономии расходов на оказание медицинской помощи и поиску наиболее эффективных методов их использования. Постоянно растущие расходы здравоохранения на медицинское обслуживание населения стали глобальной международной проблемой, независимо от политического строя и экономического пути развития страны. Если для развивающихся стран источниками таких расходов является инфляция, то в развитых странах – это демографические

показатели (например, увеличение доли людей пожилого и старческого возраста), а также увеличение заработной платы медицинских работников, применение дорогостоящей медицинской техники и лекарственных средств. Все вышеназванные факторы для системы здравоохранения любых стран и с любой экономикой создают серьезные трудности [1, 2].

Среди всех расходов на здравоохранение наибольший удельный вес занимают затраты на лекарственные средства, которые составляют около 70% всех материальных ресурсов здравоохранения. В связи с этим во всем мире проводятся исследования по

оценке рационального использования, в первую очередь, лекарственных средств, с точки зрения их эффективности и экономичности [3-5].

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), рациональное использование лекарственных средств подразумевает правильное, соответствующее и надлежащее использование лекарственных средств. Рациональное использование означает, что пациенты получают надлежащие лекарственные препараты в правильных дозировках, на соответствующий период времени и по самой низкой стоимости для них и их сообщества (WHO, 1985). Рационализация процесса отбора лекарственных средств является одним из первых шагов в оптимизации затрат на лекарственное обеспечение как в рамках закупок в стационарах, так и амбулаторного обеспечения льготных категорий граждан [6, 7].

Повышению степени рациональности фармакотерапии и увеличению доступности лекарственных средств для пациентов должно способствовать внедрение формулярной системы, однако, это не гарантирует их правильного назначения и использования, поэтому актуальным на сегодняшний день является внедрение системы оценки использования лекарственных средств на всех уровнях оказания медицинской помощи [8, 9].

Сегодня в рамках Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, перед здравоохранением определена стратегическая задача по приоритетности первичной медико-санитарной помощи, развитию эффективной системы лекарственного обеспечения, позволяющей повысить качество фармакотерапии и уменьшить число госпитализаций.

В этой связи, сотрудниками Лекарственного информационно-аналитического центра (ЛИАЦ) в рамках реализации Проекта «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан», совместно с консалтинговой компанией Euro Health Group (Дания) уже второй год проводится исследование по рациональному использованию лекарственных средств (ЛИС). Результаты данного исследования в 2011 году послужили основой для проведения широкомасштабной информационной компании, а так же разработки рекомендаций, бюллетеней для врачей и проведения

тематических обучающих семинаров для специалистов в области здравоохранения. По результатам 2012 года уже можно наблюдать некоторые позитивные сдвиги и рассматривать данный процесс в динамике.

Следует отметить, что изменение существующей практики в сторону рационального назначения лекарственных средств – трудоемкая задача, требующая определенных трудовых и временных затрат. Именно поэтому Лекарственным информационно-аналитическим центром для проведения целенаправленного тематического информирования было запланировано ежегодное проведение данного исследования.

Цель исследований

1. Провести стандартное исследование Всемирной организации здравоохранения по практике назначения лекарственных средств в медицинских организациях, оказывающих первичную медицинскую помощь в регионах Республики Казахстан, выбранных рандомизированным способом.

2. По результатам информационной работы провести повторное исследование практики назначения лекарственных средств с использованием индикаторов ВОЗ и установленных методик.

3. Провести сравнительный анализ полученных данных.

Материалы и методы

Исследования практики назначения лекарственных средств были проведены специалистами Лекарственного информационно-аналитического центра, являющегося государственной организацией, при методологической поддержке международной консалтинговой компании Euro Health Group (Дания), в 49 медицинских организациях, оказывающих первичную медицинскую помощь в городах Астана, Актобе, Петропавловск, Усть-Каменогорск.

Период проведения исследований с 1 апреля по 13 мая 2011 год и с 19 ноября по 28 декабря 2012 года. Данное исследование было направлено на получение информации по 8 индикаторам, определенным на основе стандартных индикаторов ВОЗ в качестве критериев оценки практики прописывания лекарственных средств врачами и как основные элементы помощи пациентам.:

1. Индикаторы назначения лекарственных средств:

- среднее число назначенных лекарств за консультацию;
- процент лекарств, прописанных по генерическому наименованию;
- процент назначения антибиотиков;

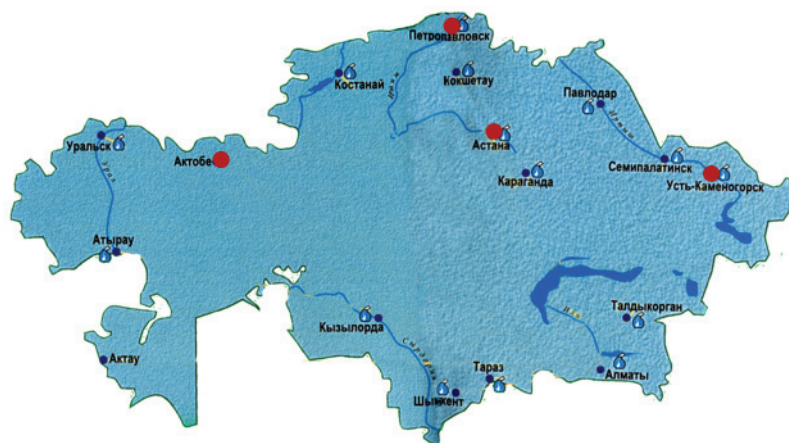


Рисунок 1 – Регионы Республики Казахстан, принявшие участие в исследовании

- процент назначения инъекций;
- процент назначенных лекарств, которые входят в Республиканский лекарственный формуляр;

II. Индикаторы качества оказания услуг пациентам:

- среднее время консультации;

III. Индикаторы учреждения:

- наличие в медицинской организации копии Республиканского лекарственного формуляра;
- наличие независимой информации о лекарственных средствах.

Всего было произведено в 2011 году 3349 записей, из которых 1749 проспективно и 1600 – ретроспективно. В 2012 году – 4830, из которых 2417 проспективных записей и 2413 ретроспективных.

Результаты и их обсуждение

Для сравнения эффективности работы различных учреждений было собрано не менее 30 проспективных и 30 ретроспективных записей в каждой медицинской организации. Ретроспективные

данные извлекаются из медицинской документации и отражают использование лекарственных средств во время посещений врача, имевших место в прошлом. Нами было рассмотрено 1600 в 2011 году и 2413 в 2012 году ретроспективных записей из амбулаторных карт больных глубиной поиска в 1 год. Во время посещений врача исследователями регистрировались проспективные данные непосредственно в день посещения медицинской организации.

Анализ основного показателя лекарственной нагрузки - среднего числа назначенных лекарственных средств за консультацию показал, что нет каких-либо статистически значимых различий в ретроспективных и проспективных показателях, полученных на приеме у врача. Среднее количество лекарств, назначенных каждому пациенту, составило 3,3 ед. в 2011 году и 2,9 ед. в 2012 году (рисунок 2).

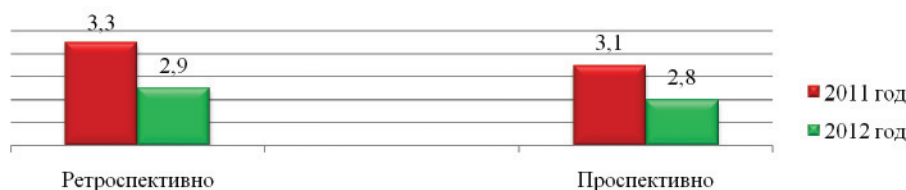


Рисунок 2 - Среднее число препаратов, выписанных на одного пациента

Отсутствие статистически значимых различий в ретроспективных и проспективных показателях может говорить о том, что присутствие исследователей на приеме у врачей, в целом, не повлияло на количество выписываемых препаратов.

Вместе с тем, сравнительный анализ полученных данных с международными нормами (не более 1,5 ед. на одного пациента), свидетельствуют о наличии полипрагмазии.

Следует отметить, что в г. Петропавловске данный показатель в 2011 году был выше средних данных и составил 3,8 ($p < 0,01$) и 4 ($p < 0,001$) ед. при ретроспективном и проспективном исследованиях соответственно. Учитывая полученные результаты в 2011 году Лекарственным информационно-аналитическим центром была проведена информационно-разъяснительная работа среди специалистов в области

здравоохранения г.Петропавловска, направленная на улучшение практики назначения лекарственных средств. При этом были распределены на бесплатной основе методические рекомендации по методологии оценки использования лекарственных средств в медицинских организациях, оптимизации системы антибиотикопрофилактики и антибиотикотерапии; разработаны, выпущены и распределены по медицинским организациям лекарственные бюллетени для врачей по основным

принципам рационального использования лекарственных средств; проведен ряд тематических лекций и презентаций. Результатом данных работ стало снижение данного показателя до 3,0 ед. (ретроспективно) ($p < 0,001$) и 3,5 (проспективно) ($p < 0,01$).

Одним из основных индикаторов качества фармакотерапии является показатель, отражающий процент лекарственных средств, выписанных под международным непатентованным наименованием (МНН) (рисунок 3).

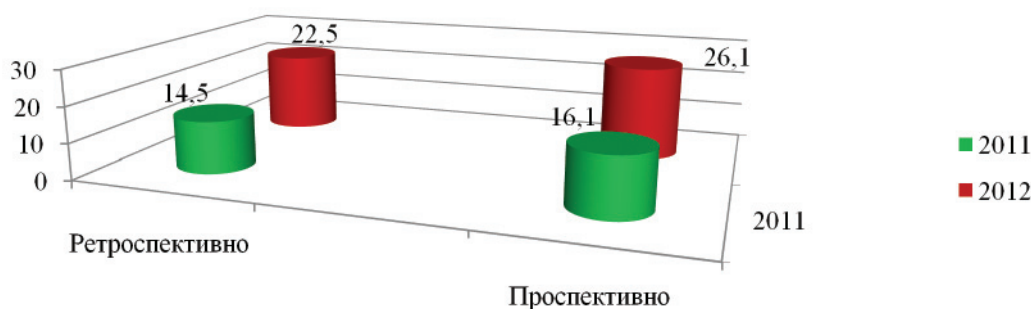


Рисунок 3 - Процент выписанных лекарственных средств под МНН

Результаты проведенного анализа свидетельствует о том, что в 2011 году только 14,5% препаратов при ретроспективном анализе амбулаторных карт и 16,1% лекарств – при проспективном, выписываются по генерическому наименованию. Причем, если рассматривать показатели в разрезе регионов, принимавших участие в исследовании, для данного индикатора характерны величины, статистически не

отличающиеся от среднего уровня.

При изучении процента выписанных торговых наименований препаратов в 2012 г. наблюдается значительная разница в доле назначения лекарственных средств под МНН. Например, в городе Петропавловск очевидна положительная динамика и показатель достоверно повысился в 2,7 раза ретроспективно и в 3 раза проспективно (рисунок 4).



Рисунок 4 - Процент выписанных генериков по городам Петропавловск и Усть Каменогорск
Примечание: * – различия между показателями достоверны ($p < 0,001$)

В Усть-Каменогорске этот показатель так же значительно повысился. Необходимо отметить, что рекомендация ВОЗ в части выписывания лекарственных средств по МНН не нашла широкого применения на территории Республики Казахстан. Одна из основных причин – отличие отечественного фармацевтического рынка от фармацевтических рынков

зарубежных стран и, прежде всего, отличие в многообразии генерических аналогов препаратов. В настоящее время в пределах некоторых МНН лекарственных средств можно насчитать до 70 генерических аналогов. Кроме того, многие из них не заслужили должного внимания у врачей из-за недостаточности в показателях терапевтической эквивалентности. По

данному вопросу мы считаем необходимым принятие действенных мер в отношении, прежде всего, процедуры государственной регистрации генериков, поскольку переход на применение генерических аналогов может обещать существенную оптимизацию государственных закупок и экономию бюджетных средств.

Заслуживает внимания вопрос применения антибактериальных лекарственных средств на амбулаторном уровне. Учитывая острую проблему с развитием антибиотикорезистентности не только в Казахстане, но и во всем мире, немало-

важным является изучение показателей по индикатору назначения антибиотиков, Согласно рекомендациям ВОЗ доля назначения антибактериальных лекарственных средств не должна превышать 20% от всех лекарственных назначений.

По результатам проведенного исследования отмечается относительно спокойная ситуация в республике по данному вопросу. Так, 2011 году результаты не превысили допустимой нормы, и доля назначения антибиотиков составила 12% при ретроспективном исследовании и 9,3% – при проспективном (рисунок 5).

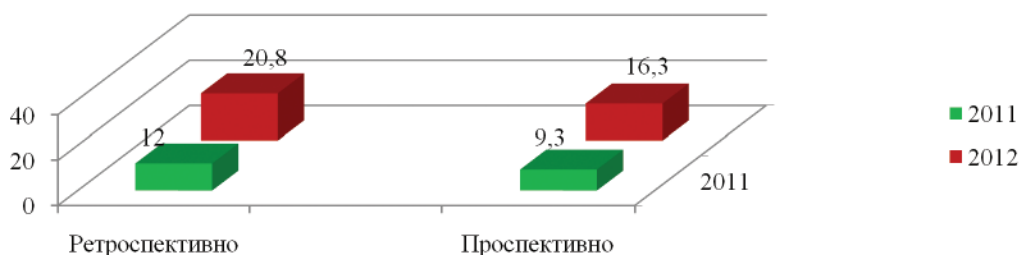


Рисунок 5 – Процент назначенных антибактериальных средств

В 2012 году отмечается повышение значений по данному показателю в 1,7 и 1,8 раз соответственно. Возможно, определенное влияние оказало различие в периодах проведения исследований и высоким уровнем осложнений после перенесенных вирусных инфекций в зимний период. Вместе с тем, в 2013 году Лекарственным центром запланировано проведение ряда информационно-разъяснительных мероприятий по данной проблеме, а так же выпуск тематических методических рекомендаций и лекарствен-

ных бюллетеней.

Другим немаловажным индикатором рационального назначения лекарственных средств является доля назначаемых парентеральных препаратов на амбулаторном уровне. В результате проведенных исследований было определено, что интенсивность назначения лекарственных средств в форме инъекций по исследованиям 2011 года не превышала предельно допустимые нормы ВОЗ (от 0 до 10%) и составила 7,7% при ретроспективном анализе и 6,3% - при проспективном (рисунок 6).

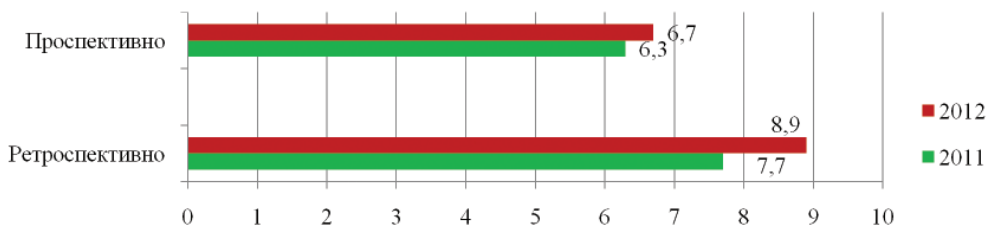


Рисунок 6 – Процент назначений инъекционных форм

По результатам 2012 года этот показатель так же увеличился в среднем в 1,1 раза, но не превысил предельно допустимые нормы.

Особого внимания заслуживает изучение назначений врача на соответствие Республиканскому лекарственному формуляру. Проведенные преобразования в фармацевтической отрасли Республики Казахстан и внедрение формулярной системы послужило основой для пересмотра

формулярных лекарственных средств с позиции доказательной медицины. Сегодня Республиканский лекарственный формуляр насчитывает 829 МНН лекарственных средств, принятых формулярными комиссиями различных уровней.

По итогам 2011 года доля формулярных лекарств составила 65,6% от всех ретроспективных данных и 63,2% – от проспективных (рисунок 7).

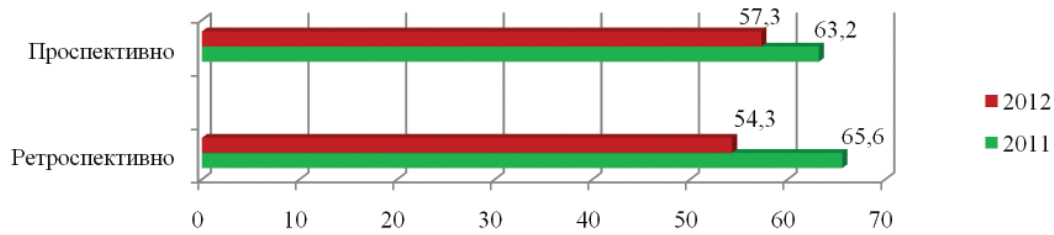


Рисунок 7 – Доля формулярных препаратов

Несмотря на проводимую сотрудниками ЛИАЦ работу, эти данные снизились на 11,3 и 5,9 соответственно. Таким образом, в среднем более 40% лекарственных средств не входят в национальный формулярный список. Вместе с тем, внедрение формулярной системы и, в первую очередь, знание и назначение врачами лекарственных средств, входящих в Республиканский лекарственный формуляр, по нашему мнению, повышает степень рациональности фармакотерапии, в связи с чем, данный

показатель должен подвергаться постоянному мониторингу.

Одним из основных индикаторов качества оказания услуг пациентам является среднее время консультации. По данным наших исследований в 2011 г. средняя продолжительность приема у врача составила 10,2 минуты. При определенной норме – 15 минут, полученные значения недостаточны. В 2012 г. наблюдается снижение этого показателя до 9,5 минут (рисунок 8).



Рисунок 8 – Среднее время консультации (минутах)

По рекомендациям ВОЗ этого времени недостаточно для проведения осмотра, диагностики и назначения лечения пациентам. Надлежащее консультирование пациентов по вопросам правильного (рационального) применения лекарственных средств, возможных побочных действиях и взаимодействиях является основой качественного лечения. Для более детального изучения данного направления Лекарственным информационно-аналитическим центром совместно с консалтинговой компанией были разработаны анкеты-опросники для пациентов по результатам которых в 2013 году можно будет сделать определенные выводы по информированности пациентов после посещения врача. К сожалению, на данный индикатор оказало влияние множество факторов, таких как, например, высокая заболеваемость ОРВИ в зимний период (ноябрь-декабрь), и, соответственно, увеличение нагрузки на врачебный прием. Определенную роль играет существующая в стране проблема по недоукомплектованности медицинских организаций первичного звена врачебными кадрами и, возможно, отсутствие стимулирующего компонента в некоторых учреждениях для привлечения специалистов и др.

В результате анализа индикаторов медицинского учреждения было определено, что всего 10% медицинских организаций имеют в наличии Республиканский лекарственный формуляр, 30% медицинских учреждений располагали независимой информацией о лекарственных средствах. Это тревожные показатели, поскольку при практически полном отсутствии достоверной и независимой информации о лекарственных средствах существенно возрастает влияние информационно-рекламной деятельности фармацевтических фирм на фармакотерапию. Именно поэтому в 2012 году Лекарственным информационно-аналитическим центром были разработаны, тиражированы и распределены на бесплатной основе Справочники лекарственных средств для врачей амбулаторного и стационарного уровней. Основной идеологией данных справочников явилось информирование врачей по основным принципам рациональной фармакотерапии и предоставление полной информации о лекарственных средствах, основанной на данных международных баз доказательной медицины с обозначением источника информации (например, BNF) или степени доказанной эффективности. Для удобства врача в справочнике были приведены на

каждое МНН лекарственного средства все возможные зарегистрированные его торговые аналоги, а также приведена информация о категории населения и нозологиях, при которых определенные лекарственные средства могут быть выписаны на бесплатной основе. Уже к 2012 году можно было наблюдать значительное повышение указанных показателей до 70 и 60 процентов соответственно.

Выводы

Данные исследования представляют собой действительно практический интерес. Несмотря на то, что до настоящего времени они проводились в малых масштабах, и дают представление лишь о ситуации в медицинских организациях первичного звена 4-х регионов республики, результаты данных исследований могут послужить основой для принятия некоторых важных управленческих решений. Сегодня становится очевидным необходимость проведения аналогичных

исследований для аудита медицинских учреждений всех регионов республики с расширением задач по качественным показателям назначения. Вместе с тем, велика зависимость некоторых из индикаторов от личных впечатлений исследователей или полученной устной информации, которая не может быть абсолютно точной. Следует обратить внимание на то, что существуют некоторые тревожные тенденции, о которых говорилось выше и которые требуют рассмотрения и проведения дальнейших исследований. Общенациональные исследования позволяют подтвердить или исключить тревожные тенденции, выявленные при проведении исследований.

Исследование индикаторов назначения лекарств может сыграть ключевую роль в улучшении качества лечения пациентов в Казахстане, особенно в продвижении рационального применения лекарственных средств и развития формулярной системы.

Источники:

1. Зиганшина Л.Е., Галиуллин Н.И., Сафиуллин Р.С. и др. Формулярная система лекарственного обеспечения и ее становление в Республике Татарстан // Казанский медицинский журнал. – 2000. – Т.81, № 2. – С. 108 – 110.
2. Вялков А.И., Полесский В.А., Мартынич С.А. Ключевые стратегии ВОЗ по совершенствованию национальных систем здравоохранения // Главврач. – 2009. – № 5. – С.10-25.
3. Bjarnason N.M. Institute for rational pharmacotherapy: an initiative to promote rational drug use in Denmark // Improving use of medicines: Abstracts of second international conference. –Thailand. – 2004. – P.87.
4. Зиганшина Л.Е., Галяутдинова А.Ю., Галиулин Н.И. и др. Оценка рациональности фармакотерапии на основе индикаторов назначения лекарственных средств в Республике Татарстан // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2006. - № 2. - С. 19-21
5. Itthipanichpong C. Innovative learning methods for rational drug prescribing // Improving use of medicines: Abstracts of second international conference. – Thailand, 2004. – P.65.
6. Akici A., Kalaca S., Ugurlu M. etc. Impact of short postgraduate course in rational pharmacotherapy for general practitioners // British Journal of Clinical Pharmacology. 2003. – Т.57. – № 3. – P. 310-321.
7. Hill S., Smith A.J., Thambiran M. etc. An evaluation of the WHO Rational Pharmacotherapy Teaching Program // Improving use of medicines: Abstracts of second international conference. –Thailand, 2004. – P.91.
8. Юшков В.В. Концепция рационального использования лекарств – методология фармацевтического образования // Рациональное использование лекарств: Материалы Российской науч.-практ. конф. – Пермь, – 2004. – с.327-333
9. Косарев В.В. Бабанов С.А. Значение формулярной системы в рациональном использовании лекарственных средств // Экономика здравоохранения. – 2001. – № 9. – С. 6-9.

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘЛІМЕТІН БАСҚАРУ /
УПРАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИЕЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**Жаумбаева М.М.***Начальник отдела по стратегическому развитию и координации государственных программ управления здравоохранения Западно-Казахстанской области*РАЗВИТИЕ ЭЛЕКТРОННОГО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
В ЗАПАДНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Аталуы: Батыс Қазақстан облысында электрондық денсаулық сақтауды дамыту
Авторы: М.М. Жауымбаева, Батыс Қазақстан облысы Денсаулық сақтау басқармасының Стратегиялық даму және мемлекеттік бағдарламаларды үйлестіру жөніндегі бөлімінің басшысы
Түйіндеме: Сапалы медициналық қызмет ұсыну үшін, Бірыңғай ақпараттық денсаулық сақтау жүйесі шеңберінде Батыс Қазақстан облысында электрондық денсаулық сақтауды дамыту үшін жүргізіліп жатқан іс-шаралар туралы.

Title: Development of E-Health in the West Kazakhstan region

Author: Zhaumbayeva M.M., Head of the strategic development and coordination of government Programs, Health department of West Kazakhstan region

Abstract: About the activities carried out for the development of E-Health in the West Kazakhstan region within the Healthcare Unified Information System, for the provision of quality medical services.

Стратегия Министерства здравоохранения Республики Казахстан нацелена и на развитие электронного здравоохранения, предусматривающая поэтапный переход информационного обмена внутри отрасли на современные технологии, расширение спектра электронных услуг предоставляемых населению и медицинским организациям.

Внедрение информационно-коммуникационных технологий (далее – ИКТ) в систему здравоохранения позволит вывести на новый уровень качество оказания медицинской помощи, направленных на реализацию концепции безбумажных больниц и поликлиник без очереди.

ИКТ будут играть жизненно важную роль в обеспечении и доставке медико-санитарной 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 сельских местностях.

В рамках Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы с учетом основных приоритетов

для реализации задач Единой Национальной системы здравоохранения (далее – ЕНСЗ): развитие электронной информационной системы и отраслевой статистики в рамках создания Единой информационной системы здравоохранения Республики Казахстан в области внедрены и были завершены работы по организации Единой информационной системы здравоохранения (далее – ЕИСЗ) [1].

В электронном формате в области функционируют порталы «Бюро госпитализации», «Формирование счетов-реестров», «Электронный регистр стационарных больных», «Регистр беременных», «Канцер регистр», «Стимулирующий компонент к медико-санитарной помощи», «Е-лицензирование», государственная услуга «Регистр прикрепленного населения», которые работают содружественно в электронном формате в соответствии прикрепления к медицинской организации ПМСП.

По области в электронном формате работают 28 медицинских организаций, в рамках ЕНСЗ – 12.

В 2012 году правом свободного выбора стационара через Портал бюро госпитализации воспользовались более 37 тысяч человек, из них на областном уровне –

35 943 человек, на межрегиональном уровне – 41, на республиканском – 1 796 человек.

Отработан алгоритм по госпитализации больных через Портал госпитализации, вследствие чего на листе ожидания уменьшилось количество больных, ожидающие даты госпитализации и уменьшились сроки ожидания, так до 3 дней госпитализировано – 83% больных, до 10 дней – 19%, свыше 10 дней – 0,1 % больных.

Внедрена телемедицинская связь с 9-и отдаленными районными центрами области. Формирование телемедицинской инфраструктуры на селе доказывает свою необходимость в обеспечении более высокого качества медицинских услуг. Так за 2012 год проведено больше на 22,5% – 1297 (2005-2011 годы) телемедицинских консультаций, из них 292 видеоконференций и видеолекций.

Необходимо отметить, что Западно-Казахстанская область по ранжированию широты и объема использования телемедицины занимает 3-е место среди областей республики.

Эффективное функционирование здравоохранения зависит от степени подготовленности кадровых ресурсов здравоохранения.

Для организации скоординированной и оптимизированной работы с получением конкретных конечных результатов, для повышения эффективности управления управлением здравоохранения в 2012 году обучены 25 руководителей медицинских организаций на базе Высшей школы общественного здравоохранения г. Алматы (далее – ВШОЗ) по программе «Менеджмент в здравоохранении» по технологии Открытого Дистанционного образования разработанной Открытым Университетом Великобритании.

Благодаря компоненту дистанционного обучения руководители усовершенствовали свои знания, навыки в области менеджмента Европейского уровня и получили необходимые консультации у ведущих преподавателей ВШОЗ непосредственно на своем рабочем месте, оснащенном компьютером, имеющим выход в Интернет в удобное для него время, что способствовало экономии времени, финансов и т.д.

Дистанционное обучение становится доступным и актуальным и для практикующих врачей, по инновационным технологиям в этом году 36 врачей области проходят обучение по переподготовке врачей общей практики (далее – ВОП) дистанционным методом на базе

Алматинского государственного института усовершенствования врачей.

В 2012 году в рамках ЕИСЗ осуществлена поставка компьютерного оборудования в организации здравоохранения Западно-Казахстанской области в количестве 399 штук из средств республиканского бюджета.

В настоящее время для осуществления проекта электронного здравоохранения в рамках Государственной программы «Информационный Казахстан – 2020» по области обеспеченность компьютерной техникой медицинских организаций составляет – 57,6%, по ИКТ технологиям ЕИСЗ – 80,2%.

Уровень компьютерной грамотности работников сферы здравоохранения составляет – 36,7 %, обеспеченность компьютерной техникой на 100 медицинских работников – 19.

В 2012 году для повышения уровня компьютерной грамотности в рамках Программы снижения информационного неравенства в Республике Казахстан было организовано обучение работников здравоохранения с получением сертификата 1747 работниками.

В рамках Общенационального плана мероприятий по реализации послания Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева народу Казахстана «Социально-экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана» управление здравоохранения области с 1 апреля 2012 года перешло в электронный формат оказания государственной услуги по лицензированию медицинской и фармацевтической деятельности по информационной системе «Государственная база данных «Е-лицензирование».

Целью информационной системы «Е-лицензирование» является обеспечение прозрачности и удобства для участников, задействованных в процессах лицензионной деятельности (автоматизированный сбор, обработка, актуализации, хранения и анализа сведений).

Это упрощение процедур получения предприятиями лицензий и разрешений на осуществление лицензируемых видов деятельности и дает возможность отслеживать всю процедуру ее рассмотрения, при этом полностью исключается контакт между лицом, которое рассматривает заявку и тем, кто ее подает, что имеет огромную эффективность в области борьбы с коррупцией.

Взаимодействие с информационной системой «Е-лицензирование» осу-

ществляется через Шлюз «Электронного правительства» www.e.gov.kz или через веб-портал «Е-лицензирование» www.elicense.kz. Для получения электронной услуги необходимо получить электронно-цифровую подпись в Национальном удостоверяющем центре Республики Казахстан.

В 2012 году на базе филиала РГП «Центр обслуживания населения» (далее – ЦОН) по Западно-Казахстанской области состоялся круглый стол на тему: Внедрение государственных услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан на альтернативной и безальтернативной основах (согласно новой редакции Реестра госуслуг) по которым имеются стандарты оказания госуслуг, с участием специалистов управления здравоохранения, департамента контроля медицинской и фармацевтической деятельности и средств массовой информации (далее – СМИ).

В целях обеспечения доступности государственных услуг жителям области предусмотрен альтернативный прием документов через ЦОН от физических и юридических лиц для получения лицензии на медицинскую и фармацевтическую (оборот наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров) и безальтернативный прием документов на выдачу разрешения на рекламу лекарственных средств, изделия медицинского назначения и медицинской техники.

Управление здравоохранения осуществляет выдачу лицензий и приложений согласно Закона Республики Казахстан от 11 января 2007 года №214 «О лицензировании» и постановлением

Правительства Республики Казахстан от 31 января 2013 года №71 «О некоторых вопросах лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности» на 49 подвидов медицинской и 3 подвидов фармацевтической деятельности [2, 3].

На сегодня по информационной системе «Е –лицензирование» выдано 177 лицензий, из них на медицинскую деятельность – 150, через ЦОН – 13.

В рамках дальнейшего развития электронного здравоохранения проводятся подготовительные работы по переводу государственных услуг «Вызов врача на дом» и «Запись на прием к врачу» на электронный формат через веб-портал «электронного правительства»: www.egov.kz.

В регистратурах поликлиник области установлены компьютерные техники с режимом работы в электронном формате.

Стандарты и регламент государственных услуг здравоохранения размещены на сайтах и информационных стендах медицинских организаций ПМСП.

Управлением здравоохранения Западно-Казахстанской области широко проводится информационно – разъяснительная работа среди населения по развитию электронного здравоохранения (статьи в СМИ, размещение на веб-сайтах медицинских организации, круглые столы и т.д.).

Таким образом, проводимые мероприятия свидетельствуют о готовности здравоохранения области к реализации комплексных государственных стратегий информационного развития и формирования эффективной системы государственного управления.

Источники:

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы
2. Закона Республики Казахстан от 11 января 2007 года №214 «О лицензировании».
3. Постановление Правительства Республики Казахстан от 31 января 2013 года №71 «О некоторых вопросах лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности».

МЕНЕДЖЕРДІҢ ЖҰМЫСЫНА АРНАЛҒАН ҚҰЖАТТАР /
ДОКУМЕНТЫ ДЛЯ РАБОТЫ МЕНЕДЖЕРА

ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ОТ 02.02.2013 №71

О некоторых вопросах лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности

В соответствии со статьей 6 Закона Республики Казахстан от 11 января 2007 года «О лицензировании» Правительство Республики Казахстан **ПОСТАНОВЛЯЕТ:**

1. Утвердить прилагаемые квалификационные требования и перечень документов, подтверждающих соответствие им, для осуществления медицинской и фармацевтической деятельности.

2. Определить:

1) Комитет государственного санитарно-эпидемиологического надзора Министерства здравоохранения Республики Казахстан и его территориальные органы – лицензиаром по осуществлению санитарно-гигиенической и противоэпидемической медицинской деятельности;

2) территориальные подразделения Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения Республики Казахстан – лицензиаром по осуществлению: медицинской деятельности, осуществляемой организациями республиканского значения, а также подвидов медицинской деятельности «экспертиза судебно-медицинская, судебно-психиатрическая и судебно-наркологическая, экспертиза временной нетрудоспособности и профессиональной пригодности»;

подвидов фармацевтической деятельности: производство лекарственных средств, производство изделий медицинского назначения, производство медицинской техники, оптовая реализация лекарственных средств;

3) местные исполнительные органы областей, города республиканского значения и столицы – лицензиаром по осуществлению: медицинской деятельности, за исключением подвидов, указанных в подпункте 1) настоящего пункта;

подвидов фармацевтической деятельности: изготовление лекарственных средств, изготовление изделий медицинского назначения, розничная реализация лекарственных средств;

4) государственные органы, согласующие выдачу лицензии на осуществление медицинской и фармацевтической деятельности в части соответствия заявителя требованиям законодательства Республики Казахстан, согласно приложению 1 к настоящему постановлению.

3. Признать утратившими силу некоторые решения Правительства Республики Казахстан согласно приложению 2 к настоящему постановлению.

4. Настоящее постановление вводится в действие по истечении двадцати одного календарного дня после первого официального опубликования.

Премьер-Министр Республики Казахстан
С. Ахметов

Утверждены
постановлением Правительства
Республики Казахстан
от 02.02. 2013 года №71

№ п/п	Квалификационные требования включают наличие:	Документы, подтверждающие квалификационные требования	Примечание
1	2	3	4
Для медицинской деятельности			
1	помещения или здания на праве собственности или аренды или доверительного управления государственным имуществом	копии документов, удостоверяющих право собственности или аренды или доверительного управления государственным имуществом на помещение или здание (нотариально засвидетельствованные в случае непредставления оригинала для сверки)	
2	медицинского и (или) специального оборудования, аппаратуры и инструментария, приборов, мебели, инвентаря, транспортных и других средств (при необходимости), согласно заявляемым подвидам медицинской деятельности	список, утвержденный руководителем организации, по форме согласно приложению 1 к настоящим квалификационным требованиям	
3	штата медицинских работников, который подтверждается сведениями о медицинских работниках, согласно приложению к настоящим квалификационным требованиям	штатное расписание, утвержденное руководителем организации; сведения о медицинских работниках медицинской организации по форме согласно приложению 2 к настоящим квалификационным требованиям	
4	соответствующего образования согласно заявляемым подвидам медицинской деятельности	копия диплома о высшем или среднем медицинском образовании (нотариально засвидетельствованные в случае непредставления оригинала для сверки)	
5	специализации или усовершенствования и других видов повышения квалификации за последние 5 лет по заявляемым подвидам медицинской деятельности	копия удостоверения о прохождении переподготовки или свидетельства о прохождении повышения квалификации (нотариально засвидетельствованные в случае непредставления оригинала для сверки)	
6	у физических лиц – стажа работы по специальности не менее 5 лет по заявляемым подвидам медицинской деятельности	копии документов, подтверждающих трудовую деятельность работника, согласно заявляемым подвидам деятельности в соответствии со статьей 34 Трудового кодекса Республики Казахстан (нотариально засвидетельствованные в случае непредставления оригинала для сверки)	
7	соответствующего сертификата специалиста, за исключением специалистов санитарно-эпидемиологического профиля	копия сертификата специалиста с присвоением квалификационной категории или без присвоения категории (нотариально засвидетельствованные в случае непредставления оригинала для сверки)	

№ п/п	Квалификационные требования включают наличие:	Документы, подтверждающие квалификационные требования	Примечание
1	2	3	4
Для фармацевтической деятельности			
1	помещения или здания на праве собственности или аренды или доверительного управления государственным имуществом	копии документов, удостоверяющих право собственности или аренды или доверительного управления государственным имуществом на помещение или здание (нотариально засвидетельствованные в случае непредставления оригинала для сверки), план помещения, утвержденный руководителем организации	
2	оборудования и мебели, инвентаря, приборов и аппаратуры для обеспечения контроля качества и соблюдения условий производства, изготовления, хранения и реализации лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники в соответствии с нормативными правовыми актами, в том числе типовыми положениями объектов в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, утвержденными Правительством Республики Казахстан; автомобильного транспортного средства с соответствующими шкафами и холодильным оборудованием, обеспечивающими соблюдение условий хранения и реализации лекарственных средств и изделий медицинского назначения для передвижного аптечного пункта для отдаленных сельских местностей	список, утвержденный руководителем организации, по форме согласно приложению 1 к настоящим квалификационным требованиям	
3	приемно-экспедиционного помещения для распределения изготовленных лекарственных препаратов структурным подразделениям в аптеках государственных организаций здравоохранения, осуществляющих изготовление лекарственных препаратов	план помещения, утвержденный руководителем организации	
4	штата работников, который подтверждается сведениями о специалистах, согласно приложению 2 к настоящим квалификационным требованиям	штатное расписание, утвержденное руководителем организации; сведения о специалистах организаций здравоохранения, осуществляющих фармацевтическую деятельность, согласно приложению 4 к настоящим квалификационным требованиям	
5	соответствующего образования согласно заявляемым подвидам фармацевтической деятельности: 1) для организаций по производству лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники: – высшего фармацевтического или химико-технологического, химического образования и стажа работы по специальности не менее трех лет у руководителей подразделений, непосредственно занятых на производстве лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, или технического у руководителей подразделений, непосредственно занятых на производстве изделий медицинского назначения и медицинской техники; – высшего фармацевтического или химического, биологического образования у работников, осуществляющих контроль качества лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, или	копия диплома о высшем или среднем фармацевтическом образовании, согласно заявляемым подвидам фармацевтической деятельности, копии документов, подтверждающие трудовую деятельность работника, согласно заявляемым подвидам деятельности в соответствии со статьей 34 Трудового кодекса Республики Казахстан (нотариально засвидетельствованные в случае непредставления оригинала для сверки)	

№ п/п	Квалификационные требования включают наличие:	Документы, подтверждающие квалификационные требования	Примечание
1	2	3	4
	<p>технического у работников, осуществляющих контроль качества изделий медицинского назначения и медицинской техники;</p> <p>– технического образования у специалиста по обслуживанию оборудования, используемого в технологическом процессе производства лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники;</p> <p>2) для субъектов в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинских препаратов (далее – аптека, осуществляющая изготовление лекарственных препаратов):</p> <p>– высшего фармацевтического образования и стажа работы не менее трех лет по специальности у руководителя аптекой, осуществляющей изготовление лекарственных препаратов, и ее производственных отделов, а также работников, осуществляющих контроль качества лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения;</p> <p>– высшего или среднего фармацевтического образования у работников, осуществляющих непосредственное изготовление лекарственных препаратов и отпуск изготовленных лекарственных препаратов;</p> <p>– среднего фармацевтического образования и стажа работы не менее трех лет работы у руководителя аптекой и ее производственных отделов при отсутствии специалистов с высшим фармацевтическим образованием в районном центре и сельской местности;</p> <p>3) для аптек: - высшего фармацевтического образования и стажа работы не менее трех лет у руководителя аптекой или ее отделов;</p> <p>– среднего фармацевтического образования и стажа работы не менее трех лет работы у руководителя аптекой при отсутствии специалистов с высшим фармацевтическим образованием в районном центре и сельской местности;</p> <p>– высшего или среднего фармацевтического образования у специалистов, осуществляющих реализацию лекарственных средств и изделий медицинского назначения;</p> <p>4) для аптечного пункта в организациях здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную, консультативно-диагностическую помощь (далее – аптечный пункт):</p> <p>– высшего или среднего фармацевтического образования у заведующего аптечным пунктом, а также работников, осуществляющих реализацию лекарственных средств и изделий медицинского назначения.</p> <p>В аптечных пунктах для отдаленных сельских местностей, где отсутствуют аптеки, в случае отсутствия специалистов с фармацевтическим образованием, реализацию лекарственных средств и изделий медицинского назначения осуществляют специалисты с медицинским образованием, аттестованные в порядке, определенном уполномоченным органом в области здравоохранения.</p> <p>5) для аптечного склада:</p> <p>– высшего фармацевтического образования и стажа работы не менее трех лет у руководителя аптечного склада и работника, осуществляющего реализацию лекарственных средств и изделий медицинского назначения;</p>		

№ п/п	Квалификационные требования включают наличие:	Документы, подтверждающие квалификационные требования	Примечание
1	2	3	4
	– высшего или среднего фармацевтического образования у заведующего передвижным аптечным пунктом, а также работников, осуществляющих реализацию лекарственных средств и изделий медицинского назначения. б) для передвижного аптечного пункта для отдаленных сельских местностей (далее – передвижной аптечный пункт), где отсутствуют аптеки: – В случае отсутствия специалистов с фармацевтическим образованием, реализацию лекарственных средств и изделий медицинского назначения в передвижных аптечных пунктах осуществляют специалисты с медицинским образованием, аттестованные в порядке, определенном уполномоченным органом в области здравоохранения	высшего или среднего фармацевтического образования у руководителей отделов аптечного склада и работников, осуществляющих приемку, хранение и отпуск лекарственных средств и изделий медицинского назначения;	
6	специализации или усовершенствования и других видов повышения квалификации за последние 5 лет по заявляемым подвидам фармацевтической деятельности	копия удостоверения о прохождении переподготовки или свидетельства о прохождении повышения квалификации (нотариально засвидетельствованные в случае непредставления оригинала для сверки)	
7	для физических лиц, претендующих на занятие фармацевтической деятельностью без образования юридического лица, высшего или среднего фармацевтического образования и стажа работы по специальности не менее трех лет	копия диплома о высшем или среднем фармацевтическом образовании, копии документов, подтверждающих трудовую деятельность работника, согласно заявляемым подвидам деятельности в соответствии со статьей 34 Трудового кодекса Республики Казахстан (нотариально засвидетельствованные в случае непредставления оригинала для сверки)	

Приложение 1
к квалификационным требованиям, предъявляемым при лицензировании
медицинской и фармацевтической деятельности

форма

Список медицинского оборудования медицинского и (или) специального оборудования, аппаратуры и инструментария, приборов, мебели, инвентаря, транспортных и других средств

_____ (наименование субъекта здравоохранения)
(по состоянию на «__» _____ 20__ года)

№ п/п	Наименование медицинского оборудования медицинского и (или) специального оборудования, аппаратуры и инструментария, приборов, мебели, инвентаря, транспортных и других средств (по паспорту)	Страна – производитель	Единица измерения	Год выпуска, состояние (рабочее/не рабочее)

Руководитель _____

(подпись, Ф.И.О.)

М.П.

Начальник отдела кадров (специалист по кадрам) _____

(подпись, Ф.И.О.) _____

Приложение 2
к квалификационным требованиям,
предъявляемым при лицензировании
медицинской деятельности

форма

Сведения о медицинских работниках медицинских организаций

_____ (наименование субъекта здравоохранения)
(по состоянию на «__» _____ 20__ года)

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Занимаемая должность	Образование	Стаж по специальности	Документ о повышении квалификации за последние пять лет	Наличие сертификата специалиста без присвоения квалификационной категории или с присвоением квалификационной категории
1	2	3	4	5	6	7

Руководитель _____
(подпись, Ф.И.О.)
М.П.

Начальник отдела кадров (специалист по кадрам) _____
(подпись, Ф.И.О.) _____

Приложение 3
к квалификационным требованиям,
предъявляемым при лицензировании
фармацевтической деятельности

форма

**Сведения о специалистах
организаций здравоохранения, осуществляющих
фармацевтическую деятельность**

_____ (наименование субъекта здравоохранения)
(по состоянию на «__» _____ 20__ года)

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Занимаемая должность	Образование, специальность	Стаж по специальности	Документ о повышении квалификации за последние пять лет
1	2	3	4	5	6

Руководитель _____
(подпись, Ф.И.О.)
М.П.

Государственные органы, согласующие выдачу лицензии на осуществление медицинской и фармацевтической деятельности

№ п/п	Государственный орган	Лицензируемый вид деятельности	Подвид лицензируемого вида деятельности	Лицензиар
1	2	3	4	5
1	Территориальные органы государственного санитарно-эпидемиологического надзора на соответствующей территории	медицинская деятельность	экспертиза судебно-медицинская, судебно-психиатрическая и судебно-наркологическая; экспертиза временной нетрудоспособности и профессиональной пригодности	территориальные подразделения Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения Республики Казахстан (далее – территориальные подразделения ККМФД)
2	Территориальные органы государственного санитарно-эпидемиологического надзора на соответствующей территории	медицинская деятельность, осуществляемая организациями республиканского значения	первичная медико-санитарная помощь: доврачебная, квалифицированная, скорая медицинская помощь; диагностика; патологическая анатомия; клиническая лабораторная диагностика; заготовка, консервация, переработка, хранение и реализация крови и ее компонентов; консультативно-диагностическая и (или) стационарная медицинская помощь взрослому и (или) детскому населению - по специальностям: акушерство и гинекология; педиатрия или терапия: общая, невропатология, кардиология, ревматология, гастроэнтерология, нефрология, пульмонология, эндокринология, аллергология (иммунология), гематология, профессиональная патология, семейный врач; инфекционные болезни; фтизиатрия; хирургия: общая, трансплантология, кардиохирургия, ангиохирургия, пластическая хирургия, челюстно-лицевая, нейрохирургия, оториноларингология, офтальмология, трансфузиология, урология, травматология и ортопедия; анестезиология и реаниматология; дерматовенерология (дерматокосметология); психиатрия: общая, наркология, психотерапия, сексопатология, медицинская психология; онкология; стоматология; традиционная медицина: гомеопатия, гирудотерапия, мануальная терапия, рефлексотерапия; медицинская реабилитология; экспертиза судебно-медицинская, судебно-психиатрическая и судебно-наркологическая; экспертиза временной нетрудоспособности и профессиональной пригодности	территориальные подразделения ККМФД

№ п/п	Государственный орган	Лицензируемый вид деятельности	Подвид лицензируемого вида деятельности	Лицензиар
1	2	3	4	5
3	Территориальные органы государственного санитарно-эпидемиологического надзора на соответствующей территории	медицинская деятельность	первичная медико-санитарная помощь: доврачебная, квалифицированная, скорая медицинская помощь; диагностика; патологическая анатомия; клиническая лабораторная диагностика; заготовка, консервация, переработка, хранение и реализация крови и ее компонентов; консультативно-диагностическая и (или) стационарная медицинская помощь взрослому и (или) детскому населению - по специальностям: акушерство и гинекология; педиатрия или терапия: общая, невропатология, кардиология, ревматология, гастроэнтерология, нефрология, пульмонология, эндокринология, аллергология (иммунология), гематология, профессиональная патология, семейный врач; инфекционные болезни; фтизиатрия; хирургия: общая, трансплантология, кардиохирургия, ангиохирургия, пластическая хирургия, челюстно-лицевая, нейрохирургия, оториноларингология, офтальмология, трансфузиология, урология, травматология и ортопедия; анестезиология и реаниматология; дерматовенерология (дерматокосметология); психиатрия: общая, наркология, психотерапия, сексопатология, медицинская психология; онкология; стоматология; традиционная медицина: гомеопатия, гирудотерапия, мануальная терапия, рефлексотерапия; медицинская реабилитология	местные исполнительные органы
4	Территориальные органы государственного санитарно-эпидемиологического надзора на соответствующей территории	медицинская деятельность	санитарно-гигиеническая и противоэпидемическая медицинская деятельность: производство, переработка и реализация средств и препаратов дезинфекции, дезинсекции, дератизации, а также видов работ и услуг, связанных с их использованием	Комитет государственного санитарно-эпидемиологического надзора Министерства здравоохранения Республики Казахстан и его территориальные органы
5.	Территориальные органы государственного санитарно-эпидемиологического надзора на соответствующей территории	фармацевтическая деятельность	производство лекарственных средств, производство изделий медицинского назначения, производство медицинской техники, оптовая реализация лекарственных средств	территориальные подразделения ККМФД
6.	Территориальные органы государственного санитарно-эпидемиологического надзора на соответствующей территории	фармацевтическая деятельность	изготовление лекарственных препаратов, изготовление изделий медицинского назначения, розничная реализация лекарственных средств	местные исполнительные органы

**Перечень утративших силу
некоторых решений Правительства Республики Казахстан**

1. Постановление Правительства Республики Казахстан от 30 декабря 2009 года № 2301 «Об утверждении квалификационных требований, предъявляемых при лицензировании медицинской и фармацевтической деятельности» (САПП Республики Казахстан, 2010 год, № 4, ст. 51).

2. Постановление Правительства Республики Казахстан от 5 декабря 2011 года № 1452 «О внесении изменений и дополнений в постановление Правительства Республики Казахстан от 30 декабря 2009 года № 2301 «Об утверждении квалификационных требований и Правил лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности и внесении изменений в постановление Правительства Республики Казахстан от 29 декабря 1995 года № 1894» (САПП Республики Казахстан, 2012 г., № 5, ст. 109).

3. Постановление Правительства Республики Казахстан от 25 мая 2012 года № 682 «О внесении изменений в постановление Правительства Республики Казахстан от 30 декабря 2009 года № 2301 «Об утверждении квалификационных требований, предъявляемых при лицензировании медицинской и фармацевтической деятельности» (САПП Республики Казахстан, 2012 г., № 52, 712).

ПРИКАЗ МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН «О СИСТЕМЕ УЧЕТА ДЕФЕКТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ» №96 ОТ 20 ФЕВРАЛЯ 2013 ГОДА

В соответствии с подпунктом 5) пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения», пунктом 180 Плана мероприятий по реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, утвержденного постановлением Правительства Республики Казахстан от 29 января 2011 года № 41, Правилами организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг, утвержденными постановлением Правительства Республики Казахстан от 23 декабря 2011 года № 1577 **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить прилагаемую Систему учета дефектов оказания медицинских услуг (далее – Система учета).

2. Комитету контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Есимов Д.С.) (далее – Комитет) и его территориальным департаментам обеспечить учет дефектов оказания медицинских услуг

в субъектах здравоохранения Республики Казахстан в соответствии с утвержденной Системой учета.

3. Департаменту стратегического развития Министерства здравоохранения Республики Казахстан обеспечить работу программного комплекса «Система управления качеством медицинских услуг» (далее – СУКМУ) в соответствии с Системой учета.

4. Республиканскому государственному казенному предприятию «Центр судебной медицины» Министерства здравоохранения Республики Казахстан обеспечить ввод данных в модуль «Дефекты оказания медицинских услуг» СУКМУ согласно формы Карты учета дефектов оказания медицинских услуг, утвержденной приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 «Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения».

5. Республиканскому государственному предприятию на праве хозяйственного

ведения «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Кульжанов М.К.) обеспечить:

- 1) доступ пользователей к модулю «Дефекты оказания медицинской помощи» СУКМУ в срок до 1 апреля 2013 года;
- 2) обучение пользователей модуля «Дефекты оказания медицинской помощи» СУКМУ на местах в срок до 1 апреля 2013 года;
- 3) доступ с ограничением прав пользователя к выходным формам в СУКМУ местным органам государственного управления здравоохранения областей, г.г. Астана, Алматы в срок до 1 апреля 2013 года;
- 4) информационно-техническое сопровождение СУКМУ на постоянной основе.

6. Местным органам государственного управления здравоохранения областей, г.г. Астана, Алматы обеспечить ввод данных в модуль «Дефекты оказания медицинских услуг» СУКМУ организациями, осуществляющими патологоанатомическую деятельность в соответствии с формой Карты учета дефектов оказания медицинских услуг, утвержденной приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 «Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения».

7. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Байжунусова Э. А.

8. Настоящий приказ вводится в действие со дня подписания.

Министр здравоохранения Республики Казахстан
С. Каирбекова

Утверждена
приказом Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от «20» февраля 2013 года №96

Система учета дефектов оказания медицинских услуг

1. Общие положения

1. Настоящая Система учета дефектов оказания медицинских услуг (далее – Система учета) разработана в соответствии с Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», Законом Республики Казахстан «О государственном контроле и надзоре в Республике Казахстан», Правилами организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг, утвержденными постановлением Правительства Республики Казахстан от 23 декабря 2011 года № 1577, Правилами привлечения независимых экспертов в области здравоохранения, утвержденными постановлением Правительства Республики Казахстан от 7 ноября 2011 года № 1304, Правилами выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещения затрат, утвержденными постановлением Правительства Республики Казахстан от 25 октября 2012 года № 1358.

2. Целью данной Системы учета является учет дефектов оказания медицинских услуг в субъектах здравоохранения Республики Казахстан, осуществляемый Комитетом контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения Республики Казахстан (далее – Комитет) и его территориальными департаментами посредством программного комплекса «Система управления качеством медицинских услуг» (далее – СУКМУ).

3. В случае необходимости для выявления дефектов оказания медицинских услуг привлекаются независимые (профильные) эксперты.

2. Проведение учета дефектов оказания медицинских услуг

4. Выявление и учет дефектов оказания медицинских услуг осуществляется Комитетом и его территориальными департаментами при проведении плановых, внеплановых проверок и экспертизе медицинской документации, результатам

патологоанатомических исследований и судебно-медицинских экспертиз, в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан о государственном контроле и надзоре.

5. По результатам проведенной проверки экспертами Комитета и его территориальных департаментов к Акту о результатах проверки субъекта здравоохранения согласно приложению 1 к настоящей Системе учета заполняется и прилагается Лист экспертной оценки медицинских услуг согласно приложению 2 к настоящей Системе учета.

6. При проведении экспертизы качества медицинских услуг по медицинской документации без посещения субъекта здравоохранения, экспертом территориального департамента, независимым (профильным) экспертом заполняется Лист экспертной оценки медицинских услуг согласно приложению 2.

7. Служба внутреннего контроля (аудита) медицинской организации, в случае выявления дефектов оказания медицинских услуг, в том числе изложенных в приложении 5 к настоящей Системе учета, при проведении внутренней экспертизы, заполняет Лист экспертной оценки медицинских услуг согласно приложению 3 к настоящей Системе учета. Внутренняя экспертиза также проводится:

1) по обращениям физических и юридических лиц поступивших:

– на блог-платформу Министра здравоохранения Республики Казахстан,

– в Комиссию по рассмотрению обращений граждан в сфере здравоохранения при Общественных советах по защите прав пациентов,

– на сайт управления здравоохранения,

– непосредственно в медицинскую организацию, в том числе на «телефон доверия»;

2) по всем негативным материалам в средствах массовой информации (газеты, интернет, телевидение и др.), касающихся медицинской организации;

3) по иным проблемным вопросам качества медицинских услуг.

Листы экспертной оценки медицинских услуг представляются в территориальный департамент Комитета в срок до 20 числа ежемесячно.

8. Территориальный департамент Комитета, в случае подтверждения выявленных Службой внутреннего контроля (аудита) медицинской организации дефектов оказания медицинских услуг,

вносит результаты оценки из Листа экспертной оценки медицинских услуг в модуль «Дефект оказания медицинских услуг» (далее – «ДОМУ») программного комплекса «Система управления качеством медицинских услуг» (далее – «СУКМУ»).

3. Пояснения по заполнению Листа экспертной оценки медицинских услуг

9. При заполнении паспортной части Листа экспертной оценки медицинских услуг необходимо указать индивидуальный идентификационный номер (ИИН) гражданина(ки) Республики Казахстан.

10. При выявлении несоблюдения стандартов в области здравоохранения, в обязательном порядке дается подробное описание по всем выявленным дефектам.

Примеры:

1) в дефекте «Отсутствие динамического наблюдения» необходимо указать выявленные нарушения динамического наблюдения за пациентом в соответствии с утвержденными стандартами в области здравоохранения;

2) в дефекте «Описание жалоб» необходимо указать недостатки при описании в медицинской карте жалоб больного;

3) в дефекте «Недооценка тяжести состояния» необходимо детально описать дефекты, допущенные медицинскими работниками при оценке симптомов и синдромов заболевания и последствия, к которым могла привести/привела данная недооценка степени тяжести больного;

4) в дефекте «Наличие рекомендаций» необходимо указать дефекты в рекомендациях, которые были даны пациенту. Рекомендации должны быть осуществимыми, конкретными, четко определяющими дальнейшие действия пациента на пути к выздоровлению;

5) в дефекте «Несоблюдение кодекса чести медицинскими и фармацевтическими работниками» необходимо указать какой подпункт и/или пункт статьи 184 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» был нарушен медицинским работником и дать подробные пояснения;

6) в дефекте «Несвоевременность прибытия бригады скорой помощи на вызов» необходимо указать нарушения утвержденного регламента времени доезда бригады СМП до места нахождения пациента с момента получения задания в зависимости от срочности вызова и, если

возможно, причину несвоевременного доезда;

7) в дефекте «Недостаточность консультативной помощи высококвалифицированных специалистов» подробно расписать причину не привлечение и/или позднего привлечения специалистов из медицинских организаций, оказывающих высокоспециализированную медицинскую помощь (национальные центры, научно-исследовательских институты и т.д., в том числе по линии санитарной авиации);

8) в дефекте «Оказание помощи без участия профильных специалистов» необходимо указать, по какой причине не привлечен профильный специалист по конкретной патологии (сопутствующая, фоновая, осложнение) для коррекции лечения и/или определения дальнейшей тактики ведения больного;

9) в дефекте «Летальный исход» необходимо дать подробное обоснование предотвратимости летального исхода на данном уровне оказания медицинской помощи, а также указать факторы, которые могли бы предотвратить летальный исход.

11. Лист экспертной оценки медицинских услуг составляется в двух экземплярах, подписывается независимым (профильным) экспертом, экспертом территориального департамента Комитета. Один экземпляр вручается руководителю субъекта здравоохранения либо лицу, исполняющему его обязанности.

4. Формирование Карты учета дефектов оказания медицинских услуг и выходных данных в программном комплексе «СУКМУ»

12. Экспертами территориальных департаментов Комитета в модуле «ДОМУ» программного комплекса «СУКМУ» создается «Карта учета дефектов оказания медицинских услуг», в которую вносятся результаты Листа экспертной оценки медицинских услуг.

13. На все пролеченные случаи с дефектами из базы портала «Электронный регистр стационарных больных» автоматически создается «Карта учета дефектов оказания медицинских услуг» в модуле «ДОМУ» на основании статистической карты выбывшего из стационара (форма 066/у) и выписки из медицинской карты (форма 027/у).

14. В случае материнской и/или младенческой смертности, а также смерти от ВИЧ\СПИД, туберкулеза, онкологических

заболеваний и болезней системы кровообращения из базы портала «Регистр прикрепленного населения» автоматически создается «Карта учета дефектов оказания медицинских услуг» в модуле «ДОМУ» на основании медицинского свидетельства о смерти (форма 106/у-12, форма 106-2/у-12).

15. Экспертами территориальных департаментов Комитета вносятся недостающие данные в автоматически созданную «Карту учета дефектов оказания медицинских услуг».

16. Ввод данных в модуль «ДОМУ» патологоанатомами патологоанатомических бюро/отделений и экспертами Центра судебной медицины и его филиалов координируют территориальные департаменты Комитета.

17. Часть данных из модуля «ДОМУ» (дефекты 1.1, 1.6, с 2.1 по 2.7 и др.) автоматически отражаются в подсистеме «Единый платательщик» программного комплекса «СУКМУ» и требуют подтверждения территориальными департаментами Комитета.

18. Территориальные департаменты Комитета проводят экспертизу дефектов качества (подтверждение) в подсистеме «Единый платательщик» после первичной оценки потенциальных дефектов качества, проведенной на уровне Республиканского центра развития здравоохранения (далее – РЦРЗ).

19. После ввода данных в модуль «ДОМУ» автоматически формируется выходная форма «Результаты экспертной оценки качества медицинских услуг» согласно приложению 4 к настоящей Системе учета с указанием каждого случая медицинских услуг с выявленными дефектами и рекомендаций по мерам экономического воздействия согласно приложению 5.

20. Результаты экспертной оценки качества медицинских услуг, заверенные подписью руководителя и печатью территориального департамента Комитета, ежемесячно направляются администраторам бюджетных программ, кроме того они доступны местным органам государственного управления в специальном режиме (окне) с ограничением прав пользователя программного комплекса «СУКМУ».

21. Пояснения по заполнению формы «Результаты экспертной оценки качества медицинских услуг»:

1) при обоснованной или частично обоснованной жалобе, рекомендуемые

суммы к снятию определяются в соответствии с кодами дефектов пункта 5 приложения 5;

2) при выявлении необоснованного отклонения от стандартов как диагностики так и лечения, рекомендуемая сумма к снятию формируется суммарно;

3) при установлении факта привлечения медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи, сумма к снятию определяется суммой затрат, подтвержденных документально;

4) рекомендуемые суммы к снятию по предотвратимым случаям летальных исходов определяются в соответствии с кодами дефектов пункта 7 приложения 5;

5) при выявлении дефектов качества медицинских услуг в субъектах здравоохранения, оказывающих наркологическую, противотуберкулезную, реабилитационную помощь, хосписах и других, за исключением государственных учреждений (Правила возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств, утвержденные постановлением Правительства РК от 07.12.2009г. №2030 (внесение изменений постановлением Правительства РК от 22.01.2013 года №14), расчет меры экономического воздействия проводится с использованием кодов дефектов приложения 5, наиболее приближенных (соответствующих) к каждой конкретной медицинской организации.

22. Местные органы государственного управления здравоохранения:

1) учитывают результаты контроля качества медицинских услуг, проведенного территориальными департаментами Комитета, при осуществлении ежемесячной оплаты поставщикам медицинских услуг согласно действующего законодательства (пункт 2 раздела 2 «Порядок расчета» Типового договора на оказание медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, утвержденного постановлением Правительства

Республики Казахстан от 25 октября 2012 года № 1358 «Об утверждении Правил выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещения затрат»);

2) по результатам контроля качества медицинских услуг принимают управленческие меры, в том числе с учетом выявленных дефектов оказания медицинских услуг определяют потребность и направленность обучающих программ для врачей и среднего медицинского персонала;

3) представляют в РЦРЗ к 15 числу месяца, следующего за отчетным кварталом Информацию по дефектам качества медицинских услуг, не подлежащих оплате согласно приложению 6 и Сводную информацию по дефектам оказания медицинских услуг с мерами экономического воздействия согласно приложению 7.

23. РЦРЗ представляет в Комитет к 20 числу месяца, следующего за отчетным кварталом сводную по республике Информацию по дефектам качества медицинских услуг, не подлежащих оплате согласно приложению 6 и Сводную информацию по дефектам оказания медицинских услуг с мерами экономического воздействия согласно приложению 7.

5. Заключительные положения

24. Должностные лица Комитета и его территориальных департаментов несут установленную законодательством Республики Казахстан ответственность за недостоверное, несвоевременное и некачественное проведение учета дефектов оказания медицинских услуг.

25. В случае несогласия с результатами контроля качества медицинских услуг, руководители субъектов здравоохранения вправе обжаловать их в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан.

Приложение 1
к Системе учета дефектов
оказания медицинских услуг,
утвержденной приказом
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2013 года № __

**Акт
о результатах проверки субъекта здравоохранения**

1. Дата, время и место составления акта _____
2. Наименование органа контроля _____
3. Дата и номер акта о назначении проверки, зарегистрированного в УКПС и СУ ГП РК по городу _____ области от «__» _____ 20__ года № __
4. Ф.И.О. и должность лиц, проводивших проверку _____
5. Наименование или Ф.И.О. проверяемого субъекта, должность представителя физического или юридического лица, присутствовавших при проведении проверки _____
6. Дата, место проведения проверки _____
7. Проверяемый период _____
8. Сведения о результатах проверки*
9. Лист экспертной оценки медицинских услуг (прилагается ____ листов).
10. Выводы:
11. Рекомендации:

Председатель комиссии: _____
(подпись, Ф.И.О.)

Члены комиссии: _____
(подпись, Ф.И.О.)

Независимый (профильный) эксперт _____
(подпись, Ф.И.О.)

Руководитель проверяемого субъекта здравоохранения _____
(подпись, Ф.И.О.)

Дата «__» _____ 20__ год

* **Примечание:** при плановых проверках использовать утвержденные проверочные листы, а также рекомендуется применять алгоритмы проверок по профилям; при внеплановых проверках также рекомендуется применять алгоритмы проверок по профилям и в случае необходимости использовать перечень вопросов проверочного листа.

Лист экспертной оценки медицинских услуг

1. Государственный орган, осуществляющий проверку _____
2. Наименование субъекта здравоохранения _____
(месторасположение, номера лицензии на медицинскую деятельность и приложений, Ф.И.О.
руководителя субъекта здравоохранения, регистрационный номер налогоплательщика)
3. Дата начала и окончания проверки _____
4. Проверяемый период _____
5. Предмет проверки _____ (выявление дефектов оказания
медицинских услуг, в том числе выполнение договорных обязательств по оказанию ГОБМП и др.)

I. Экспертная оценка качества оказанных медицинских услуг на уровне амбулаторно- поликлинической, консультативно- диагностической и стационарозамещающей медицинской помощи:

1. Ф.И.О. больного.
2. Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) гражданина РК.
3. Дата рождения, возраст (полных лет).
4. Национальность.
5. Место жительства.
6. Диагноз направившей организации.
7. Диагноз заключительный клинический (основной, сопутствующий, осложнения).
8. Дефекты на уровне амбулаторно-поликлинической, консультативно-диагностической и стационарозамещающей помощи (выявлены, не выявлены, не наблюдался, неизвестно).
9. Динамическое наблюдение (описание).
 - 1) отсутствие динамического наблюдения;
 - 2) несоблюдение стандартов диспансеризации;
 - 3) отсутствие патронажа новорожденного в первые 3 суток после выписки из родильного дома;
 - 4) отклонения от стандартов наблюдения за беременными и детьми первого года жизни;
 - 5) отклонения от стандартов наблюдения в послеродовом периоде;
 - 6) несвоевременное взятие подростка на диспансерный учет;
 - 7) отклонение от стандартов диспансеризации подростков;
 - 8) несвоевременное взятие на учет по беременности (после 12-недельного срока беременности);
 - 9) несоблюдение стандартов иммунопрофилактики;
 - 10) иные.
10. Недостатки обследования (несоответствие стандартам в области здравоохранения):
 - 1) неполное лабораторное обследование:
 - отсутствие в динамике общих клинических анализов (общий анализ крови, общий анализ мочи, кал на яйца гельминтов и др.);
 - отсутствие биохимических анализов (печеночные пробы, холестерин, триглицериды, коагулограмма, фибриноген, протромбиновый индекс, время свертываемости крови и длительность кровотечения и др.);
 - иные;
 - 2) неполное функциональное обследование:
 - отсутствие методов лучевой диагностики (рентгенологическое исследование, ультразвуковая диагностика, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и др.);
 - эндоскопические виды исследования;
 - иные;
 - 3) недостатки консультативной помощи профильных специалистов;
 - 4) не обследован;
 - 5) отклонение от стандартов диагностики и лечения внутриутробной патологии плода;
 - 6) иные.
11. Описание жалоб (не полные, не соответствуют диагнозу и т.д.).
12. Описание анамнеза (не указан, не полный, не соответствуют диагнозу, не раскрыты полностью и т.д.).
13. Недооценка тяжести состояния (описание).
14. Недоучет или переоценка результатов лабораторных и инструментальных данных (описание).
15. Неадекватная терапия (описание):
 - 1) лечение не проведено;
 - 2) не соответствует утвержденным протоколам диагностики и лечения;
 - 3) некорректное (необоснованное) назначение медикаментозных препаратов, в том числе полипрагмазия;
 - 4) отсутствия лечебно-диагностических мероприятий по выявленным заболеваниям (акушерская патология, экстрагенитальные заболевания);
 - 5) неполный объем лечебно-диагностических мероприятий по выявленным заболеваниям (акушерская патология, экстрагенитальные заболевания);
 - 6) иные.
16. Дефекты госпитализации (не госпитализирован при имеющихся показаниях, необоснованное направление на госпитализацию,

запоздалая госпитализация, оказание стационаро-замещающей помощи без показаний и др.) (описание).

17. Качество и регулярность диспансеризации больного с хроническими формами заболеваний в соответствии с действующим законодательством в области здравоохранения (стандарты соблюдаются/ не соблюдаются, диспансеризация не проводилась).

18. Результаты лечения:

1) летальный исход (непредотвратим/предотвратим на уровне амбулаторно-поликлинической, консультативно-диагностической и стационаро-замещающей медицинской помощи) – заполняются факторы:

- своевременная госпитализация пациента;
- социальное благополучие;
- более ранняя диагностика патологического состояния;
- назначение дополнительных методов исследования;

- правильная трактовка данных клинических и лабораторных исследований, заключений консультантов;

- своевременное адекватное лечение, в том числе оперативное;

- квалификация специалистов;

- иные;

2) исход «ухудшение»;

3) исход «без перемен»;

4) госпитализация в стационар, вследствие неэффективности лечения на амбулаторно-поликлиническом уровне.

19. Наличие рекомендаций (отсутствуют, не полные).

20. Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП.

21. Несоблюдение кодекса чести медицинскими и фармацевтическими работниками (согласно статье 184 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения») (описание).

II. Экспертная оценка качества медицинской помощи на уровне скорой медицинской помощи:

1. Ф.И.О. больного.

2. Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) гражданина РК.

3. Дата рождения, возраст (полных лет).

4. Национальность.

5. Место жительства.

6. Несвоевременность прибытия бригады скорой помощи на вызов (не соблюдение утвержденного регламента времени) (описание).

7. Описание жалоб (не полные, не соответствуют диагнозу и т.д.).

8. Описание анамнеза (не указан, не полный, не соответствуют диагнозу, не раскрыты полностью и т.д.).

9. Недооценка тяжести состояния (описание).

10. Доставка больного на госпитализацию без показаний (описание).

11. Отсутствие доставки больного в стационар при наличии показаний к госпитализации (описание).

сание).

12. Случаи повторных вызовов по тому же заболеванию в течение суток с момента первого вызова (описание).

13. Диагностические, тактические дефекты со стороны медицинских работников в нарушение Протоколов диагностики и лечения (описание).

14. Ошибки в диагнозе (описание):

1) диагноз не полный;

2) случаи расхождения направительного и клинического диагноза;

3) диагноз не установлен;

4) иные.

15. Непредставление активнов в организацию ПМСП.

16. Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП.

17. Несоблюдение кодекса чести медицинскими и фармацевтическими работниками (согласно статье 184 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения») (описание).

III. Экспертная оценка качества медицинской помощи на уровне стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи:

1. Ф.И.О. больного.

2. Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) гражданина РК.

3. Возраст, дата рождения.

4. Место жительства.

5. Название медицинской организации.

6. Дефекты госпитализации (описание):

1) необоснованный отказ в госпитализации;

2) непрофильная госпитализация;

3) необоснованная госпитализация;

4) оказание стационарозамещающей помощи без показаний;

5) повторное незапланированное поступление (за календарный месяц по поводу одного и того же заболевания);

6) иные.

7. Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП (описание).

8. Описание жалоб (не полные, не соответствуют диагнозу и т.д.).

9. Описание анамнеза (не указан, не полный, не соответствуют диагнозу, не раскрыты полностью и т.д.).

10. Ошибки в диагнозе (несоответствие МКБ 10) (описание):

1) диагноз не полный:

- не указаны основной, сопутствующий диагнозы и осложнения,

- случаи расхождения клинического и морфологического диагноза,

- иные;

2) диагноз не установлен.

11. Кратковременное пребывание больного в стационаре (менее 3 суток) (описание).

12. Недостатки обследования/диагностики (неполное, несвоевременное, недооценена тяжести состояния и др. – не соответствие стандартам в

области здравоохранения) (описание):

1) недоучет анамнестических и клинических данных;

2) неполное лабораторное обследование:

- отсутствие в динамике общих клинических анализов (общий анализ крови, общий анализ мочи, кал на яйца гельминтов и др.),

- отсутствие биохимических анализов (печеночные пробы, холестерин, триглицериды, коагулограмма, фибриноген, протромбиновый индекс, время свертываемости крови и длительность кровотечения и др.),

- иные;

3) неполное функциональное обследование:

- отсутствие методов лучевой диагностики (рентгенологическое исследование, ультразвуковая диагностика, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и др.),

- эндоскопические виды исследования,

- иные;

4) назначение обследований без показаний;

5) недоучет или переоценка результатов лабораторных и инструментальных данных;

6) недостаточная консультативная помощь высококвалифицированных специалистов;

7) недоучет или переоценка заключений консультантов:

- консультация проведена вовремя, но мнение консультантов не учтено при постановке правильного диагноза, что частично повлияло на исход заболевания,

- консультация проведена вовремя, мнение консультантов учтено при определении правильного диагноза, но не выполнены рекомендации консультанта по лечению, что частично повлияло на исход заболевания,

- консультация не проведена, что привело к ошибочной трактовке симптомов и синдромов, которые отрицательно повлияли на исход заболевания,

- иные;

8) консилиум врачей по показаниям (проведен в полном объеме и своевременно или не проведен);

9) не обследован.

13. Неадекватная терапия (описание):

1) не соответствует утвержденным протоколам диагностики и лечения;

2) некорректное (необоснованное) назначение медикаментозных препаратов, в том числе полипрагмазия,

3) иные.

14. Оказание помощи без участия профильных специалистов (по показаний) (описание).

15. Отсутствие динамического наблюдения.

16. Недостатки в проведении оперативного вмешательства (описание):

1) запоздалое оперативное вмешательство,

2) неадекватный объем и метод оперативного вмешательства,

3) технические дефекты при операции,

4) операции без должных показаний,

5) неадекватная анестезия,

6) отсутствие профилактики возможных осложнений,

7) отсутствие трансфузионных средств

8) иные.

17. Результаты лечения:

1) летальный исход (непредотвратим/предотвратим на уровне стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи) – заполняются факторы:

- своевременная госпитализация пациента,

- социальное благополучие,

- более ранняя диагностика патологического состояния,

- назначение дополнительных методов исследования,

- правильная трактовка данных клинических и лабораторных исследований, заключений консультантов,

- своевременное адекватное лечение, в том числе оперативное,

- квалификация специалистов,

- иные;

2) исход «ухудшение»;

3) исход «без перемен»;

4) случаи осложнений, возникших в результате лечения;

5) иные.

18. Наличие рекомендаций (отсутствуют, не полные).

19. Несоблюдение кодекса чести медицинскими и фармацевтическими работниками (согласно статье 184 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения») (описание).

IV. Выводы:

Указать основные выводы по выявленным дефектам оказания медицинской помощи.

В случаях летального исхода указать предотвратимость на каждом уровне оказания медицинской помощи.

В случаях, если внеплановая проверка проведена на основании жалобы на качество оказанных медицинских услуг, необходимо указать обоснованность жалобы (обоснованная/частично/необоснованная) и дать пояснения по каждому доводу заявителя.

Председатель комиссии _____
(подпись, Ф.И.О.)

Члены комиссии _____
(подпись, Ф.И.О.)

Независимый (профильный) эксперт _____
(подпись, Ф.И.О.)

Дата «___» _____ 20__ год

Приложение 3
 к Системе учета дефектов
 оказания медицинских услуг,
 утвержденной приказом
 Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от «___» _____ 2013 года № ___

**Лист экспертной оценки медицинских услуг
 Службы внутреннего контроля (аудита) медицинской организации**

1. Наименование субъекта здравоохранения _____
 (месторасположение, номера лицензии на медицинскую деятельность и приложений, Ф.И.О.
 руководителя субъекта здравоохранения, регистрационный номер налогоплательщика)

2. Период экспертизы _____

**I. Экспертная оценка качества оказанных
 медицинских услуг на уровне амбулаторно-
 поликлинической, консультативно-диагностической
 и стационарозамещающей медицинской помощи:**

1. Ф.И.О. больного.
2. Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) гражданина РК.
3. Дата рождения, возраст (полных лет).
4. Национальность.
5. Место жительства.
6. Диагноз направившей организации.
7. Диагноз заключительный клинический (основной, сопутствующий, осложнения).
8. Дефекты на уровне амбулаторно-поликлинической, консультативно-диагностической и стационарозамещающей помощи (выявлены, не выявлены, не наблюдался, неизвестно).
9. Динамическое наблюдение (описание).
 - 1) отсутствие динамического наблюдения;
 - 2) несоблюдение стандартов диспансеризации;
 - 3) отсутствие патронажа новорожденного в первые 3 суток после выписки из родильного дома;
 - 4) отклонения от стандартов наблюдения за беременными и детьми первого года жизни;
 - 5) отклонения от стандартов наблюдения в послеродовом периоде;
 - 6) несвоевременное взятие подростка на диспансерный учет;
 - 7) отклонение от стандартов диспансеризации подростков;
 - 8) несвоевременное взятие на учет по беременности (после 12-недельного срока беременности);
 - 9) несоблюдение стандартов иммунопрофилактики;
 - 10) иные.
10. Недостатки обследования (не соответствие стандартам в области здравоохранения):
 - 1) неполное лабораторное обследование:
 - отсутствие в динамике общих клинических анализов (общий анализ крови, общий анализ мочи, кал на яйца гельминтов и др.),
 - отсутствие биохимических анализов (печеночные пробы, холестерин, триглицериды, коагулограмма, фибриноген, протромбиновый индекс, время свертываемости крови и длительность кровотечения и др.),

- иные;
- 2) неполное функциональное обследование:
 - отсутствие методов лучевой диагностики (рентгенологическое исследование, ультразвуковая диагностика, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и др.),
 - эндоскопические виды исследования,
 - иные;
- 3) недостатки консультативной помощи профильных специалистов;
- 4) не обследован;
- 5) отклонение от стандартов диагностики и лечения внутриутробной патологии плода;
- 6) иные.
11. Описание жалоб (не полные, не соответствуют диагнозу и т.д.).
12. Описание анамнеза (не указан, не полный, не соответствуют диагнозу, не раскрыты полностью и т.д.).
13. Недооценка тяжести состояния (описание).
14. Недоучет или переоценка результатов лабораторных и инструментальных данных (описание).
15. Неадекватная терапия (описание):
 - 1) лечение не проведено;
 - 2) не соответствует утвержденным протоколам диагностики и лечения;
 - 3) некорректное (необоснованное) назначение медикаментозных препаратов, в том числе полипрагмазия;
 - 4) отсутствия лечебно-диагностических мероприятий по выявленным заболеваниям (акушерская патология, экстрагенитальные заболевания);
 - 5) неполный объем лечебно-диагностических мероприятий по выявленным заболеваниям (акушерская патология, экстрагенитальные заболевания);
 - 6) иные.
16. Дефекты госпитализации (не госпитализирован при имеющихся показаниях, необоснованное направление на госпитализацию, запоздалая госпитализация, оказание стационарозамещающей помощи без показаний и др.) (описание).
17. Качество и регулярность диспансеризации больного с хроническими формами заболеваний в соответствии с действующим законодательством в области здравоохранения (стандарты соблюдаются/не соблюдаются, диспансеризация не проводилась).

18. Результаты лечения:

1) летальный исход (непредотвратим/предотвратим на уровне амбулаторно-поликлинической, консультативно-диагностической и стационаро-замещающей медицинской помощи) - заполняются факторы:

- своевременная госпитализация пациента,
- социальное благополучие,
- более ранняя диагностика патологического состояния,
- назначение дополнительных методов исследования,
- правильная трактовка данных клинических и лабораторных исследований, заключений консультантов,
- своевременное адекватное лечение, в том числе оперативное,
- квалификация специалистов,
- иные;

2) исход «ухудшение»;

3) исход «без перемен»;

4) госпитализация в стационар, вследствие неэффективности лечения на амбулаторно-поликлиническом уровне.

19. Наличие рекомендаций (отсутствуют, не полные).

20. Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП.

21. Несоблюдение кодекса чести медицинскими и фармацевтическими работниками (согласно статье 184 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения») (описание).

II. Экспертная оценка качества медицинской помощи на уровне скорой медицинской помощи:

1. Ф.И.О. больного.

2. Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) гражданина РК.

3. Дата рождения, возраст (полных лет).

4. Национальность.

5. Место жительства.

6. Несвоевременность прибытия бригады скорой помощи на вызов (не соблюдение утвержденного регламента времени) (описание).

7. Описание жалоб (не полные, не соответствуют диагнозу и т.д.).

8. Описание анамнеза (не указан, не полный, не соответствуют диагнозу, не раскрыты полностью и т.д.).

9. Недооценка тяжести состояния (описание).

10. Доставка больного на госпитализацию без показаний (описание).

11. Отсутствие доставки больного в стационар при наличии показаний к госпитализации (описание).

12. Случаи повторных вызовов по тому же заболеванию в течение суток с момента первого вызова (описание).

13. Диагностические, тактические дефекты со стороны медицинских работников в нарушение Протоколов диагностики и лечения (описание).

14. Ошибки в диагнозе (описание):

1) диагноз не полный;

2) случаи расхождения направительного и клинического диагноза;

3) диагноз не установлен;

4) иные.

15. Непредставление активов в организацию ПМСП.

16. Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП.

17. Несоблюдение кодекса чести медицинскими и фармацевтическими работниками (согласно статье 184 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения») (описание).

III. Экспертная оценка качества медицинской помощи на уровне стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи:

1. Ф.И.О. больного.

2. Индивидуальный идентификационный номер (ИИН) гражданина РК.

3. Возраст, дата рождения.

4. Место жительства.

5. Название медицинской организации.

6. Дефекты госпитализации (описание):

1) необоснованный отказ в госпитализации;

2) непрофильная госпитализация;

3) необоснованная госпитализация;

4) оказание стационарозамещающей помощи без показаний;

5) повторное незапланированное поступление (за календарный месяц по поводу одного и того же заболевания);

6) иные.

7. Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП (описание).

8. Описание жалоб (не полные, не соответствуют диагнозу и т.д.).

9. Описание анамнеза (не указан, не полный, не соответствуют диагнозу, не раскрыты полностью и т.д.).

10. Ошибки в диагнозе (несоответствие МКБ 10) (описание):

1) диагноз не полный:

– не указаны основной, сопутствующий диагнозы и осложнения,

– случаи расхождения клинического и морфологического диагноза,

– иные;

2) диагноз не установлен.

11. Кратковременное пребывание больного в стационаре (менее 3 суток) (описание).

12. Недостатки обследования/диагностики (неполное, несвоевременное, недооценена тяжести состояния и др. – не соответствие стандартам в области здравоохранения) (описание):

3) недоучет анамнестических и клинических данных;

4) неполное лабораторное обследование:

– отсутствие в динамике общих клинических анализов (общий анализ крови, общий анализ мочи, кал на яйца гельминтов и др.),

– отсутствие биохимических анализов (печеночные пробы, холестерин, триглицериды, коагу-

- лограмма, фибриноген, протромбиновый индекс, время свертываемости крови и длительность кровотечения и др.),
- иные;
 - 3) неполное функциональное обследование:
 - отсутствие методов лучевой диагностики (рентгенологическое исследование, ультразвуковая диагностика, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и др.),
 - эндоскопические виды исследования,
 - иные;
 - 4) назначение обследований без показаний;
 - 5) недоучет или переоценка результатов лабораторных и инструментальных данных;
 - 6) недостаточная консультативная помощь высококвалифицированных специалистов;
 - 7) недоучет или переоценка заключений консультантов:
 - консультация проведена вовремя, но мнение консультантов не учтено при постановке правильного диагноза, что частично повлияло на исход заболевания,
 - консультация проведена вовремя, мнение консультантов учтено при определении правильного диагноза, но не выполнены рекомендации консультанта по лечению, что частично повлияло на исход заболевания,
 - консультация не проведена, что привело к ошибочной трактовке симптомов и синдромов, которые отрицательно повлияли на исход заболевания,
 - иные;
 - 8) консилиум врачей по показаниям (проведен в полном объеме и своевременно или не проведен);
 - 9) не обследован.
13. Неадекватная терапия (описание):
- 1) не соответствует утвержденным протоколам диагностики и лечения;
 - 2) некорректное (необоснованное) назначение медикаментозных препаратов, в том числе полипрагмазия,
 - 3) иные.
14. Оказание помощи без участия профильных специалистов (по показаний) (описание).
15. Отсутствие динамического наблюдения.
16. Недостатки в проведении оперативного вмешательства (описание):
- 1) запоздалое оперативное вмешательство,
 - 2) неадекватный объем и метод оперативного

- вмешательства,
- 3) технические дефекты при операции,
 - 4) операции без должных показаний,
 - 5) неадекватная анестезия,
 - 6) отсутствие профилактики возможных осложнений,
 - 7) отсутствие трансфузионных средств
 - 8) иные.
17. Результаты лечения:
- 1) летальный исход (непредотвратим/предотвратим на уровне стационарной и стационаро-замещающей медицинской помощи) – заполняются факторы:
 - своевременная госпитализация пациента,
 - социальное благополучие,
 - более ранняя диагностика патологического состояния,
 - назначение дополнительных методов исследования,
 - правильная трактовка данных клинических и лабораторных исследований, заключений консультантов,
 - своевременное адекватное лечение, в том числе оперативное,
 - квалификация специалистов,
 - иные;
 - 2) исход «ухудшение»;
 - 3) исход «без перемен»;
 - 4) случаи осложнений, возникших в результате лечения;
 - 5) иные.
18. Наличие рекомендаций (отсутствуют, не полные).
19. Несоблюдение кодекса чести медицинскими и фармацевтическими работниками (согласно статье 184 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения») (описание).

IV. Выводы:

Указать основные выводы по выявленным дефектам оказания медицинской помощи.

В случаях летального исхода указать предотвратимость на каждом уровне оказания медицинской помощи.

В случаях, если внеплановая проверка проведена на основании жалобы на качество оказанных медицинских услуг, необходимо указать обоснованность жалобы (обоснованная/частично/необоснованная) и дать пояснения по каждому доводу заявителя.

Специалист внутреннего аудита _____ (подпись, Ф.И.О.)

Руководитель Службы внутреннего аудита субъекта здравоохранения _____ (подпись, Ф.И.О.)

Руководитель субъекта здравоохранения _____ (подпись, Ф.И.О.)

Дата «___» _____ 20__ год

«Подтверждаю», внести в базу модуля «ДОМУ»
 Эксперт ТД ККМФД _____ (подпись, Ф.И.О.)

Дата «___» _____ 20__ год

Приложение 4
к Системе учета дефектов
оказания медицинских услуг,
утвержденной приказом
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от «___» _____ 2013 года № ___

Результаты экспертной оценки качества медицинских услуг

1. Наименование субъекта здравоохранения _____
Адрес _____
Номера лицензии на медицинскую деятельность и приложений _____
Ф.И.О. руководителя субъекта здравоохранения _____

2. Дата начала и окончания проверки _____

3. Проверяемый период _____

4. Предмет проверки _____ выявление дефектов оказания
медицинских услуг, в том числе выполнение договорных обязательств по оказанию ГОБМП и др.

5. ГУ «Департамент Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения Республики Казахстан по городу _____ области, на основании выявленных дефектов оказания медицинских услуг, рекомендует применить меры экономического воздействия (снятие денежных средств) в соответствии с Перечнем дефектов качества медицинских услуг, не подлежащих оплате, в том числе частично, согласно приложению 5 к Системе учета дефектов оказания медицинских услуг согласно нижеследующей таблице:

№ п/п	№ медицинской карты	Код дефекта	Нормативный правовой акт	Примечание

Независимый (профильный) эксперт _____

(подпись, Ф.И.О.)

Эксперт ТД ККМФД _____

(подпись, Ф.И.О.)

Руководитель ТД ККМФД _____

(подпись, Ф.И.О.)

Дата «___» _____ 20 ___ год

Приложение 5
к Системе учета дефектов
оказания медицинских услуг,
утвержденной приказом
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от «___» _____ 2013 года № ___

**Перечень дефектов качества медицинских услуг,
не подлежащих оплате, в том числе частично**

№	№ кода	Субъекты здравоохранения	Наименование дефекта	Единица измерения	Подлежит снятию (от стоимости случая)
1	2	3	4	5	6
Случаи госпитализации без медицинских показаний					
	1.1	Оказывающие стационарную помощь	Случаи госпитализации без медицинских показаний	1 случай	100%
	1.1	Районного значения и села	Случаи госпитализации без медицинских показаний	1 пролеченный случай	10-кратный размер КПП
Случаи повторного незапланированного поступления					
	1.4	Оказывающие стационарную помощь	Случаи повторного незапланированного поступления (за календарный месяц по поводу одного и того же заболевания)	1 пролеченный случай	100%
	1.4	Районного значения и села	Случаи повторного незапланированного поступления (за календарный месяц по поводу одного и того же заболевания)	1 пролеченный случай	10-кратный размер КПП
Случаи необоснованного отклонения лечебно-диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения					
	1.6	Оказывающие стационарную помощь	Случаи необоснованного отклонения лечебно-диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения	1 пролеченный случай	30%
	1.6	Районного значения и села	Случаи необоснованного отклонения лечебно-диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения	1 пролеченный случай	5-кратный размер КПП
	3.1.6	Оказывающие первичную медико-санитарную помощь	Необоснованное отклонение лечебно-диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения	1 случай	3,5 ПН
	4.1.6	Оказывающие консультативно-диагностическую помощь	Необоснованное отклонение лечебно-диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения	1 случай	3,5 БТ
	5.1.6	Оказывающие скорую медицинскую помощь	Необоснованное отклонение лечебно-диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения	1 вызов	50%

№	№ кода	Субъекты здравоохранения	Наименование дефекта	Единица измерения	Подлежит снятию (от стоимости случая)
1	2	3	4	5	6
*	1.8	Оказывающие консультативно-диагностическую помощь	Случаи необоснованного проведения услуг специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи, осуществляемой в форме консультативно-диагностической помощи	1 услуга	100%
	1.10		Необоснованное увеличение количества консультативно-диагностических услуг	1 услуга	100%
Обоснованные или частично обоснованные жалобы на качество оказанных медицинских услуг					
	2.1	Оказывающие стационарную помощь	2.1.1 Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения	1 пролеченный случай	30%
			2.1.2 Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения		30%
			2.1.3 Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП		На сумму затрат, подтвержденных документально
			2.1.4 Нарушение этики медицинскими работниками		5%
	2.1	Районного значения и села	2.1.1 Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения	1 пролеченный случай	20-кратный размер КПП
			2.1.2 Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения		20-кратный размер КПП
			2.1.3 Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП		На сумму затрат, подтвержденных документально
			2.1.4 Нарушение этики медицинскими работниками		5-кратный размер КПП
	3.2.1	Оказывающие первичную медико-санитарную помощь	3.2.1.1 Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения	1 случай	20 ПН
			3.2.1.2 Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения		20 ПН
			3.2.1.3 Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП		На сумму затрат, подтвержденных документально
			3.2.1.4 Нарушение этики медицинскими работниками		5 ПН

№	№ кода	Субъекты здравоохранения	Наименование дефекта	Единица измерения	Подлежит снятию (от стоимости случая)
1	2	3	4	5	6
	4.2.1.	Оказывающие консультативно-диагностическую помощь	4.2.1.1 Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения	1 случай	15 БТ
			4.2.1.2 Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения		15 БТ
			4.2.1.3 Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП		На сумму затрат, подтвержденных документально
			4.2.1.4 Нарушение этики медицинскими работниками		5 БТ
	5.2.1	Оказывающие скорую медицинскую помощь	5.2.1.1 Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения	1 вызов	30%
			5.2.1.2 Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения		30%
			5.2.1.3 Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП		На сумму затрат, подтвержденных документально
			5.2.1.4 Нарушение этики медицинскими работниками		5%
Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП					
	2.2	Оказывающие стационарную помощь	Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП	1 пролеченный случай	На сумму затрат, подтвержденных документально
	2.2	Районного значения и села	Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП	1 пролеченный случай	На сумму затрат, подтвержденных документально
	3.2.2	Оказывающие первичную медико-санитарную помощь	Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП	1 случай	На сумму затрат, подтвержденных документально
	4.2.2	Оказывающие консультативно-диагностическую помощь	Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП	1 случай	На сумму затрат, подтвержденных документально

№	№ кода	Субъекты здравоохранения	Наименование дефекта	Единица измерения	Подлежит снятию (от стоимости случая)
1	2	3	4	5	6
	5.2.2	Оказывающие скорую медицинскую помощь	Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП	1 вызов	На сумму затрат, подтвержденных документально
Предотвратимые случаи смерти/летальных исходов					
	2.3	Оказывающие стационарную помощь	Случаи летальных исходов (предотвратимые)	1 пролеченный случай	100%
	2.3	Районного значения и села	Случаи летальных исходов (предотвратимые)	1 пролеченный случай	20-кратный размер КПП
	3.7	Оказывающие первичную медико-санитарную помощь	Предотвратимая смертность на дому	1 случай	100 ПН
	4.6	Оказывающие консультативно-диагностическую помощь	Предотвратимая смертность на дому	1 случай	100 БТ
Случаи осложнений, возникших в результате лечения					
	2.4	Оказывающие стационарную помощь	2.4.1 Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения	1 пролеченный случай	30%
			2.4.2 Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения		30%
	2.4	Районного значения и села	2.4.1 Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения	1 пролеченный случай	15-кратный размер КПП
			2.4.2 Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения		15-кратный размер КПП
Случаи с исходом заболевания «ухудшение»					
	2.5	Оказывающие стационарную помощь	2.5.1 Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения	1 пролеченный случай	30%
			2.5.2 Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения		30%
	2.5	Районного значения и села	2.5.1 Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения	1 пролеченный случай	20-кратный размер КПП
			2.5.2 Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения		20-кратный размер КПП

№	№ кода	Субъекты здравоохранения	Наименование дефекта	Единица измерения	Подлежит снятию (от стоимости случая)
1	2	3	4	5	6
Случаи с исходом заболевания «без перемен»					
	2.6	Оказывающие стационарную помощь	2.6.1 Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения 2.6.2 Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения	1 пролеченный случай	20% 20%
	2.6	Районного значения и села	2.6.1 Случаи необоснованного отклонения лечебных мероприятий от стандартов в области здравоохранения 2.6.2 Случаи необоснованного отклонения диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения	1 пролеченный случай	10-кратный размер КПП 10-кратный размер КПП
Случаи расхождения клинического и морфологического диагнозов					
	2.7	Оказывающие стационарную помощь	Случаи расхождения клинического и морфологического диагнозов	1 случай расхождения	50%
	2.7	Районного значения и села	Случаи расхождения клинического и морфологического диагнозов	1 случай расхождения	10-кратный размер КПП
Необоснованное направление на госпитализацию					
	3.3	Оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь	Необоснованное направление больных на госпитализацию	1 случай	12,5 ПН
	4.3	Оказывающие консультативно-диагностическую помощь	Необоснованное направление больных на госпитализацию	1 случай	25 БТ
Несоблюдение стандартов диспансеризации					
	3.5	Оказывающие первичную медико-санитарную помощь	Несоблюдение стандартов диспансеризации	1 случай	3,5 ПН
	4.5	Оказывающие консультативно-диагностическую помощь	Несоблюдение стандартов диспансеризации	1 случай	3,5 БТ
**	3.6	Оказывающие первичную медико-санитарную помощь	Несоблюдение стандартов иммунопрофилактики	1 случай	3,5 ПН
Оказание стационароразмещающей медицинской помощи без показаний					
	3.8	Оказывающие первичную медико-санитарную	Оказание стационароразмещающей медицинской помощи без показаний	1 случай	12,5 ПН
	4.8	Оказывающие консультативно-диагностическую помощь	Оказание стационароразмещающей медицинской помощи без показаний	1 случай	25 БТ

№	№ кода	Субъекты здравоохранения	Наименование дефекта	Единица измерения	Подлежит снятию (от стоимости случая)
1	2	3	4	5	6
Контроль наблюдения за детьми в возрасте до 1 года жизни					
	3.9	Оказывающие первичную медико-санитарную помощь	Отсутствие патронажа новорожденного в первые 3 суток после выписки из родильного дома	1 случай	6 ПН
	3.10		Отклонение от стандартов наблюдения за детьми первого года жизни	1 случай	3,5 ПН
	3.11		Несоблюдение стандартов иммунопрофилактики	1 случай	6 ПН
	4.10	Оказывающие консультативно-диагностическую помощь	Отклонение от стандартов наблюдения за детьми первого года жизни	1 случай	3,5 БТ
Контроль наблюдения за беременными					
	3.12	Оказывающие первичную медико-санитарную помощь	Несвоевременное взятие на учет по беременности (после 12 недельного срока беременности)	1 случай	3,5 ПН
	3.13		Отклонение от стандартов диагностики и лечения внутриутробной патологии плода	1 случай	12,5 ПН
	3.14		Отсутствие профилактических мероприятий с учетом прогноза течения беременности и родов	1 случай	12,5 ПН
	3.15		Отклонения от стандартов наблюдения за беременными	1 случай	6 ПН
	3.16		Отсутствие лечебно-диагностических мероприятий по выявленным заболеваниям (акушерская патология, экстрагенитальные заболевания)	1 случай	12,5 ПН
	3.17		Неполный объем лечебно-диагностических мероприятий по выявленным заболеваниям (акушерская патология, экстрагенитальные заболевания)	1 случай	6 ПН
	3.18		Отклонение от стандартов наблюдения в послеродовом периоде	1 случай	6 ПН

№	№ кода	Субъекты здравоохранения	Наименование дефекта	Единица измерения	Подлежит снятию (от стоимости случая)
1	2	3	4	5	6
	4.12	Оказывающие консультативно-диагностическую помощь	Несвоевременное взятие на учет по беременности (после 12 недельного срока беременности)	1 случай	7 БТ
	4.13		Отклонение от стандартов диагностики и лечения внутриутробной патологии плода	1 случай	7 БТ
	4.14		Отсутствие профилактических мероприятий с учетом прогноза течения беременности и родов	1 случай	7 БТ
	4.15		Отклонения от стандартов наблюдения за беременными	1 случай	7 БТ
	4.16		Отсутствие лечебно-диагностических мероприятий по выявленным заболеваниям (акушерская патология, экстрагенитальные заболевания)	1 случай	7 БТ
	4.17		Неполный объем лечебно-диагностических мероприятий по выявленным заболеваниям (акушерская патология, экстрагенитальные заболевания)	1 случай	7 БТ
	4.18		Отклонение от стандартов наблюдения в послеродовом периоде	1 случай	7 БТ
Контроль наблюдения за подростками					
	3.19	Оказывающие первичную медико-санитарную помощь	Несвоевременное взятие подростка на диспансерный учет	1 случай	3,75 ПН
	3.20		Отклонение от стандартов диспансеризации подростков (в том числе лечебно-профилактических мероприятий среди юношей допризывного и призывного возраста)	1 случай	3,75 ПН
	4.20	Оказывающие консультативно-диагностическую помощь	Отклонение от стандартов диспансеризации подростков (в том числе лечебно-профилактических мероприятий среди юношей допризывного и призывного возраста)	1 случай	7 БТ
	5.3	Оказывающие скорую медицинскую помощь	Доставка больного на госпитализацию без показаний	1 вызов	100%
	5.4		Отсутствие доставки больного в стационар при наличии показаний к госпитализации	1 вызов	100%
	5.5		Непредоставление активов в ПМСП	1 вызов	15%
	5.6		Случаи повторных вызовов по тому же заболеванию в течение суток с момента первого вызова вследствие неполного объема оказанных услуг	1 вызов	30%

Примечания:

- в субъектах здравоохранения районного значения и села расчет меры экономического воздействия проводится по комплексному подушевому тарифу (КПТ);
- в субъектах здравоохранения, оказывающих ПМСП расчет меры экономического воздействия проводится по подушевому нормативу (ПН);
- в субъектах здравоохранения, оказывающих КДП расчет меры экономического воздействия проводится по базовому тарифу (БТ);
- в субъектах здравоохранения, оказывающих наркологическую, противотуберкулезную, реабилитационную помощь, хосписах и других расчет меры экономического воздействия проводится по аналогичным кодам дефектов в соответствии с действующим законодательством.

* коды 1.8 и 1.10 для республиканских субъектов здравоохранения, оказывающих КДП

**код 3.6 для детей старше 1 года жизни и взрослых

Приложение 7
к Системе учета дефектов оказания
медицинских услуг, утвержденной приказом
Министра здравоохранения Республики Казахстан
от «___» _____ 2013 года № ___

**Сводная информация дефектов оказания медицинских услуг
с мерами экономического воздействия по Республике Казахстан,
представленная Управлением здравоохранения за период с _____ по _____ 201__ года**

Наименование региона	Дефекты качества, выявленные ККМФД				Дефекты объема, выявленные КОМУ				Итого	
	Всего представлено	Сумма к снятию	Учтено УЗ	Снято УЗ	Всего представлено	Сумма к снятию	Учтено УЗ	Снято УЗ	Всего* учтено УЗ	Всего** снято УЗ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Итого по РК										

*указывается общее количество учтенных Управлением здравоохранения дефектов качества и объема – сумма 4 и 8 столбцов настоящей таблицы

** указывается общее количество снятых денег Управлением здравоохранения – сумма 5 и 9 столбцов настоящей таблицы

Приложение 6
к системе учета дефектов оказания медицинских услуг,
утвержденной приказом Министра
здравоохранения Республики Казахстан
от "___" _____ 2013 года № ___

**Информация по дефектам качества медицинских услуг, не подлежащих оплате за _____
квартал 201__ года таблица дефектов, не подлежащих оплате**

приказ № 12, 910

№	случаи госпитализации без медицинских показаний		случаи повторного незапланированного поступления в за календарный месяц по поводу одного и того же заболевания		случаи необоснованного отклонения лечебно-диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения		обоснованные жалобы на качество медицинской помощи	
	дефект 1.1		дефект 1.4		дефект 1.6		дефект 2.1.2	
	случаи	сумма	случаи	сумма	случаи	сумма	случаи	сумма
	число случаев к сянтыг с оплаты	сумма к сянтыг	число случаев, сянтыг с оплаты	сумма к сянтыг	число случаев, сянтыг с оплаты	сумма к сянтыг	число случаев, сянтыг с оплаты	сумма к сянтыг
субъекты здравоохранения, оказывающие стационарную помощь								
субъекты здравоохранения оказывающие скорую медицинскую помощь								
итого:								

приказ № 899

	необоснованное отклонение лечебно-диагностических мероприятий от стандартов в области здравоохранения		необоснованное направление больных на госпитализацию		несоблюдение стандартов диспансеризации		несоблюдение стандартов иммунопрофилактики		презонартамная смертность на дому	
	дефект 3.1.6/4.1.6		дефект 3.3/4.3		дефект 3.5/4.5		дефект 3.6/3.11		дефект 3.7	
	случаи	сумма	случаи	сумма	случаи	сумма	случаи	сумма	случаи	сумма
	число случаев к сянтыг с оплаты	сумма к сянтыг	число случаев, сянтыг с оплаты	сумма к сянтыг	число случаев, сянтыг с оплаты	сумма к сянтыг	число случаев, сянтыг с оплаты	сумма к сянтыг	число случаев, сянтыг с оплаты	сумма к сянтыг
ПМСП										
в г.ч. сельские										
КДП										
в г.ч. сельские										
итого:										

	доставка больного на госпитализацию без показаний		отсутствие доставки больного в стационар при наличии показаний		непредоставление активнов в организации ПМСП		случаи повторных вызовов по тому же заболеванию в течение суток с момента первого вызова вследствие неполного объема оказанных услуг		несоответствие лечебно-диагностических мероприятий и лечения заболеваний	
	дефект 5.3		дефект 5.4		дефект 5.5		дефект 5.6		дефект 5.1.6	
	случаи	сумма	случаи	сумма	случаи	сумма	случаи	сумма	случаи	сумма
	число случаев к сянтыг с оплаты	сумма к сянтыг	число случаев, сянтыг с оплаты	сумма к сянтыг	число случаев, сянтыг с оплаты	сумма к сянтыг	число случаев, сянтыг с оплаты	сумма к сянтыг	число случаев, сянтыг с оплаты	сумма к сянтыг
субъекты здравоохранения, оказывающие скорую медицинскую помощь										
итого:										

Продолжение

приказ № 12, 910																				
случаи летальных исходов (предотвратимые)				случаи осложнений, возникших в результате лечения																
дефект 2.1.3				дефект 2.1.4				дефект 2.3				дефект 2.4.1				дефект 2.4.2				
случаи		сумма		случаи		сумма		случаи		сумма		случаи		сумма		случаи		сумма		
число случаев к случаям с оплатой	сумма к оплате	сумма к оплате	сумма к оплате	число случаев к оплате	сумма к оплате	число случаев к оплате	сумма к оплате	число случаев к оплате	сумма к оплате	число случаев к оплате	сумма к оплате	число случаев к оплате	сумма к оплате	число случаев к оплате	сумма к оплате	число случаев к оплате	сумма к оплате	число случаев к оплате	сумма к оплате	

приказ № 899

приказ № 899																				
обоснованные жалобы на качество медицинских услуг																				
дефект 3.8.4.8				дефект 3.2.1.1/4.2.1.1				дефект 3.2.1.2/4.2.1.2				дефект 3.2.1.3/4.2.1.3				дефект 3.2.1.4/4.2.1.4				
случаи		сумма		случаи		сумма		случаи		сумма		случаи		сумма		случаи		сумма		
число случаев к случаям с оплатой	сумма к оплате	сумма к оплате	сумма к оплате	число случаев к оплате	сумма к оплате	число случаев к оплате	сумма к оплате	число случаев к оплате	сумма к оплате	число случаев к оплате	сумма к оплате	число случаев к оплате	сумма к оплате	число случаев к оплате	сумма к оплате	число случаев к оплате	сумма к оплате	число случаев к оплате	сумма к оплате	

обоснованные жалобы на качество медицинских услуг																				
дефект 5.2.1.1				дефект 5.2.2.2				дефект 5.2.3.3				дефект 5.2.4								
случаи		сумма		случаи		сумма		случаи		сумма		случаи		сумма						
число случаев к случаям с оплатой	сумма к оплате	сумма к оплате	сумма к оплате	число случаев к оплате	сумма к оплате	число случаев к оплате	сумма к оплате	число случаев к оплате	сумма к оплате	число случаев к оплате	сумма к оплате	число случаев к оплате	сумма к оплате	число случаев к оплате	сумма к оплате					

Продолжение

приказ № 12, 910

случаи с исходом заболевания "ухудшение"		случаи с исходом заболевания "без перемен"						случаи расхождения клинического и морфологического диагнозов						привлечение специалистов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи в рамках ГОБМП					
		дефект 2.5.1			дефект 2.5.2			дефект 2.6.1			дефект 2.6.2			дефект 2.7			дефект 2.7		
		случаи	число случаев к суммарной сумме	сумма	случаи	число случаев к суммарной сумме	сумма	случаи	число случаев к суммарной сумме	сумма	случаи	число случаев к суммарной сумме	сумма	случаи	число случаев к суммарной сумме	сумма	случаи	число случаев к суммарной сумме	сумма

приказ № 899

отсутствие патронажа новорожденного в первые 3 суток после выписки из родильного дома		несвоевременное выявление на учет по беременности (после 12-недельного срока беременности)						отклонение от стандартов диагностики и лечения внутриутробной патологии плода						отсутствие профилактических мероприятий с учетом прогноза течения беременности и родов						отклонение от стандартов наблюдения за беременными					
		дефект 3.9			дефект 3.10/4.10			дефект 3.12/4.10			дефект 3.13/4.13			дефект 3.14/4.14			дефект 3.15/4.15			дефект 3.15/4.15					
		случаи	число случаев к суммарной сумме	сумма	случаи	число случаев к суммарной сумме	сумма	случаи	число случаев к суммарной сумме	сумма	случаи	число случаев к суммарной сумме	сумма	случаи	число случаев к суммарной сумме	сумма	случаи	число случаев к суммарной сумме	сумма						

Окончание

приказ № 12, 910

общая сумма снятия по всем дефектам																																								

приказ № 899

отсутствие лечебно-диагностических мероприятий по выявленным заболеваниям(акушерская патология, экстрагенитальные заболевания)	дефект 3.16-4.16			дефект 3.17-4.17			отклонения от стандартов наблюдения в послеродовом периоде			несвоевременное взятие подростка на диспансерный учет			отклонение от стандартов диспансеризации подростков, в т.ч. лечебно-диагностических мероприятий среди девочек подросткового и призывного возраста			общая сумма снятия по всем дефектам																						
	случаи	число случаев, снятых с оплаты	сумма	случаи	число случаев, снятых с оплаты	сумма	случаи	число случаев, снятых с оплаты	сумма	случаи	число случаев, снятых с оплаты	сумма	случаи	число случаев, снятых с оплаты	сумма																							

ОҚИҒАЛАР/ СОБЫТИЯ

ИНФОРМАЦИЯ О ЛИДЕРСТВЕ В БИЗНЕС-РЕЙТИНГЕ

Республиканский центр развития здравоохранения занял 3 место в Национальном бизнес-рейтинге в номинации «Показатели ликвидности». Об этом информирует пресс-служба предприятия.

По данным Оргкомитета Национального бизнес-рейтинга по итогам финансово-хозяйственной деятельности за 2011-2012 года был построен общегосударственный рейтинг предприятий Республики Казахстан. По результатам статистического ранжирования, которое было основано

на официальной отчетности в номинации «Показатели ликвидности» 3 место в Республике Казахстан заняло РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения».

«Данный показатель будет подтвержден элитарными знаками почета, которые дают право на использование символики и статуса лидера в маркетингово-экономической стратегии предприятия», – отмечает в своем поздравлении председатель Оргкомитета Гульнара Хабибрахманова.

ИТОГИ КОНКУРСА ЛУЧШИЙ МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 2013 ГОДА

В Астане 13 июня 2013 года на базе Республиканского центра развития здравоохранения подвели итоги в номинации «Лучший менеджер здравоохранения» в рамках конкурса «Лучший по профессии», который приурочен к празднованию Дня медицинского работника.

Данный конкурс проводится в республике третий раз и способствует повышению престижа профессии менеджера здравоохранения, совершенствованию профессионального мастерства, инициативы и развития творческого потенциала.

Конкурс, направленный на определение лучших менеджеров здравоохранения страны, был объявлен в мае текущего года. Его участниками стали менеджеры – руководители лечебных учреждений со всех уголков Казахстана без возрастных ограничений.

В Астану приехали лучшие из лучших, которых определяли по десяти показателям. Так, например, участники должны были добиться снижения смертности в своем

медицинском учреждении, уменьшения уровня госпитализации, внедрения современных технологий и т.д.

Конкурс проводился в два тура: в I-ом туре участники отбирались на уровне области, во II-ом – представили отчет о проделанной работе с демонстрацией видеоролика и выполнения домашнего задания.

В состав конкурсной комиссии под председательством первого руководителя Комитета оплаты медицинских услуг МЗ РК К.Ермекбаева вошел генеральный директор Республиканского центра развития здравоохранения В.Ахметов и другие.

По итогам конкурса победителем был признан Сулейменов Мурат Куснулович – директор ККГП «Павлодарский областной онкологический диспансер», которому будет вручен ценный подарок.

Все участники конкурса также примут участие в торжественном мероприятии, посвященном Дню медработника, которое состоится 14 июня в ЦКЗ «Казахстан».



МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ, ПОСВЯЩЕННАЯ 35-ЛЕТИЮ АЛМА-АТИНСКОЙ ДЕКЛАРАЦИИ ПО ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО- САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

«К всеобщему охвату здравоохранения через инновации в ПМСП»
г. Алматы, 6-7 ноября 2013 года

В конференции примут участие 500 экспертов из 194 стран мира. В течение 2-х дней участники обсудят актуальные темы:

- медицинские технологии: информатизация ПМСП;
- инновации кадровых ресурсов: профессиональная структура и уровень организации;
- интеграция медицинских услуг: мировой опыт интеграции социальной помощи, общественного здравоохранения, первичной

медико-санитарной, психиатрической и стационарной помощи;

- системы здравоохранения, ориентированные на потребности населения: усовершенствование медицинской помощи, ориентированной на потребности и интересы населения на уровне ПМСП;

- финансирование качества медицинской помощи: стимулирование качества;

- создание обучающей среды в системе ПМСП: стандартизация, мониторинг и обратная связь в ПМСП.

Организаторы: Министерство здравоохранения Республики Казахстан

При поддержке:



Всемирная организация
здравоохранения



Қазақстан Республикасы,
010000, Астана қ.
Иманов к-сі 13, 619 кеңсе

Республика Казахстан,
010000, г. Астана
ул. Иманова 13, офис 619

www.rcrz.kz

