

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау
МЕНЕДЖЕРІ
МЕНЕДЖЕР
здравоохранения Республики Казахстан



Журналдың аты:

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау менеджері

Бас редактор:

У. И. Ахметов

Редакциялық кеңес:

А.А. Ақанов, М.К. Құлжанов, А.К. Байгенжин,
Э.А. Байжүнісов, Е.А. Біртанов, С.А. Егеубаева,
Қ.А. Ергалиев, К.К. Еремқбаев, Н.М. Исатаева,
Л. Ковач, В.З. Кучеренко, Т.К. Рахыпбеков,
А.Т. Шарман, М.Е. Шоранов

Редакциялық коллегия:

А.Ж. Әзербасева, Н.М. Исатаева, А.Д. Ахимова,
М.А. Исаханов, В.В. Койков,
Д.М. Мақашев, Б.С. Молдахметова

Редакцияның хатшысы:

Ж.Н. Оспанова

Техникалық редакторлар:

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

Меншік иесі:

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

Жазылу индексі:

74608

Мерзімділігі:

жарты жылда 2 рет

Таралымы:

500 дана

Құрылтайшылары:

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау
министрлігі, Денсаулық 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:

Ахметов В.И.

Редакционный совет:

Ақанов А.А., Құлжанов М.К., Байгенжин А.К.,
Байжунусов Э.А., Біртанов Е.А., Егеубаева С.А.,
Ергалиев К.А., Еремқбаев К.К., Исатаева Н.М.,
Ковач Л., Кучеренко В.З., Рахыпбеков Т.К.,
Шарман А.Т., Шоранов М.Е.

Редакционная коллегия:

Азербасева А.Ж., Исатаева Н.М., Ахимова А.Д.,
Исаханов М.А., Койков В.В.,
Мақашев Д.М., Молдахметова Б.С.

Секретарь редакции:

Оспанова Ж.Н.

Технические редакторы:

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

Собственник:

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

Подписной индекс:

74608

Периодичность:

2 раза в полугодие

Тираж:

500 экземпляров

Учредители:

Министерство здравоохранения Республики
Казахстан, Республиканский центр развития
здравоохранения.

Адрес редакции:

г. Астана, ул. Иманова, 13, офис 619
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**

МАЗМҰНЫ / СОДЕРЖАНИЕ

РЕДАКТОРДАН / ОТ РЕДАКТОРА

Ахметов В.И.

Вопросы стратегического развития здравоохранения в Республике Казахстан.....7
У.И. Ахметов, Қазақстан Республикасындағы денсаулық сақтаудың стратегиялық даму мәселелері

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ СТРАТЕГИЯСЫ ЖӘНЕ САЯСАТЫ / СТРАТЕГИЯ И ПОЛИТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Демесинов А., Еркен А.

Страхование профессиональной ответственности медицинских работников – один из шагов к социальной модернизации страны.....10
А. Демесинов, А. Еркен, Медицина қызметкерлерінің кәсіби жауапкершілігін сақтандыру – елімізді әлеуметтік жаңғыртуға қарай жасалған қадамдардың бірі

Мухамеджанова Г.Б., Мусирепова С.К., Изекенова А.К.

Инновационные преобразования на уровне ПМСП.....14
Г.Б. Мұхамеджанова, С.К. Мүсірепова, А.К. Изекенова, МСАК деңгейіндегі инновациялық түрленулер/ Инновационные преобразования на уровне ПМСП

Исина А.К., Оспанова Ж.С., Давлетова А.С.

ГЧП в здравоохранении.....16
А.К. Исина, Ж.С. Оспанова, А.С. Дәулетова, Денсаулық сақтау саласындағы МЖӨ

Каупбаева Б.Т.

Денсаулық сақтаудағы қауіп-менеджмент мәселелері.....19
Б.Т. Қауіпбаева, Денсаулық сақтаудағы қауіп-менеджмент мәселелері

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ МЕНЕДЖМЕНТ / МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Койков В.В.

Совершенствование менеджмента на всех уровнях научно-инновационного процесса – ключевая задача стратегии развития медицинской науки до 2020 года.....23
В.В. Койков, Ғылыми-инновациялық үдерістің барлық деңгейінде менеджментті жетілдіру – медицина ғылымының 2020 жылға дейінгі даму стратегиясының басты міндеті

Мальченко В.В.

Система менеджмента качества на практике.....29
В.В. Мальченко, Сапа менеджменті жүйесі тәжірибеді

Н.Б. Табынбаев, Г.К. Бихожаева, С.А. Мұхамедалиева

Стратегический менеджмент как инструмент развития.....32
Табынбаев Н.Б., Бихожаева Г.К., Мұхамедалиева С.А., Стратегиялық менеджмент – өркендеу құралы

Табынбаев Н.Б., Бихожаева Г.К., Мұхамедалиева С.А.

Стратегический менеджмент как инструмент развития.....35
Н.Б. Табынбаев, Г.К. Бихожаева, С.А. Мұхамедалиева, Стратегиялық менеджмент – өркендеу құралы

МЕДИЦИНА ҚЫЗМЕТІНІҢ БАПАСЫН БАСҚАРУ / УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

Космаганбетов Е.

Аккредитация медицинских организаций – как гарант качества медицинской помощи, оказываемой организациями здравоохранения в Республике Казахстан.....39
Е. Қосмаганбетова, Медициналық ұйымдарды аккредиттеу – Қазақстан Республикасындағы денсаулық сақтау ұйымдарымен көрсетілетін медициналық көмек сапасының кепілі ретінде

- Кулхан Т.Т.**
Оптимизация и повышение прикладного потенциала оценки медицинских технологий в Казахстане.....42
Т.Т. Құлхан, Қазақстанда медициналық технологиялардың қолданбалы әлеуетін оңтайландыру және арттыру

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘЛІМЕТІН БАСҚАРУ / УПРАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИЕЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- Павловец Л.П., Чекушина Т.Д.**
Вопросы ЕНСЗ в городской детской больнице №1 г. Астана.....47
Л.П. Павловец, Т.Д. Чекушина, Астана қаласы № 1 қалалық балалар ауруханасындағы БҰДСЖ мәселелері

- Ахимова А.Д.**
Развитие службы информирования о лекарственных средствах для повышения
эффективности ПМСП.....49
А.Д. Ахимова, МСАК тиімділігін арттыру үшін дәрілік заттар туралы ақпараттандыру қызметін дамыту

МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖӘРДЕМ КӨРСЕТУ ҚЫЗМЕТІН БАҒАЛАУ / ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

- Сабатаева Г.З.**
О состоянии здоровья пожилого населения Акмолинской области.....53
Г.З. Сабатаева, Ақмола облысының егде жастағы тұрғындары денсаулығының жай-күйі туралы

- Смагулова А.Б., Мамбетова И.З., Умарова З.И., Мадьярова С.М., Герина Л.Д.**
Результаты анкетирования по оказанию медицинской помощи детскому населению
за 6 месяцев 2013 года.....55
А.Б. Смагулова., И.З. Мамбетова., З.И. Умарова., С.М. Мадьярова., Л.Д.Герина, 2013 жылдың 6 айы үшін бала жастағы тұрғындарға медициналық көмек көрсету жөнінде жүргізілген сауалнаманың нәтижелері

- Наурузова Г.М.**
Основные показатели деятельности Костанайской областной больницы в 2011-2012 годы.....57
Наурузова Г.М., 2011-2012 жылдардағы Қостанай облыстық ауруханасы қызметінің негізгі көрсеткіштері

НОРМАТИВТІ ҚҰЖАТТАР / НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

- О внесении изменений и дополнений в приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении Квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения» №791 от 26 ноября 2009 года.....60
«Денсаулық сақтау қызметкерлері лауазымдарының біліктілік сипаттамаларын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2009 жылғы 26 қарашадағы № 791 бұйрығына өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы

ОҚИҒАЛАР / СОБЫТИЯ

- Фазлыева Л.Р., Есполова Г.Д.**
Каскадное обучение по вопросам финансирования амбулаторно-поликлинической помощи
по комплексному подушевому нормативу.....63
Фазлыева Л.Р., Есполова Г.Д., Жан басына шаққандағы кешенді норматив бойынша амбулаториялық-емханалық көмекті қаржыландыру мәселелері жөніндегі каскадтық оқыту

- Информация по участию в 30-ой конференции международного общества по качеству
в области здравоохранения (ISQua).....66
Денсаулық сақтау саласындағы сапа жөніндегі халықаралық қоғамның 30-шы конференциясына қатысу жөніндегі ақпарат (ISQua)

- О совершенствовании отраслевой квалификационной системы.....68
Салалық біліктілік жүйесін жетілдіру туралы



Ахметов Валихан Исаевич

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

УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ!

Сегодня система здравоохранения переживает стремительное развитие и каждый из нас осознает свою ответственность перед отраслью и обществом.

Реформирование системы здравоохранения создает основу и обеспечивает функционирование Единой национальной системы здравоохранения в Республике. Расширение автономии поставщиков медицинских услуг раскрывает перед менеджером здравоохранения большие перспективы и возможности для развития и совершенствования рынка медицинских услуг. Эффективное управление медицинской организацией в условиях нынешней конъюнктуры требует от менеджера владение обширными управленческими знаниями, навыками, компетенциями в области стратегического, финансового, персонального менеджмента, опыта в маркетинговых исследованиях и использование научных исследований – принципов доказательного менеджмента.

Наш журнал ориентирован на руководителей медицинских организаций, ключевой задачей которых является стратегическое управление организацией. Именно поэтому данный номер журнала мы решили посвятить Департаменту стра-

тегического развития Министерства здравоохранения Республики Казахстан и еще раз обозначить приоритетные направления развития системы здравоохранения Республики Казахстан, вспомнить основные положения межнациональных деклараций и хартий по улучшению здоровья наций, поделиться интересным передовым опытом по укреплению системы здравоохранения, а также определить основные сложности, стоящие перед системой здравоохранения в целом. Данный номер объединяет информационные материалы по реализации мероприятий по стратегическому плану развития Республики Казахстан до 2020 года и государственной Программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казакстан» на 2011-2015 годы, внедрению ЕНСЗ и реализация ее основных целей на местах, планомерное усовершенствование всей системы менеджмента, применение усовершенствованных национальных стандартов аккредитации по обеспечению безопасности и качества медицинских услуг.

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

С уважением, Главный редактор



Шоранов Марат Едигеевич

Директор Департамента стратегического развития
Министерства здравоохранения Республики Казахстан

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

За годы независимости наша страна сумела сделать огромный шаг в своем развитии. Это, бесспорно, положительно отразилось на качестве жизни населения Республики и социальном состоянии общества, в частности и на здоровье каждого гражданина. Несомненно, улучшение здоровья нации является наиболее важной задачей нашего государства, и поэтому Главой Государства в 2010 году была подписана Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы.

В Госпрограмме были определены следующие задачи: усиление межсекторального и межведомственного взаимодействия по вопросам охраны здоровья граждан, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия; развитие и совершенствование Единой национальной системы здравоохранения; совершенствование медицинского и фармацевтического образования, развитие медицинской науки и фармацевтической деятельности.

В рамках ее реализации проводится внедрение Единой национальной системы здравоохранения, которая дает возможность каждому гражданину право свободного выбора, как врача, так и медицинской организации, а также формирование конкурентоспособности организаций, оказывающих медицинские услуги.

Как известно, в этом году завершается первый этап реализации Госпрограммы. На первом этапе реализации Госпрограммы, свою деятельность мы сосредоточили на решении ключевых задач отрасли, влияющих на главный показатель отрасли – ожидаемую продолжительность жизни.

Своевременное принятие комплекса эффективных мер в рамках «Саламатты Қазақстан» позволило всего за один год

увеличить ожидаемую продолжительность жизни на 0,63 года (2013 г. – 69,6, 2011 г. 69,01). Прогнозная ожидаемая продолжительность жизни в 2013 году составляет 70,3 лет, тогда как Государственной программой было предусмотрено достичь 70 лет к 2015 году.

Также можно отметить, что в течение последних трех лет произошло значительное улучшение основных показателей здоровья населения Республики Казахстан. Так, по итогам 9 месяцев 2013 года по сравнению с аналогичным периодом 2012 года уровень материнской смертности снизился на 24% и составил 11,3 на 100 тыс. живорожденных (9 месяцев 2012 года – 14,8), младенческая смертность снизилась на 17% и составила 11,6 на 1000 живорожденных против 14,0.

На данный момент основой медицинской помощи гражданам является профилактика, раннее выявление и управление заболеваниями. Акцент в Госпрограмме делается на первичном звене, то есть на амбулаторно-поликлинической помощи. В рамках Единой национальной системы здравоохранения совершенствуется финансирование ПМСП – внедряется новая модель финансирования амбулаторно-поликлинической помощи по комплексному подушевому нормативу.

В перспективе дальнейшей реализации Государственной программы будет совершенствоваться система медицинского и фармацевтического образования. В частности, согласно Национальной системе квалификаций, будут разработаны профессиональные стандарты, которые должны стать основополагающим фактором для преобразования образовательных стандартов, применяемых в учебных заведениях при подготовке специалистов.

Также проводится разработка отрас-

левой стратегии развития ГЧП в области здравоохранения. Основной целью стратегии является улучшение доступности населения к услугам здравоохранения, а также повышение эффективности управления и качества медицинских услуг.

Продолжается стратегия децентрализации исполнительных функций органов управления здравоохранением с поэтапной передачей их части государственным, негосударственным и общественным организациям, и внедрение элементов корпоративного управления.

Проводится дальнейшее внедрение института профессиональных менеджеров и транспарентных форм управления организациями здравоохранения, которые включают современные управленческие технологии. Будет уделено большое внимание обязательному обучению служащих государственных органов управления здравоохранением.

Таким образом, реализация Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» способствует динамичному развитию системы здравоохранения. Это достигается путем перехода к малозатратным формам медицинских услуг, обеспечения профилактики, повышения доступности и качества медицинской помощи, повышения профессионализма медицинского персонала, соответствия системы здравоохранения рыночным условиям общества и адаптации к современным требованиям, а также проявления у населения ответственности за собственное здоровье.

Хотелось бы верить, что совместными предпринимаемыми усилиями мы добьемся тех позитивных показателей, которые были определены в Государственной программе развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» и реализуем задачи, поставленные перед нами Президентом Республики Казахстан.

РЕДАКТОРДАН /
ОТ РЕДАКТОРА**Ахметов Валихан Исаевич***Генеральный директор**РГП на ПХВ "Республиканский центр развития здравоохранения" МЗ РК*

НЕКОТОРЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СТРАТЕГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Президентом Республики Казахстан в 2012 году Правительству было дано поручение разработать концепцию вхождения Казахстана в 30-ку наиболее развитых стран. Одной из целей концепции является создание современной и эффективной отрасли здравоохранения, представляющей собой единую, социально-ориентированную систему, которая призвана обеспечить своевременность, преемственность, доступность и качество оказания медицинской помощи.

Сохранение, восстановление и укрепление здоровья каждого казахстанца на этапах его жизненного цикла является основой для накопления человеческого капитала и устойчивого экономического роста. Вместе с тем, состояние здоровья нации является фактором, определяющим полноценность ее существования, а также потенциал ее возможностей.

Принимая во внимание проведенный анализ состояния здоровья населения и уровень развития системы здравоохранения Республики Казахстан в целом, в 2010 году была принята Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы (далее - Госпрограмма). Согласно вышеуказанной программе в 2011 году был утвержден Стратегический план Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2011-2015 годы. Данные документы определяют приоритетные стратегические направления развития здравоохранения в стране.

Реализация задач Госпрограммы пред-

усматривает достижения целевых индикаторов, таких, как увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения, снижение материнской и младенческой смертности, снижение общей смертности, снижение заболеваемости туберкулезом, удержание распространенности ВИЧ-инфекции. Согласно перечисленным показателям отслеживается эффективность внедрения Госпрограммы.

По итогам 2012 года показатель ожидаемой продолжительности жизни в Казахстане составил 69,6 лет, в 2010 году – 69,01 лет. Показатель материнской смертности, составив по итогам 2012 года 13,5 на 100 000 родившихся живыми против 17,4 в 2011 году, снизился на 22,4%. Уровень младенческой смертности, составив в 2011 году 14,9 на 1000 родившихся живыми, снизился на 8,7% и составил в 2012 году 13,6 на 1000 родившихся живыми.

В течение последних шести лет (2007-2012 годы) более чем на 40 % снизилась смертность граждан от болезней системы кровообращения вследствие реализации Программы развития кардиологической и кардиохирургической помощи на 2007-2009 годы.

Кроме того, в 2011-2012 гг. наблюдается тенденция к снижению некоторых показателей социально значимых заболеваний. В частности, показатель заболеваемости туберкулезом снизился с 86,6 до 81,7 на 100 тыс. населения, а также снизился показатель смертности от туберкулеза с 8,4 до 7,2 на 100 тыс. населения.

Положительные тенденции некоторых показателей здоровья, а также других индикаторов развития в стране подтверждаются тем фактом, что Казахстан в рейтинге глобальной конкурентоспособности Всемирного экономического форума занял 50 место среди 148 стран и поднялся на 1 позицию по сравнению

с прошлым годом. В целом для Казахстана это наилучшее место в рейтинге, начиная с 2005 года.

Но, к сожалению, компоненты здоровья индекса глобальной конкурентоспособности не являются «преимуществами» для страны, а остаются главными вызовами для Казахстана.

	2012	2013	Изменение
ОБЩИЙ РЕЙТИНГ КАЗАХСТАНА	51	50	1
I Группа:			
Основные требования	47	48	-1
Институты	66	66	11
Инфраструктура	67	62	5
Макроэкономическая среда	16	23	-7
Здоровье и начальное образование	92	97	-5

(из отчета Национального аналитического центра)

Данные таблицы наглядно показывают, что компонент здоровья, являющийся в принципе недостатком страны в рейтинге, за последний год опустился еще на 5 позиций. Ухудшение в свою очередь продиктовано структурой компонента, где недостатками для рейтинга страны являются следующие показатели (2013г в сравнении с 2012 г.):

- Влияние туберкулеза на ведение бизнеса (111, +1)
- Заболеваемость туберкулезом на 100 тыс. населения (105, +2)
- Влияние ВИЧ/СПИДа на ведение бизнеса (76, -3)
- Младенческая смертность на 1000 живорожденных (98, 0)
- Ожидаемая продолжительность жизни (103, +1).

Преимуществами для страны в рамках компонента здоровья остаются:

- Влияние малярии на ведение бизнеса (1, 0)
- Заболеваемость малярией на 100 тыс. населения (1, 0)
- Заболеваемость ВИЧ/СПИДом в % к взрослому населению (45, -33).

Таким образом, в рамках реализации Госпрограммы и согласно ее индикаторам можно говорить о положительных результатах ее выполнения и улучшении состояния здоровья нации, но в сравнении с зарубежными странами Казахстан показывает негативный тренд по многим показателям, характеризующим здоровье нации.

Для преодоления этой негативной тенденции Казахстану необходимо следовать приоритетам развития здравоохранения, обозначенным в Алма-Атинской декларации по первичной медико-санитарной помощи, принципам Таллиннской хартии: системы здравоохранения для здоровья и благососто-

яния.

Первый документ провозглашает усиление роли первичной медико-санитарной помощи, призывает к большей ее технической и финансовой поддержке в целях улучшения здоровья и благосостояния человека.

Второй документ, принятый 30 лет позднее, отразил задачи, стоявшие перед здравоохранением в условиях финансового кризиса, когда ценности социальной справедливости и солидарности ушли на второй план, а урезание бюджета привело к ухудшению показателей здравоохранения и нанесло ущерб уязвимым слоям населения. Системы здравоохранения согласно Таллиннской конференции не только оказывают медицинскую помощь, они призваны предупреждать болезни, укреплять здоровье, а также содействовать межсекторальному сотрудничеству в вопросах охраны здоровья. Данный документ призывает развивать системы здравоохранения в духе солидарности и социальной справедливости, ориентированности на реальные потребности людей. Основным постулатом Таллиннской хартии стала важность инвестирования в систему здравоохранения, что в свою очередь является выгодным вложением в развитие человеческого потенциала, социального благополучия и экономического благосостояния людей. Данный документ дал старт поиску путей повышения экономической эффективности системы и определению инструментов политики для смягчения последствий кризиса путем сокращения издержек в здравоохранении.

Казахстан в последние годы в значительной степени увеличил бюджетные средства (626 310 млн. - затрачено из государственного бюджета на здравоохранение в 2011 г., 730 820 млн тенге – в 2012 г.), направляемые в здравоохранение, в том числе возрос объ-

ем инвестиций в сферу здравоохранения. Так, полным ходом осуществляется Проект «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан», являющийся совместной инициативой Правительства Республики Казахстан и Всемирного Банка, который реализуется до 2015 года. Проект осуществляет инвестиционную поддержку практически всех ключевых реформ в секторе здравоохранения, проводимых Правительством Республики Казахстан в контексте Государственной программы развития здравоохранения.

В Казахстане сегодня идет активная работа по достижению большей эффективности системы здравоохранения путем реструктуризации сети медицинских организаций, совершенствования ПМСП, рационального использования лекарственных средств, перехода к стационарозамещающим технологиям. Так, например, по сравнению с 2005 годом в дневном стационаре при амбулаторно-поликлинических организациях было пролечено - 434 449 больных, в 2012 году – 672 115 больных.

В рамках совершенствования организации, управления и финансирования медицинской помощи ведется работа по реформированию службы ПМСП с внедрением принципов общеврачебной практики и института социальной работы. На сегодняшний день необходимо решение ключевых проблем ПМСП:

- дисбаланс в финансировании ПМСП в разрезе регионов, низкий подушевой норматив в месяц на 1 жителя (по стране за 2013 год сложившиеся фактические расходы на 1 жителя в регионах варьируется от 180 тенге до 419 тенге в месяц);
- низкая доля расходов на ПМСП в общем объеме ГОБМП составляет 14%. Вместе с тем в Госпрограмме «Саламатты Қазақстан на 2011-2015 годы» к 2015 году - 30%, к 2020 году – 40%);
- непривлекательность услуг ПМСП для развития частного сектора;
- дефицит кадров вследствие престижности профессии, чрезмерной загруженности и невысокой оплаты труда.

Последнее частично компенсируется внедрением стимулирующего компонента подушевого норматива (СКПН), который введен уже в 464 организациях ПМСП. При этом около 10% от общего объема из средств, стимулирующего характера, расходуется на повышение квалификации.

В стационарах в целях повышения уровня мотивации персонала проводится внедрение дифференцированной оплаты труда медицинских работников, ориентированной на конечный результат. Из 526 медицинских организаций, участвующих в оказании услуг ГОБМП в условиях ЕНСЗ, за 1 полугодие 2013 года внедрили систему стимулирования труда медицинских работников за конечные результаты деятельности по оказанию качественной медицинской помощи в 214 организациях, или 40,68% что на 10,82% меньше по сравнению с предыдущим годом. Из 102 845 работников по РК, работающих в медицинских организациях, дифференцированную оплату труда получили 32 368 человек, или всего лишь 31%, что выше на 21% в сравнении с прошлым годом.

В республике с 2013 года началось внедрение Программ управления заболеваниями, которые основаны на партнерских отношениях между пациентом и врачом. Такие программы позволяют предотвращать осложнения хронических неинфекционных заболеваний и сформировать у граждан мотивацию ответственности за собственное здоровье. При этом к 2014 году должен быть определен реестр хронических неинфекционных заболеваний, а также механизм реализации вышеуказанных программ.

Залогом успеха реализации любой стратегии является профессионализм тех, кто этой системой управляет. Поэтому сегодня проводится поэтапное внедрение института профессиональных менеджеров, а также разработка профессиональных стандартов для менеджеров здравоохранения в рамках разработки Национальной системы квалификаций, что позволит учесть пробелы в подготовке менеджеров здравоохранения страны.

Таким образом, в Казахстане сегодня ведется активная работа по улучшению системы финансирования и управления здравоохранением, совершенствованию предоставления медицинских услуг, повышению доступности и качества лекарственных средств и формированию здорового образа жизни. Что в свою очередь не является самоцелью, а в реальном выражении должно привести к возможности получения каждым гражданином, вне зависимости от места жительства, гарантированной государством качественной медицинской помощи, доступ к необходимым лекарственным средствам и новейшим медицинским технологиям.

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ СТРАТЕГИЯСЫ ЖӘНЕ САЯСАТЫ / СТРАТЕГИЯ И ПОЛИТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Демесинов А.

Начальник отдела развития программ здравоохранения
Центра менеджмента РГП «РЦРЗ» МЗ РК

Еркен А.

Специалист отдела развития программ здравоохранения
Центра менеджмента РГП «РЦРЗ» МЗ РК

СТРАХОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ – ОДИН ИЗ ШАГОВ К СОЦИАЛЬНОЙ МОДЕРНИЗАЦИИ СТРАНЫ

Аталуы: Медицина қызметкерлерінің кәсіби жауапкершілігін сақтандыру – еліміздің әлеуметтік жаңғыруының біржолы

Авторлары: А. Демесинов, «ДСДРО» РМК Менеджмент орталығы денсаулық сақтау бағдарламаларын дамыту бөлімі басшысы; А. Еркен, «ДСДРО» РМК Менеджмент орталығы денсаулық сақтау бағдарламаларын дамыту бөлімі маманы

Түйіндеме: Ұсынылған мақалада медицина қызметкерлерінің кәсіби жауапкершілігін сақтандыруды енгізу мәселесінің Қазақстан қоғамы үшін өзектілігі көрсетілген. Мақала авторлары кәсіби сақтандырудың халықаралық тәжірибесімен танысып, сақтандыру моделдері жүйелі түрде көрсетіліп отыр

Title: Professional liability insurance for Healthcare workers is one of the ways of social modernization of the country

Authors: Demesinov A., The Head of the Division for Health program development of the Centre for Healthcare Management of The Republican center for healthcare development; Yerken A., The Specialist of the Division for Health program development of the Centre for Healthcare Management of The Republican center for healthcare development

Abstract: The topicality of issues about the introduction of the professional liability insurance for Healthcare workers in Kazakhstan is presented in this article. The authors have reviewed the international experience of such type of professional insurance and introduced the models of the insurance

Социальная модернизация страны, заявленная Главой государства в 2012 году, охватывает все сферы жизни граждан Казахстана. Очерченный Президентом путь дальнейшего развития казахстанского общества предполагает модернизацию и в сфере здравоохранения, поскольку именно здравоохранение выступает одним из основных индикаторов благополучия страны.

Одним из лейтмотивов статьи Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева «Социальная модернизация Казахстана: Двадцать шагов к Обществу Всеобщего Труда» выступает трансформация сознания общества от иждивенческих установок к активной жизненной позиции, где каждый гражданин будет нести ответственность за свою жизнь, здоровье и будущее. Как отметил Лидер нации в своей речи, одним из перспективных вопросов модернизации является развитие такой формы страховой медицины, при которой ответственность

за здоровье разделяют три стороны: человек, его работодатель и государство. Также Правительству Казахстана было поручено принять меры по вопросу внедрения обязательного страхования профессиональной ответственности врачей за причинение ущерба здоровью гражданина при отсутствии небрежного или халатного отношения со стороны медицинского работника.

Введение страхования профессиональной ответственности медицинских работников обусловлено сложившейся ситуацией в нашей стране: в Казахстане не ведется официальная статистика врачебных ошибок, в дополнении к этому нет и качественной экспертизы, мер наказания и специализированных нормативно-правовых актов для защиты прав пациентов и медицинских работников, а уровень оказания медицинской помощи оценивается по количеству жалоб пациентов. Развитие и распространение страхования профес-

сиональной ответственности медицинских работников в нашей стране выступает одной из наиболее актуальных проблем в здравоохранении. Она вытекает из насущной необходимости повысить уровень правовой и социальной защиты, как пациентов, так и медицинских работников.

В Казахстане в области здравоохранения страхование как инструмент финансирования практикуется крайне редко. Это касается как добровольного медицинского страхования пациентов, так и страхования профессиональной ответственности медицинских работников: добровольное медицинское страхование пациентов приобретает в основном работодателями считанного количества социально ответственных предприятий, а страхование профессиональной ответственности медицинских работников осуществляют крупные медицинские центры в отношении специалистов с высоким риском деятельности.

В рамках проведения исследования по разработке Казахской модели страхования профессиональной ответственности медицинских работников был проведен обзор международного опыта по осуществлению страхования работников здравоохранения.

В развитых странах запада страхование профессиональной ответственности медицинских работников, в качестве инструмента защиты прав, как пациентов, так и самих медицинских работников применяется давно. Изучив международный опыт страхования ответственности работников здравоохранения, прежде всего, основываясь на источнике финансирования, следует четко очертить две различные модели: рыночная модель и социальная модель.

В странах, где большая часть средств на финансирование системы здравоохранения осуществляется за счет бюджетных средств, как правило, медицинские работники не полагаются на частный рынок страхования профессиональной ответственности. Соответственно, в таких государствах функционирует социальная модель страхования профессиональной ответственности медицинских работников. Отличительной особенностью социальной модели страхования выступает тот факт, что зачастую страхование медицинских работников осуществляется централизованно одним агентом страхования или несколькими агентами, которые объединены какой-либо ассоциацией или союзом. Кроме того, в функционировании социальной

модели страхования передовую роль играет правительство, иные ведомства в лице или от имени государства. Социальная модель предполагает большую ответственность со стороны государства в части финансирования, управления и контроля над системой страхования, которая осуществляется с помощью одного централизованного агента – фонда. В социальной модели частные страховые компании практически роли не играют.

Одним из ярких примеров социальной модели страхования является модель Швеции, которая была введена в 1975 году. В Швеции организации, предоставляющие услуги по страхованию ответственности медицинских работников, входят в состав Ассоциации по страхованию пациентов. Практически страхование профессиональной ответственности медицинских работников осуществляется посредством страхования поставщиками медицинских услуг своих пациентов¹. Такое положение дел, говорит о том, что в случае наступления страхового случая вред, причиненный медицинским работником пациенту, подлежит компенсации страховой компанией.

Другим примером служит модель, функционирующая в Канаде. Канадская медицинская ассоциация по защите медицинских работников (далее - КМАЗ) – это некоммерческая медицинская ассоциация по взаимному страхованию работников здравоохранения. КМАЗ была основана в 1901 году. Ассоциация предоставляет услуги по обучению, консультации, юридической защите и выплате компенсации 95% практикующих врачей в Канаде, которые являются ее членами².

А в странах же, где роль частных финансовых средств в системе здравоохранения превалирует над бюджетными средствами, частные рынки играют большую роль в осуществлении страхования профессиональной ответственности медицинских работников. Рыночная модель страхования привносит большую ответственность на рыночные механизмы, нежели на государственные органы. Примером рыночной модели служит модель страхования в Федеративной Республике Германии. На рынке Германии функционируют около 10 частных страховых компаний, которые предоставляют услуги по страхованию профессиональной ответственности медицинских работников. Местное законодательство обязывает постав-

¹ Ulf Hellbacher, Carl Espersson, Henry Johansson, *Patient injury compensation for healthcare-related injuries*. – Stockholm: Elanders, Vallingby, 2007. - 54

² *Medical Malpractice: Prevention, Insurance and coverage options*, №11, OECD 2006.

щиков медицинских услуг приобретать подобный страховой договор для своих работников³.

Другим критерием разграничения моделей страхования ответственности работников здравоохранения выступает практика рассмотрения жалобы на качество медицинской помощи в судебном порядке, обвинения медицинского работника и применения в отношении него каких-либо взысканий. Согласно данному критерию выделяют: систему «вины» и систему «без вины».

В большинстве стран ОЭСР медицинская халатность оценивается на основе разработанной и широко используемой в законодательстве и в судебной практике интерпретации «вины». Система «вины» предполагает, что при обоснованности жалобы пациента виновный медицинский работник претерпевает определенные неблагоприятные последствия своего проступка: штрафные санкции, выговор, обучение - повышение квалификации, лишение лицензии и др. Система вины в силу своих особенностей для применения санкции в отношении медицинского работника требует наличия судебного решения. Данная модель успешно осуществляется в США, в Японии, в Великобритании, в Канаде и в ряде других стран⁴.

Альтернативой системе «вины» выступает – системы «без вины». Это относительно редкая система, которая была разработана в некоторых странах ОЭСР и основана на системе компенсации без вины. В этих странах, оценка ответственности медицинских работников судом не является предварительным условием для предоставления компенсации пострадавшим пациентам. Отправной точкой для осуществления компенсации, как правило, является наличие самой травмы или факт того, что эта травма могла бы быть предотвратима. Компенсация пострадавшим пациентам финансируется

из частных источников через коммерческие и некоммерческие страховые организации (в Дании, Финляндии) или государством (Швеция и Новая Зеландия).

Например, в Швеции у пациента существует множество вариантов выразить недовольство оказанным медицинским услугам:

1. По поводу мелких, ежедневных жалоб пациенты могут обратиться в Консультативный комитет пациента в каждом районе. Это – проблемы долгих очередей, не обращения должного внимания пациенту и др.;

2. По поводу компенсации причиненного вреда можно обратиться в Ассоциацию по страхованию пациентов;

3. По поводу дисциплинарного взыскания с сотрудников медицинских организаций можно обратиться в Совет по ответственности в сфере здравоохранения;

4. По поводу мелких, ежедневных жалоб пациенты могут обратиться в Консультативный комитет пациента в каждом районе. Это – проблемы долгих очередей, не обращения должного внимания пациенту и др.;

5. По поводу компенсации причиненного вреда можно обратиться в Ассоциацию по страхованию пациентов;

6. По поводу дисциплинарного взыскания с сотрудников медицинских организаций можно обратиться в Совет по ответственности в сфере здравоохранения.

Соответственно, в Швеции в основном жалобы от пациентов поступают в Ассоциацию по страхованию пациентов, которые занимаются рассмотрением жалобы и выплатой компенсации в случае их правомерности и не предусматривают неблагоприятных последствий для медицинского работника.

Одним из ярких примеров успешной реализации системы «без вины» является – пример Швеции. По информации Ассоциации по страхованию пациентов Швеции

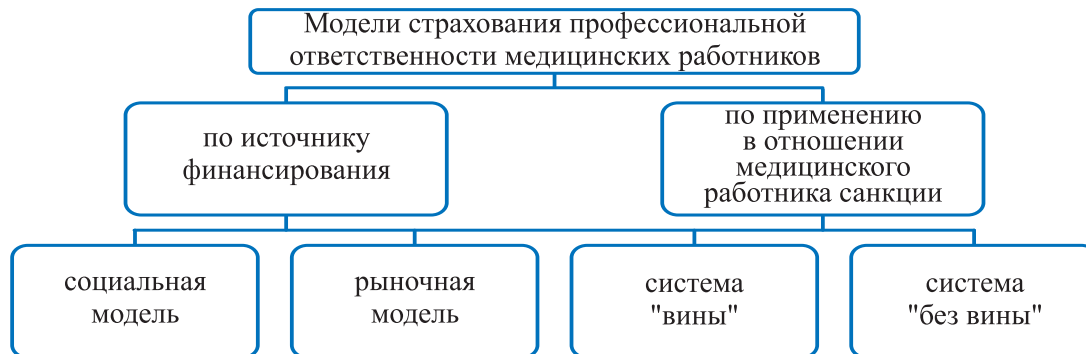


Рисунок 1 – Виды моделей страхования.

³ Jens Flintrop, Dr. Thomas Gerst, Dr. Birgit Hibbeler, Heike Korzilius, Sabine Rieser, Heinz Stuwe, *The Healthcare System in Germany – a Short Introduction*, 2012

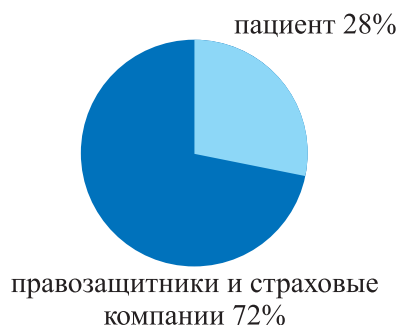
⁴ указанный источник *Medical Malpractice: Prevention, Insurance and coverage options*

административные расходы на обработку одной жалобы на уровне данной Ассоциации (система «без вины») составляют 900 евро, а стоимость рассмотрения жалобы в суде составляет 22 000 евро.

По данным Ассоциации по страхованию пациентов Швеции, в странах с системой «без вины» основную сумму компенсации получает пациент (около 80%), а в странах же, где функционирует система «вины», 70%

взысканных финансовых средств идут на оплату услуг юриста и административных расходов страховых компаний и только 30% получают потерпевшие пациенты, что уже сводит к минимуму основную цель системы страхования медицинских работников, которая предполагает полную реабилитацию пациентам и справедливую компенсацию за причиненный вред его здоровью.

Система «вины» (Канада/США)



Система «вины» (Швеция)



Рисунок 2 – Основная часть компенсации за вред, взысканный с операторов страхования в системе «без вины» выплачивается пациенту.

Источник: Ассоциация по страхованию пациентов Швеции⁵

Также немаловажным выступают не только финансовые, но и временные расходы. Поскольку при течении болезни упущенное время может привести к необратимым последствиям. В данных обстоятельствах несложно предположить, что рассмотрение жалобы пациента в судебном порядке и независимой комиссии занимают далеко неодинаковое время. Судебный порядок принятия решения по существу дела всегда затягивается в связи с административными барьерами и бюрократическими процедурами, обязательными для осуществления.

По мнению бывшего генерального директора Ассоциации по страхованию пациентов Швеции Kaj Essinger⁶ «бремя доказательства» по специальному законодательству страхования (система «без вины») и по судебной системе значительно отличается. По системе «без вины» при-

чинение вреда здоровью пациента вследствие врачебной ошибки в ходе административной процедуры бремя доказательства составляет 50+1%. А в судебной системе для взыскания компенсации с агентов страхования необходимо бремя доказательства в размере 80-90%, что усложняет и уменьшает шанс получить компенсацию за причиненный вред.

Утверждение того, что опыт стран, которые по страхованию профессиональной ответственности находятся на ступень выше Казахстана, бесценно для внедрения и развитие системы страхования профессиональной ответственности в нашей стране не вызывает сомнения. Однако при экстраполяции моделей страхования ответственности работников здравоохранения, следует учесть особенности развития Казахстана, которая является следствием уникального развития нашего государства.

Источники:

1. Ulf Hellbacher, Carl Espersson, Henry Johansson, Patient injury compensation for healthcare-related injuries. – Stockholm: Elanders, Vallingby, 2007.
2. Medical Malpractice: Prevention, Insurance and coverage options, №11, OECD 2006.
3. Jens Flintrop, Dr. Thomas Gerst, Dr. Birgit Hibleler, Heike Korzilius, Sabine Rieser, Heinz Stuwe, The Healthcare System in Germany – a Short Introduction, 2012.
4. Jocelyn Bogdan “Medical malpractice in Sweden and New Zealand: Should Their Systems Be Replicated Here?”, №21, 2011.
5. Ulf Hellbacher, Carl Espersson, Henry Johansson «Patient injury compensation for healthcare-related injuries». – Stockholm: Elanders, Vallingby, 2007. – 54
6. Kaj Essinger «Swedish system: Right to compensation for damage caused by healthcare» http://www.patientforsakring.se/resurser/dokument/engelska_artiklar/swedish_system_right_to_compensation.pdf

⁵ Kaj Essinger «Swedish system: Right to compensation for damage caused by healthcare» http://www.patientforsakring.se/resurser/dokument/engelska_artiklar/swedish_system_right_to_compensation.pdf

⁶указанный источник «Swedish system: Right to compensation for damage caused by healthcare»

Мухамеджанова Г.Б.
Мусирепова С.К.
Изекенова А.К.

ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» г. Алматы

ИННОВАЦИОННЫЕ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ НА УРОВНЕ ПМСП

Аталуы: БМСК қызметіндегі инновациялық үрдістер

Авторлары: Г.Б. Мұхамеджанова, С.К. Мусирепова, А.К. Изекенова, №6 қалалық емханасы, Алматы қ.

Түйіндеме: Денсаулық сақтау саласын жоғары сапалы деңгейге көтеру үшін көрсетілетін медициналық қызметтер технологияларын, әсіресе БМСК қызметтерін жетілдіру бүгінгі заман сұранысы болып табылады. Осы мақалада шаруашылық жүргізу құқығы негізіндегі «№6 қалалық емханасы» мемлекеттік коммуналдық кәсіпорны медициналық қызметті ұйымдастыру мен басқарудың жана тиімді формаларын енгізу үдерістерімен таныстырады

Title: Innovative approaches in PHC

Authors: Mukhamedzhanova G.B., Musirepova S.K., Izekeanova A.K., City Polyclinic №6 Health Administration of Almaty

Abstract: The article provides concrete examples of using information technologies in a local outpatient department. Application of informational technologies as a new approach in medical organization management ensures the improvements in quality of health service which corresponds to people's needs and expectations

Анализ современной ситуации здравоохранения и тенденции ее развития в мире (ВОЗ 1996, 1998, 2003) позволяют выделить ведущие направления, одним из которых является обязательное и определяющее в стратегии реформирования системы здравоохранения – первичную медико-санитарную помощь [А.А. Аканов с соавт., 1996, 1997; К.А. Тулебаев, 1998; Г.Ж. Токмурзиева, 2008; Т.К. Рахыпбеков, 1998; В.Н. Девятко, 1998; Т.Ш. Шарманов, 1999; Н.К. Касиев, Т.С. Мейманалиев, К.К. Култаева, 1996; О.П. Щепин, Н.В. Дмитриева, Р.В. Коротких, 1996; Ш.И. Каримов, М.Р. Туртаев, 1995; Ю.М. Комаров с соавт., 1995; и др.]. Основополагающей нормативной и правовой базой для этого стала мировая хартия здравоохранения – Алматинская декларация по ПМСП, подписанная в 1978 году делегатами из 146 стран и провозгласившую принцип «Здоровье для всех к 2000 году». В ней были четко определены значимость первичной медико-санитарной помощи в решении медико-санитарных проблем, оздоровлении, профилактики, лечении и реабилитации, а также важность ее доступности, как целым общинам, так и отдельному лицу. Стоит отметить, что ПМСП охватывала не только систему здравоохранения, но и смежные сектора, соответствуя социально-экономическому развитию страны на

определенном этапе.

В настоящее время уделяется большое внимание ПМСП как одной из главных уровней оказания медицинской помощи, поэтому цели и задачи Алматинской декларации не теряют своей актуальности. Так приоритетами Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы являются развитие амбулаторного принципа лечения, его профилактическая направленность и улучшение качества оказания первичной медико-санитарной помощи.

В результате проводимых в республике комплексных профилактических мероприятий произошло улучшение показателей, характеризующих здоровье граждан. В 2010 году ожидаемая продолжительность жизни при рождении в республике выросла до 68,41 (2009 г. – 68,33) лет. Произошло снижение показателей материнской и младенческой смертности на 23% и 10,8% соответственно. Имеется тенденция снижения показателя смертности от злокачественных новообразований, которая в прошлом году снизилась на 8,3% (в 2011 году 99,9 против 108,9 на 100 тыс. населения в 2010 году). Смертность от болезней системы кровообращения снизилась на 20% (показатель составил 323,1 на 100 тыс. населения против 407,5 за аналогичный период 2010 года).

Подъем здравоохранения на качествен-

но новый уровень развития, может быть достигнут только путем коренного изменения технологии оказания услуг, прежде всего, услуг ПМСП. В этой связи, перед поликлиникой №6 г.Алматы, как и другими организациями ПМСП, встала задача внедрения эффективных форм управления и организации медицинской помощи. Во время участия в проекте МЗ РК «Сегодня лучший – ты, завтра – все», а также в Республиканском конкурсе «Поликлиника без очередей», поликлиника была обозначена «точкой роста» для введения инноваций. В поликлинике внедрены ряд информационных программ, которые можно отнести к категории инновационных. Каждый программный продукт – результат команды специалистов, в котором затрагивались вопросы касательно проблем с очередностью, жалобами на персонал и условиями обслуживания.

Одним из форм совершенствования работы амбулаторной службы с применением IT-технологий – объективной оценки деятельности служб, персонала, оказываемых услуг является переход поликлиники на режим «Поликлиника без очередей» - электронной регистратуры открытого типа с безбарьерным обслуживанием. Основным принципом работы регистратуры открытого типа является распределение потока пациентов с равномерной нагрузкой на лечебные, консультативные и др. услуги, своевременная регистрация пациентов и информационная помощь.

Официальный Web сайт ГП№6 – информационный инструмент, позволяющий контролировать обратную связь с каждым пациентом в интерактивном режиме. Пациенты могут бронировать талоны на посещение к определенному специалисту или на услугу, оставлять свой отзыв или пожелание, оценить качество работы медицинского персонала, ознакомиться с графиком работы интересующего специалиста, а также найти необходимую нормативно-правовую информацию, регламентирующую деятельность поликлиники.

Для обращения пациентов использованы следующие виды коммуникации: Интернет (электронная почта, скайп, агент), стационарные телефоны, телефоны горячей линии.

Переход на режим работы «Поликлиника без очередей» позволил достичь следующих

результатов:

- появились возможности планирования и координации времени врача и пациента, каждый пациент может выбрать удобное для себя время для посещения участкового врача или узкого специалиста;

- появилась возможность регулирования интенсивности потока пациентов с равномерной нагрузкой на врача в течение рабочего дня с учетом установленных нормативов приема пациентов;

- повысилось качество оказания медицинской помощи, так как утвержденный регламент времени позволяет уделять соответствующее время для опроса и осмотра пациентов.

Для совершенствования мер в борьбе с туберкулезом в поликлинике внедрена электронная программа «Флюоротека», которая формирует и выдает базу пациентов из категорий «группы риска», а также позволяет мониторить работу участковой службы в плане проведения ежегодных обязательных осмотров.

Внедрена электронная программа «Иммунопрофилактика», которая содержит базу данных о детях, прикрепленных по регистру прикрепления населения. Здесь на каждого ребенка формируется индивидуальный календарь прививок с полной информацией по медицинским отводам. Данная программа дает возможность планирования и мониторинга прививок на каждого ребенка с предварительным уведомлением ответственных специалистов и родителей.

Электронная программа «Больничные листы» – программа, где формируется общая база данных по временным листам нетрудоспособности, сведения о пациенте, лечащем враче. Ведется контроль за обоснованностью выдачи больничного листа, продления листка нетрудоспособности.

Электронный информативный киоск – дает возможность оценивать работу персонала поликлиники, ознакомиться с расписанием врачей, нормативно-правовой информацией, принять участие в электронном опросе, является альтернативным связующим звеном между руководством и пациентами.

Таким образом, полученные результаты показали важную роль и необходимость инновационных преобразований на уровне ПМСП, ведь своевременная профилактика и лечение, а также высокое качество обслуживания положительным образом отражается на уровне здоровья граждан страны.

Исина А.К.

Руководитель ЦПМОИП и РГЧП

Оспанова Ж.С.

Главный специалист отдела планирования сети и инфраструктуры здравоохранения

Давлетова А.С.

Специалист отдела ГЧП ЦПМОИП и РГЧП

РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения», Астана

ГЧП В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Аталуы: Денсаулық сақтау саласындағы МЖӘ

Авторлары: Исина А.К., ЦПМОИП және РГЧП басшысы; Оспанова Ж.С., Денсаулық сақтау желісі мен инфрақұрылымын жоспарлау бөлімінің бас маманы; Давлетова А.С., ЦПМОИП және РГЧП МЖӘ бөлімінің маманы

Түйіндемесі: Қазақстанда екі жыл бұрын Қазақстан Республикасында мемлекеттік-жеке меншік әріптестікті дамыту жөніндегі 2011-2015 жылдарға арналған бағдарлама қабылданды. Мемлекеттік-жеке меншік әріптестік – бұл әлеуметтік инфрақұрылым және өмір сүруді қамсыздандыру нысандарын қаржыландыруға, құруға, қайта құрылымдауға және (немесе) пайдалануға бағытталған жеке кәсіпкерлік субъектілері мен мемлекет арасындағы әріптестік нысаны екенін атап өту керек. Сөзсіз, «Денсаулық сақтау саласындағы нысандарды МЖӘ нұсқасы бойынша салу соншалық қажет пе, ол мемлекет пен ел азаматтары үшін тиімді ме?» деген сауалдың көбінің көкейінде жүрері анық

Title: PPP in health care

Authors: Isina A.K., Head of RPPP; Ospanova Zh. S., specialist of network planning and health infrastructure; Davletova A.S., Specialist of the PPP department

Abstract: Two years ago, Kazakhstan adopted a program for the development of public-private partnership in the Republic of Kazakhstan for 2011-2015. It should be noted that public-private partnership (PPP) - a form of cooperation between the state and private business entities, aimed at funding the creation, renovation and (or) the operation of social infrastructure and livelihoods. Of course, many will wonder, is it necessary to build facilities in the health scheme of PPP; is it beneficial to the state and its citizens? "

Введение

Два года назад в Казахстане была принята Программа по развитию государственно-частного партнерства в Республике Казахстан на 2011-2015 годы. Отметим, что государственно-частное партнерство (ГЧП) – форма сотрудничества между государством и субъектами частного предпринимательства, направленная на финансирование, создание, реконструкцию и (или) эксплуатацию объектов социальной инфраструктуры и жизнеобеспечения. Безусловно, многие зададутся вопросом, так ли необходимо строительство объектов в здравоохранении по схеме ГЧП, выгодно ли оно государству и гражданам страны?»

Материалы и методы исследования

Ответ, конечно же, положительный, ведь население страны с каждым годом растет. К примеру, за последние три года средний темп прироста в республике составил около 2,8%. Если в 2010 году численность населения республики составляла около 16 441,9 тыс. человек, то по состоянию на 01.01.2013 года эта цифра увеличилась до 16 909,8 тыс. человек. При этом, темп

прироста населения в Алматинской, Южно-Казахстанской области, в гг. Алматы, Астана выше республиканского. Соответственно, возникла необходимость увеличения медучреждений. Особенно в Алматинской, Южно-Казахстанской областях и в г. Алматы, так как обеспеченность больничными койками в этих регионах ниже республиканского показателя. По демографическому прогнозу до 2025 года в вышеуказанных областях и г. Алматы ожидается увеличение населения более чем на 20%, что повлечёт за собой увеличение спроса населения на медицинские услуги.

В настоящее время назрела потребность в размещении больничных организаций ближе к населению, обеспечив тем самым равномерное географическое распределение и доступность для всех к высокотехнологичной помощи в соответствии с международными стандартами, адаптированными под особенности населения Республики Казахстан. Также при строительстве больниц необходимо учитывать демографический прогноз для оценки спроса населения на медицинские услуги, который обеспечит более точное

долгосрочное планирование потребностей в инфраструктуре и оборудовании.

Больничной сектор является важным и значимым элементом системы здравоохранения, однако исследователями и администраторами, разрабатывающими политику в области здравоохранения, не уделяется должного значения рациональному и эффективному развитию больниц. Так, произошло старение инфраструктуры: 45% зданий медицинских организации построены до 1970 года, 25% построены до 1990 года, что оказывает неблагоприятное влияние на качество медицинской помощи. В связи с этим, необходима модернизация больничного сектора.

В связи с недостаточностью качества и доступности медицинской помощи населению, недостаточностью материально-технического обеспечения существует необходимость внедрения современных инновационных технологий в здравоохранение страны.

Выводы и их обсуждение

Учитывая вышеизложенное и с целью совершенствования системы здравоохранения, улучшения качества и доступности медицинской помощи населению необходимо строительство медицинских организаций в регионах, которые будут оказывать качественные медицинские услуги в соответствии с международными стандартами медицинской помощи и соответствующее потребностям населения.

Так, с целью внедрения новых технологий, обеспечения международного уровня подготовки и обучения студентов, интернов, резидентов, магистрантов, курсантов факультета повышения квалификации и повышения качества медицинской помощи населению города Караганды и Карагандинской области планируется строительство многопрофильной клинической больницы на 300 коек при РГП «КарГМУ». Больница будет строиться без расширения коечного фонда города, области и койки будут взамен койкам, устаревших больничных организаций.

Наряду с этим, в связи с отсутствием лечебного учреждения, оказывающего медицинскую помощь детскому населению, в г. Семей Восточно-Казахстанской области необходимо построить детскую городскую больницу на 200 коек. Кроме того, в г. Усть-Каменогорск Восточно-Казахстанской области необходимо построить многопрофильную больницу на 300 коек и станцию неотложной помощи взамен больницы

скорой медицинской помощи 1956 года постройки.

Для обеспечения выполнения национальных и международных требований к подготовке и обучению студентов, интернов, резидентов, магистрантов, планируется строительство региональной многопрофильной больницы на 300 коек при РГКП «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова» в городе Алматы.

Аналогичная ситуация складывается и с организациями, оказывающими населению первичную медико-санитарную помощь (далее - ПМСП). Так, более 70% организации расположены в приспособленных зданиях, где недостаточно помещений, медперсонал работает на старом медоборудовании, наблюдается большая скученность.

ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения) рассматривает ПМСП в качестве одного из ведущих инструментов в профилактике заболеваний. От состояния амбулаторно-поликлинической помощи во многом зависит эффективность и качество деятельности всей системы здравоохранения. Ряд международных исследований продемонстрировали наиболее эффективное функционирование системы здравоохранения в тех странах, где приоритетным направлением является развитие первичного звена медицинской помощи.

Учитывая первостепенную роль организации ПМСП в профилактике заболеваний и прививании принципов здорового образа жизни среди населения, необходимо строительство типовых организаций ПМСП, отвечающим потребностям населения и которые будут оказывать качественные медицинские услуги в соответствии с международными стандартами медицинской помощи.

В Юго-Восточном районе города Караганды в связи с отсутствием типового, единого здания для обслуживания населения с численностью более 50 000 человек и разрозненностью зданий существующей поликлиники №5 будет построена новая поликлиника.

Кроме того, взамен существующей КГКП «Поликлиника №2» г. Балхаш Карагандинской области будет построена типовая поликлиника. Сейчас учреждение расположено в приспособленном здании бывшего соматического санатория. Здание 1978 года постройки. Дефицит площадей затрудняет обслуживание населения, приводит к скученности и вызывает неудобства, как у врачей, так и у пациентов. Отсутствует возможность для развёртывания полно-

ценных, соответствующих санитарным нормам медицинских кабинетов и размещения медицинского оборудования.

Наряду с этим, необходимо построить городскую поликлинику на 500 посещений в смену в микрорайоне «Кайтпас» г. Шымкент Южно-Казахстанской области. Внедрение новых инновационных методов диагностики и лечения будет способствовать проведению профилактических и лечебных мероприятий на современном уровне, что позволит поднять индекс здоровья, в дальнейшем снизить показатели смертности, и способствовать увеличению средней продолжительности жизни населения.

Учитывая, демографический прогноз до 2025 года по увеличению численности населения в г.Астана, Актюбинской, Мангистауской и Северо-Казахстанской областей необходимо строительство центра первичной медико-санитарной помощи (далее - ЦПМСП) и городской поликлиники (далее - ГП):

ЦПМСП в г.Астана:

- на 150 посещений в п.Ондирис-2;
- на 150 посещений в п.Коктал-2;
- на 150 посещений в п. «Железнодорожный»;
- ГП на 500 посещений в смену в г. Актау Мангистауской области;
- ГП на 500 посещений в смену в жилом массиве Батыс-2 г. Актобе;
- ГП на 500 посещений в смену в г. Петропавловск Северо-Казахстанской области.

Как видно из вышеизложенного, что в РК существует острая потребность в строительстве новых инновационных медицинских объектов, которые будут оказывать качественные медицинские услуги в соответствии с международными стандартами. На сегодняшний день Министерством здравоохранения РК рассмотрены следующие объекты:

1. Строительство и эксплуатация многопрофильной клинической больницы на 300 коек при РГП «КарГМУ» в г.Караганда;
2. Строительство и эксплуатация многопрофильной клинической больницы

на 300 коек при РГКП «КазНМУ им С.Д. Асфендиярова» в г.Алматы;

3. Строительство и эксплуатация детской городской больницы на 200 коек в г. Семей, ВКО;

4. Строительство и эксплуатация многопрофильной больницы на 300 коек и станции неотложной медицинской помощи в г. Усть-Каменогорск;

5. Строительство и эксплуатация городской поликлиники на 500 посещений в смену в г. Караганда;

6. Строительство и эксплуатация городской поликлиники на 500 посещений в смену в микрорайоне «Кайтпас» г. Шымкент.

Конечно же, на лицо здесь большие выгоды для государства и населения, т.к. будет производиться существенная экономия бюджетных средств, развитие инфраструктуры будет происходить ускоренными темпами, населению будет предоставляться более качественные медицинские услуги. Кроме того, будут привлечены не только средства, но и опыт частного сектора в области менеджмента, а также будет осуществлена передача части рисков частному сектору.

Инвесторы тоже не остаются в проигрыше. Для них это будет долгосрочный, стабильный и рентабельный бизнес, при котором осуществляется долгосрочное управление и предоставление сервисных услуг по реализованным проектам (больницы, поликлиники и др.), новые инвестиционные возможности, и новые источники дохода (плата потребителей за услуги концессионеров и государственный бюджет), законодательная защита интересов инвесторов, в том числе от одностороннего прекращения концессионного договора по инициативе государства и в случаях изменения законодательства, а самое главное это возможность участия в готовых проектах без разработки предпроектной документации (ТЭО, ФЭО и пр.) при одноэтапном конкурсе.

Источники:

1. Закон РК «О концессиях» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 04.07.13 г.)
2. Программа по развитию ГЧП в РК от 29.06.11г. №731.
3. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2010, 2012 годах (статистический сборник Астана 2011, 2013гг.).
4. Данные демографического прогноза до 2025 года, проведенного экспертами консалтинговой компании «Sanigest International» с помощью спектра статистической программы, разработанной организацией ЮНЭЙДС (Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДУ).
5. Информация с программного комплекса «ТЭП» о технических характеристиках медицинских организаций (АИС «ТЭП» в разрезе областей, в разрезе медицинских организаций).

Каупбаева Б.Т.«Республикалық денсаулық сақтауды дамыту орталығы» РМК
Аккредиттеу орталығы

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДАҒЫ ҚАУІП-МЕНЕДЖМЕНТ МӘСЕЛЕЛЕРІ

«Егер біз қауіптерді бағындырмайтын болсақ, онда олар бізді бағындыра бастайды...»

Аталуы: Вопросы риска менеджмента в здравоохранении**Авторлары:** Каупбаева Б.Т., ведущий специалист Центра Аккредитации, «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК**Түйіндемесі:** В статье описаны понятия рисков и основные направления интеграции системы риска менеджмента в системе управления организацией. Новизна и актуальность данного вопроса является необходимым критерием для обеспечения безопасной и качественной медицинской помощи пациентам. Одним из приоритетных направлений внедрения международных стандартов в здравоохранении является безопасность пациентов и персонала, где одно из ключевых мест занимают вопросы риска менеджмента и система управления рисками**Title:** Risk management questions in health care**Authors:** Каупбаева Б.Т., leading specialist of Accreditation Center, «Republic Center of Health Development», Ministry of Health of the RK**Abstract:** This article describes risk conceptions and major directions of integration of risk-management system in organization management system. Newness and topicality of this issue is a necessary criterion for providing the patients with a safe and qualitative health care. One of the priority directions of international standards introduction in healthcare includes the patient and personnel safety where one of the key issues contains the risk-management and risk management system issues

XX ғасырдың басында дамыған елдерде жаңа ғылыми-практикалық адам іс-әрекетінің әр түрлі саласында пайда болған бағыттардың бері – қауіп-менеджменті. Жетекші халықаралық компаниялардың тәжірибесі бойынша іс-әрекеттің тұрақтылығы және басқару нәтижелілігін арттыру қауіп-менеджментін, компанияны басқару жүйесінің оның масштабтары мен өндіріс ерекшелігі мен қызмет көрсету тәуелділігінен тыс құрамдас бөлігі ретінде белсенді пайдаланбау мүмкін емес.

«Қауіп» ұғымының анықтамасы қазіргі әдебиеттерде белгіленген және бір мағыналы болып табылмайды. Белгілі сөздіктер мен стандарттарда «қауіп» термині былай түсіндіріледі: «қауіп, шығын немесе зиян ықтималдылығы» (Ағылшын тілі сөздігі, Н. Уэбстер (1828); «ықтимал қауіп» (Орыс тілі сөздігі, С. Ожегов (1960)[1]; «белгілі әрекеттер мен шешімдер нәтижелерінде теріс салдарлары бар оқиғаның болуы ықтималдығы» (Үлкен экономикалық сөздік (1998)) [2]; «мақсаттарға ықпал ететін бір нәрсенің пайда болу ықтималдығы» (AZ/NZS 4360:2004 стандарты «Қауіп - менеджменті»)[3]

Денсаулық сақтаудағы қауіп-менеджменті жүйесі (қауіпті басқару жүйесі) жаңа ұғым, ол кейде дұрыс түсіндірілмейді және қолданылмайды. [4,6]

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 2009 жылғы 16 қарашадағы № 713 бұйрығымен бекітілген медициналық ұйымдарды аккредиттеудің ұлттық стандарттарында қауіпті басқару мәселелері 4.2.3. критерийлерде белгіленді. Қауіпті басқару жүйесі (пациенттер және аурухана персоналына инфекция жұқтырудың алдын алу бойынша шаралар (ЖИТС, АИТВ, вирустық гепатиттер) және 7.1.1. Кәсіби қауіп бар персоналдың арнайы қорғаныс құралдарымен қамтамасыздығы, қауіпті қамтамасыз ету рәсімінің орындалуы (зертхананың, манипуляциялық рәсімдердің операциялық блогінің және рентген кабинеттерінің, инфекциялық бөлімшелердің және басқалардың қызметкерлері) [9].

Бүгін денсаулық сақтауда қауіптер ұғымы елеулі кеңейтілгенін атап өту керек және көптеген медициналық, ұйымдастыру, басқару, психогендік (психикалық эмоциональдық), экономикалық және басқа қауіптері бар және олардың жүзеге асуы теріс салдарларға алып келуі мүмкін.

Ресей ғалымдары денсаулық сақтаудағы қауіптердің мынадай топтамасын ұсынады:

1. Әлеуметтік-саяси қауіп;
2. Басқарумен байланысты қауіп;
3. Азаматтық-құқықтық жауапкершілікке байланысты кәсіби (медициналық) қауіптер;

4. Медициналық қызметкерлердің денсаулығына қауіп төндіруші қауіптер;

5. Басқа қауіптер.

Қауіптердің себептері оның көздері болып табылады: экономикалық, саяси, әлеуметтік, экологиялық, технологиялық және қоғамдық өмір мен табиғаттың басқа жағдайлары.

Медицинадағы қауіптерді басқару басымдығы емдеу-диагностикалық процестің сапасын басқару және соның арқасында –пациенттер мен персоналдың медициналық қауіпсіздігін қамтамасыз ету болып табылады. [4,6,8]

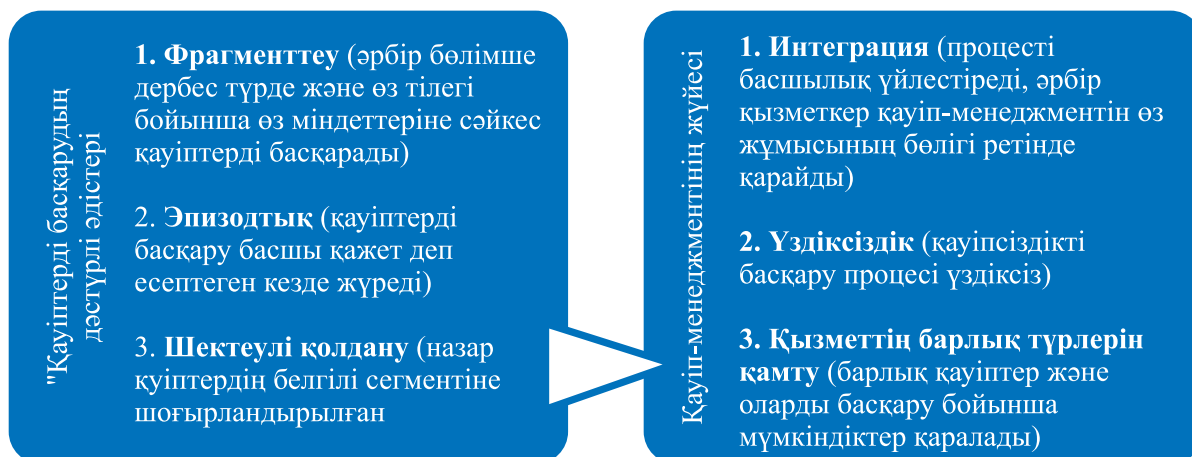
Қауіптерді басқару – жағымсыз оқиғалар болған кезде шығындарды азайтуға және орнын толтыруға (медициналық қателер, емдеу-диагностикалық процестің асқынулары), перспективаларды анықтауға және қызметті жетілдіру мүмкіндігін табуға бағытталған көп сатылы процесс.

Қауіп-менеджменті шешімдерді қабыл-

дау шарттарына мұқият талдау жүргізуді білдіреді және ұйымның күнделікті жұмысына қосылуы және мыналар үшін қажетті басқару мәдениетін құруға бағытталған:

- қауіптердің пайда болу себептері мен негізгі факторларын табу;
- сәйкестендіру, талдау және қауіптерді бағалау;
- бағалау негізінде шешімдер қабылдау;
- қауіпке қарсы басқару әрекеттерін жасау;
- қауіпті қолданылатын деңгейге дейін төмендету;
- белгіленген бағдарламаны орындауды ұйымдастыру;
- жоспарланған іс-әрекеттерді орындауды бақылау;
- қауіптік шешім нәтижелерін талдау және бағалау. [5,7]

Қауіп-менеджментін ұйымды басқару жүйесіне қосудың негізгі бағыттары 1-суретте берілген.



1-сурет –Қауіп-менеджментін ұйымды басқару жүйесіне қосудың негізгі бағыттары

Денсаулық сақтау саласында аккредиттеу жүйесін жетілдіру және халықаралық талаптарға сәйкес Қазақстанда жаңартылған стандарттарды енгізу пациенттерге медициналық қызметтер көрсету процесінде қауіптерді түсіну, пациенттердің ғана емес, сонымен бірге медициналық персоналдың қауіпсіздігін қамтамасыз ету горизонттарын кеңейтті.

2002 жылы Монреалда өткен, зиянды факторлармен күрес және зиян келтірудің алдын алу бойынша ДДСҰ конференциясы қауіпсіздікке адам құқығын жариялаушы декларацияны қабылдады және қауіпсіздікті физикалық, психологиялық немесе материалдық зиянға алып келетін қауіп пен жағдайлар индивидуумдар мен қауымның

денсаулығы мен әл-ауқатын қорғау мақсатында бақылауда болатын күй ретінде анықтады. [4,6]

Қазақстан Республикасындағы медициналық ұйымдарын аккредиттеудің жаңартылған стандарттары бұдан әрі де пациенттердің қауіпсіздігіне, сапа менеджменті мен қамтамасыз етуге, көрсетілетін медициналық қызметтерге шоғырланған, сондай-ақ ұйымдағы қауіп – менеджменті жүйесіне үлкен көңіл бөлінген.

Сонымен, қауіптерді басқару және сапаны арттыру 5.0 стандартында ықтимал қауіптерді минимумға, тұрақты мониторинг және бағалау жүргізуге түсіру бойынша медициналық ұйымының міндеттері анықталады.

Медициналық ұйым өз қызметкерлерін мынадай жолдармен қауіптерді төмендету ережелері бойынша оқытады:

- а) қауіпті қамтушы оқиғалар туралы хабарламаларды табу, бағалау;
- б) әлеуетті қауіп бар оқиғаларды басқару;
- в) инфекцияның алдын алу немесе бақылау;
- г) жабдықтар мен материалдарды қауіпсіз пайдалану;
- д) адамдар мен жүктерді қауіпсіз тасымалдау әдісі.

Сонымен бірге, медициналық ұйым өрт шығу қаупін төмендетуі тиіс (10.3-критерий), персоналдың кәсіби қаупін (12.1-12.5-критерий), емдеу және жабдықты пайдалану қаупін (16.2, 18.7-критерий), пациенттердің құлау қаупін (17.2-критерий), инфекция қаупін (14.5-критерий), қауіпті қалдықтармен жұмыс істеу қаупін (14.18-критерий) және дәрі-дәрмектер қаупін (21.10-критерий) [10].

Қауіптерді басқару (12.5-12.12-критерий) алдын ала ойлау сипатында болуы тиіс. Бұл үшін, бірінші кезекте ұйым ішінде тиімді өзара әрекеттестікті жолға қою және басқару шешімдерін қабылдау үшін қажетті жауапкершілік пен өкілеттікті нақты бөлу қажет. Қауіптерді басқару процесінде қабылданатын шешімдер заңнамалық талаптар шеңберінде болуы және корпоративтік мақсаттарға жауап беруі тиіс. Осылайша, қауіп жауапкершілігі және бұл қауіпті бақылау мүмкіндігі арасында оңтайлы

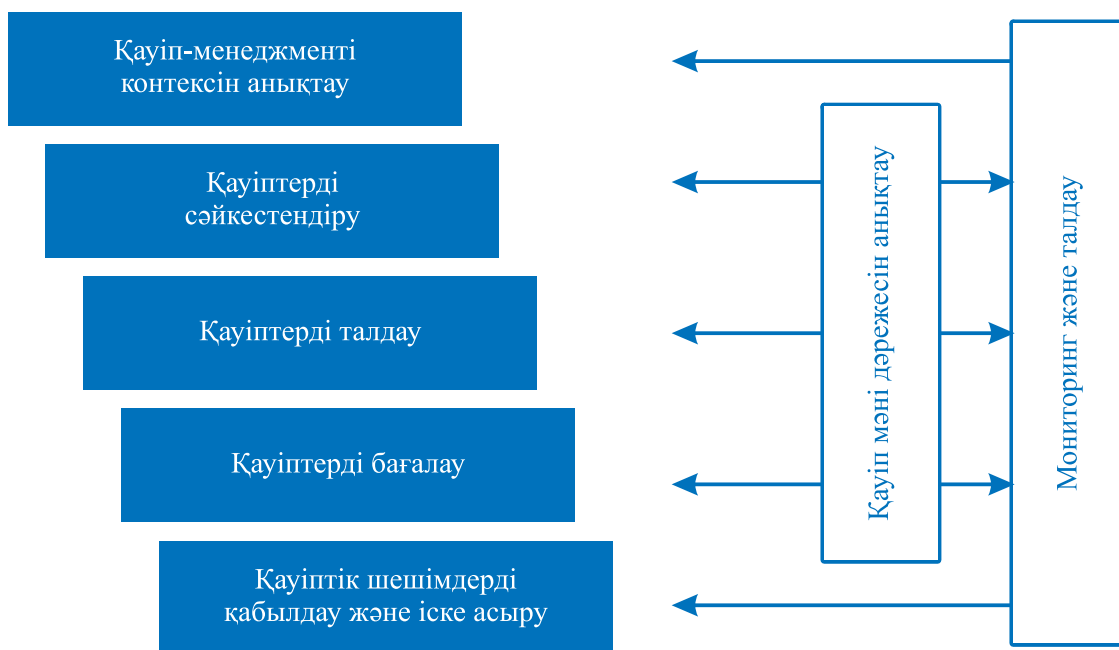
балансты анықтау өте маңызды. [10]

Осы мақсатта стратегиялық жоспардан, клиникалық көрсеткіш нәтижелерінен, пациенттердің пікірлерінен, персоналдың толықтырылуы мен ресурстардың қамтамасыз етілуінен алынған ақпаратқа негізделген қауіптерді басқару жоспары әзірленуде. Медициналық ұйым барлық ықтимал қауіпті анықтап, басымдығы бойынша орналастыруы және денсаулыққа келтірілген физикалық және материалдық зиян салдарларын болжамымен осындай қауіптерді басқару бойынша стратегияларды әзірлеуі тиіс.

Қауіптерді басқару жоспары саясат, қауіпті бағалау критерийі, қауіптерді басқару міндеттері мен функциясы, кадрлардың қажетті дайындығы, сәйкестендірілген қауіптер тізімі: стратегиялық, эксплуатациялық, қаржы және қауіптілік қауіп – қауіптер тізілімі және қауіптер және олардың деңгейі талданған осындай құжат, қауіптермен жұмыс жоспарына немесе мүдделі тараптарға ақпарат беру процесін қосқанда негізгі қауіптерді бақылау шараларына қатысты қорытындылар сияқты элементтерді қамти алады.

Қауіптерді басқарудың классикалық процесінің негізгі кезеңдері мынадай (сурет 2):

- қауіп-менеджменті контекстін анықтау;
- қауіптерді сәйкестендіру;
- қауіптерді талдау;
- қауіптерді бағалау.



2-сурет –Қауіп-менеджменті процесін моделдеудің құрылымдық схемасы

Қауіп-менеджменті контексін анықтау үшін ортаның сыртқы сипатын, ұйымның ішкі параметрлерін, сондай-ақ оларда процесс іске асырылатын қауіп-менеджментінің параметрлерін белгілеу қажет.

Қауіптерді сәйкестендіру – мақсаты болжамдалатын қауіптердің құрылымын, нысанның қасиеттері туралы қажетті ақпаратты алу болып табылатын бастапқы кезең. Жиналған ақпарат келесі кезеңдерде дұрыс шешім қабылдау үшін жеткілікті болуы тиіс.

Қауіптерді талдау – салдарларды, пайда болу ықтималдығын, демек, қауіп деңгейін, сондай-ақ қауіптік оқиғалардың пайда болу факторларын анықтау үшін жүргізіледі (сапалы құраушы бөлік). Мұндай талдау әлеуетті салдарлардың масштабын және олардың пайда болуының ықтимал жолдарын ескеруі тиіс. Қауіптерді талдау кезінде қауіптерді бақылаудың қолдағы бар құралдарын (модельдер мен әдістер) табу және бағалау жөн.

Қауіптерді бағалау – Қауіп деңгейін бұрын белгіленген критерийлермен салыстыру жүргізіледі. Бұл қауіптердің сандық сипатталуы (сандық құраушы бөлік), оның барысында ықтималдық және ықтимал зиянның көлемі сияқты сипаттамалар анықталады.

Қауіптік шешімдерді қабылдау және іске асыру – қауіпке басқарушы ықпал, сондай-ақ қауіп-менеджментпен байланысты қызметтердің басымды бағыттарын белгілеу [5,7].

Қауіптерді басқару проблемасының жаңашылдығы мен өзектілігі қауіпті, қауіпті басқару, қауіпсіздікті талдау саласындағы мамандарды дайындау қажеттігін анықтап қана қоймай, сонымен бірге қауіптерді басқару теориясы мен практикасының маңызды сұрақтары бойынша басшы кадрларды дайындау қажеттігін анықтады, бұл осы кезеңде отандық денсаулық сақтау жүйесі үшін өте маңызды [1].

Дерекнамалар:

1. Н. Уэбстер (1828), Ағылшын тілі сөздігі; С. Ожегов (1960), Орыс тілі сөздігі.
2. Үлкен экономикалық сөздік (1998).
3. AZ/NZS 4360:2004 стандарты «Қауіп -менеджменті».
4. В.З. Кучеренко, қоғамдық денсаулық сақтау және денсаулық сақтау бойынша таңдаулы лекциялар. – Москва, 2010.
5. Д.А.Марцынковский, А.В. Владимирцев, О.А. Марцынковский, Қауіп-менеджменті бойынша нұсқаулық. – Санкт-Петербург: Береста, 2007.
6. В.З. Кучеренко, А.В. Сучков, Денсаулық сақтаудағы қауіптер және медициналық практикадағы пациенттердің қауіпсіздігі проблемалары/ «Главный врач» журналы. – №3, 2011.
7. Д.А.Марцынковский, Қауіп-менеджментінің негізгі аспектілеріне шолу жасау /«Das Management» журналы. – 2011.
8. Н.Г. Петрова, Н.И. Вишняков, Е.Н. Пенюгина, И.В. Додонова, Денсаулық сақтаудағы менеджмент. – Москва, 2009.
9. «Денсаулық сақтау субъектілері үшін аккредиттеу стандарттарын бекіту туралы» ҚР ДСМ 2009 ж. 16 қарашадағы № 713 бұйрығы.
10. В-6 есеп. Халықаралық стандарттарға сәйкес жаңартылған стандарттар (Стационарлық және амбулаториялық қызметтер) («Canadian Society for international health» консалтингтік компаниясының консультанттары (Канада).

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ МЕНЕДЖМЕНТ /
МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**Койков В.В.***Руководитель Центра научных исследований, экспертизы и инновационной деятельности в здравоохранении
РГП «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК*СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕНЕДЖМЕНТА
НА ВСЕХ УРОВНЯХ НАУЧНО-
ИННОВАЦИОННОГО ПРОЦЕССА –
КЛЮЧЕВАЯ ЗАДАЧА СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ ДО 2020 ГОДА

Аталуы: Менеджментті ғылыми-инновациялық үдерістің барлық деңгейінде жетілдіру – медицина ғылымының 2020 жылға дейінгі даму стратегиясының басты міндеті

Авторлары: **Койков В.В.**, ҚР ДСМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» РМК Денсаулық сақтау саласындағы ғылыми зерттеулер, сараптамалар және инновациялық қызмет орталығының басшысы

Түйіндеме: ҚР Денсаулық сақтау министрінің 2013 жылғы 23 тамыздағы № 485 бұйрығымен Медицина ғылымының 2020 жылға дейінгі даму тұжырымдамасы бекітілді. Отандық медицина ғылымы саласындағы әзірлемелердің бәсекеге қабілетті және сұранысқа ие болуына қол жеткізу және солардың негізінде Қазақстан Республикасы халқының денсаулығын жақсартуды және сақтауды қамтамасыз ететін озық медициналық технологиялар мен инновацияларды енгізу отандық медицина ғылымының 2020 жылға дейінгі дамуының негізгі мақсаты болып анықталды. Тұжырымдаманың бірінші кезекті және басты міндеттерінің қатарына ғылыми және инновациялық қызметті басқарудың тиімді технологияларын дамыту арқылы ғылыми-инновациялық үдерістің барлық деңгейінде менеджментті жетілдіру, ғылыми зерттеулердің халықаралық стандарттарын ендіру, денсаулық сақтау жүйесіндегі ғылыми және инновациялық қызметті қаржыландыруды жетілдіру жатады.

Title: Improving the management at all levels of scientific and innovation process - a key objective of the strategy of development of medical science 2020

Authors: **Koikov V.V.**, Head of the Research Centre, expertise and innovation in health care «Republic Center of Health Development» MOH RK

Abstract: August 23, 2013 order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan № 485 approved the Concept of development of Medical Science until 2020. The main aim of the National Medical Science development until 2020 is the achievement of competitiveness for developments in the field of medical science and implementation of the medical technologies and innovations, ensuring the preservation and improvement of the health of the population of the Republic of Kazakhstan. The Concept priorities and key objectives are an improving the management at all levels of scientific and innovation process through the development of efficient technologies for managing research and innovation, the introduction of international standards of research, the improvement of the financing of research and innovation in the health system.

Стратегия развития Казахстана «Казахстан-2050», задавая в качестве основного вектора вхождение Казахстана в тридцатку самых развитых государств мира, одной из первоочередных целей определяет создание современной и эффективной системы здравоохранения. При этом достижение конкурентоспособности здравоохранения требует внедрения эффективного менеджмента на всех уровнях охраны общественного здоровья, в том числе и в сфере создания и внедрения в практику новых медицинских технологий. Именно высококачественные научные исследования и внедрение инноваций, в соответствии

с рекомендациями ВОЗ, должны лежать в основе улучшения состояния здоровья населения на национальном уровне и в глобальном масштабе.

Несмотря на успешную реализацию стратегии развития Казахстана «Казахстан-2030» и практически полное достижение задачи по вхождению в число 50-ти наиболее конкурентоспособных стран мира – в рейтинге Всемирного экономического форума Казахстан занимает 51 место – казахстанская наука в целом и в том числе медицинская наука по большинству показателей ещё далеки от показателей данных стран. Так, согласно рей-

тингу стран, составляемому испанским исследовательским центром SCImago Lab [1] по научным публикациям в рейтинговых рецензируемых журналах с высоким импакт-фактором, размещенным в базе данных Scopus, доля ежегодно регистрируемых публикаций казахстанских авторов в целом и отдельно по медицинским специальностям в 2012 году составила 0,026% (92-е место в общемировом рейтинге стран) и

0,0064% (134-е место) соответственно. Еще менее презентабельным является показатель востребованности статей казахстанских ученых – доля Казахстана в общемировом числе цитирований в научных журналах в целом и отдельно по медицинским специальностям составляет 0,011% (108-е место) и 0,0031% (147-е место) соответственно (рисунок 1).

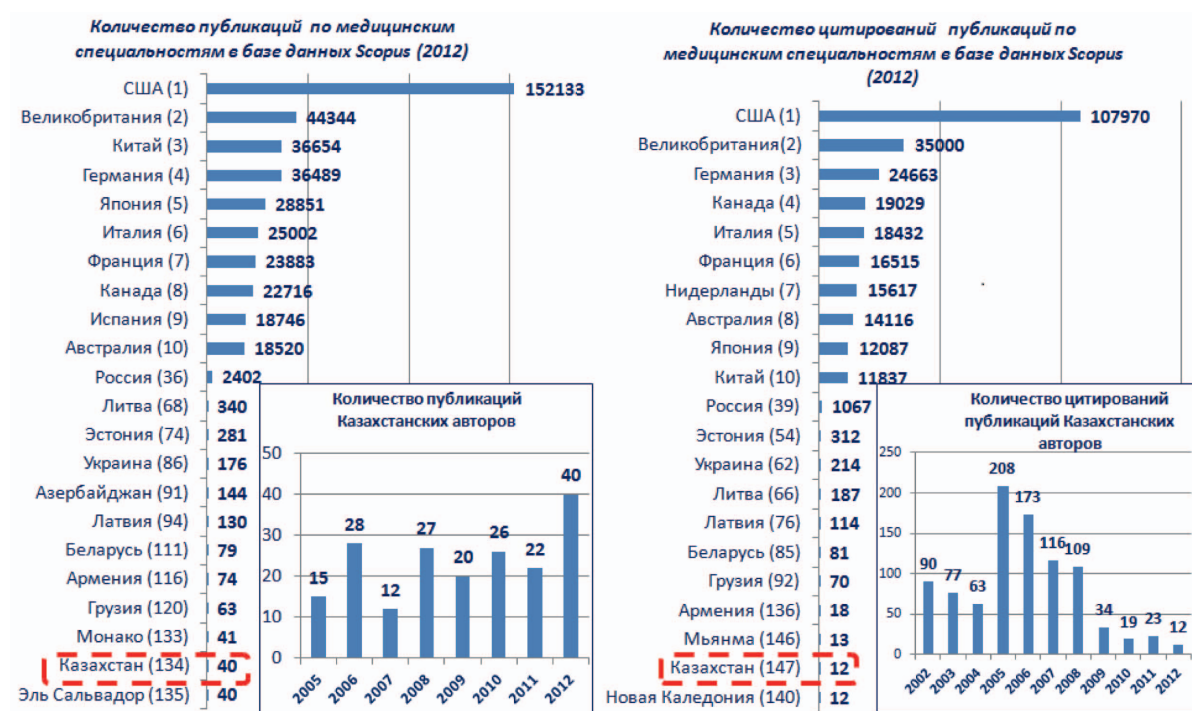


Рисунок 1 – Место Казахстана в Мировом рейтинге стран по публикациям и цитированию в сфере медицины (по данным SCImago Journal & Country Rank, 2013)

Как следует из данных показателей, уровень публикуемости и цитируемости казахстанских исследователей в сфере здравоохранения гораздо ниже показателей характеризующих отечественную науку в целом. На долю публикаций ученых-медиков в последние годы приходится лишь 5-6% от общего количества публикаций казахстанских авторов за рубежом. Между тем в ведущих зарубежных странах доля медицинских публикаций составляет 25-30% от всех научных публикаций: в США – 28,3%, Великобритании – 29%, Японии – 24,3%, Германии – 25,5% [2].

По величине одного из авторитетнейших наукометрических показателей – H-индекса (количество опубликованных статей (H), которые получили H цитирований) за последние 15 лет, Казахстан находится на 112-м месте (H-индекс = 46) – между

Барбадосом и Бенином. В условиях и без того недостаточного финансирования национальной медицинской науки относительная «себестоимость» 1 публикации в авторитетных международных изданиях продолжает оставаться весьма высокой по количеству научных публикаций (данный показатель равен 1,71) в расчете на 1 млрд. долларов США национального ВВП по ППС Казахстан находится на 134-месте в глобальном рейтинге, при этом Казахстан опережают все Республики бывшего СССР.

Несмотря на то, что в общемировом рейтинге стран по количеству исследователей на 1 миллион населения Казахстан находится на 68-м месте (637,3 исследователей/млн. населения) [2], продуктивность работы одного исследователя в области здравоохранения остается очень низкой – на одну статью по медицине в международно-

признанных изданиях приходится 87 научно-исследовательских и научно-педагогических кадров (работников НИИ, НЦ и медицинских ВУЗов), тогда как в странах-лидерах глобального инновационного индекса данный показатель в 20-25 раз меньше: в Сингапуре на 1 статью в международно-признанных изданиях приходится 3,6 активных исследователя, в Германии и Франции – 3,5, в Японии – 9,2, в Китае – 13,2.

Из более чем 40 отечественных научно-практических журналов в области здравоохранения, в которых ежегодно публикуется порядка 2500-3000 научных статей, ни один не входит в авторитетные международные базы данных научных изданий (Scopus, Web of Knowledge, Springer и др.), лишь единичные журналы индексируются в иных региональных базах данных (Российский индекс научного цитирования и др.) и публикуют статьи на английском языке. Таким образом, казахстанская медицинская наука во многом продолжает оставаться закрытой для мирового научного сообщества.

Одним из важнейших показателей результативности научных исследований и разработок является патентная активность. В сопоставлении с зарубежными странами по количеству патентов на 1 миллион жителей Казахстан имеет один из низких показателей – 0,13. При этом для ведущих технологически развитых стран мира данный показатель составляет свыше 200 (США – 359, Швейцария – 505, Япония 1 274). Казахстан уступает по изобретательской активности населения России в 12 раз и имеет примерно одинаковые показатели с Доминиканской Республикой и Перу (0,15 и 0,14 соответственно) [3].

Таким образом, в настоящее время уровень конкурентоспособности медицинской науки Казахстана находится на достаточно низком уровне, что связано с целым рядом объективных причин, включающих недостаточный уровень потенциала научных работников и исследователей, низкую материально-техническую базу организаций науки и недостаточное финансирование медицинской науки. По уровню финансирования национальной науки в отношении к национальному ВВП (в последние годы данный показатель колеблется от 0,15 до 0,26% от ВВП) Казахстан находится на 78 месте в глобальном рейтинге [3], при этом данный показатель

отличается от уровня высокоразвитых стран в 10-20 раз. Еще менее низким является уровень финансирования медицинской науки – 0,006% от ВВП, в то время как в данный показатель в США составляет 0,22% в странах ОЭСР – 0,3%.

Все вышесказанное указывает на необходимость принятия неотложных мер в сфере национальной науки в целом и, в том числе, в сфере медицинской науки.

В условиях сохраняющихся низкого качества научно-медицинских исследований и неконкурентоспособности разработок отечественных учёных необходимы реальные шаги со стороны государства по дальнейшему реформированию медицинской науки в Республике Казахстан, включающие внедрение современного менеджмента и международных стандартов, развитие научно-медицинской инфраструктуры и повышение кадрового потенциала медицинской науки и обеспечение интеграции медицинского образования и науки и создание эффективной системы трансферта научных разработок в практическое здравоохранение. При этом именно внедрение эффективного менеджмента на всех уровнях отраслевой науки (от уполномоченного органа в сфере медицинской науки – Министерства здравоохранения РК – до научного коллектива) и всех этапах научного исследования (от планирования научного исследования и до внедрения его результатов в практику) является основной и первостепенной задачей, определяющей успешность развития всех других направлений (формирования и развития инфраструктуры, подготовки кадров и т.д.).

Отсутствие действенных мер в данной области создает угрозу медицинской науке Республики Казахстан, стать полностью невостребованной со стороны практического здравоохранения и тем самым привести отечественное здравоохранение к постоянной зависимости от иностранных разработчиков новых медицинских технологий.

Для решения сложившейся ситуации 23 августа 2013 года приказом Министра здравоохранения РК №485 утверждена Концепция развития медицинской науки до 2020. Данный стратегический документ определил основные цели, задачи и принципы развития медицинской науки на ближайшие годы (рисунок 2).

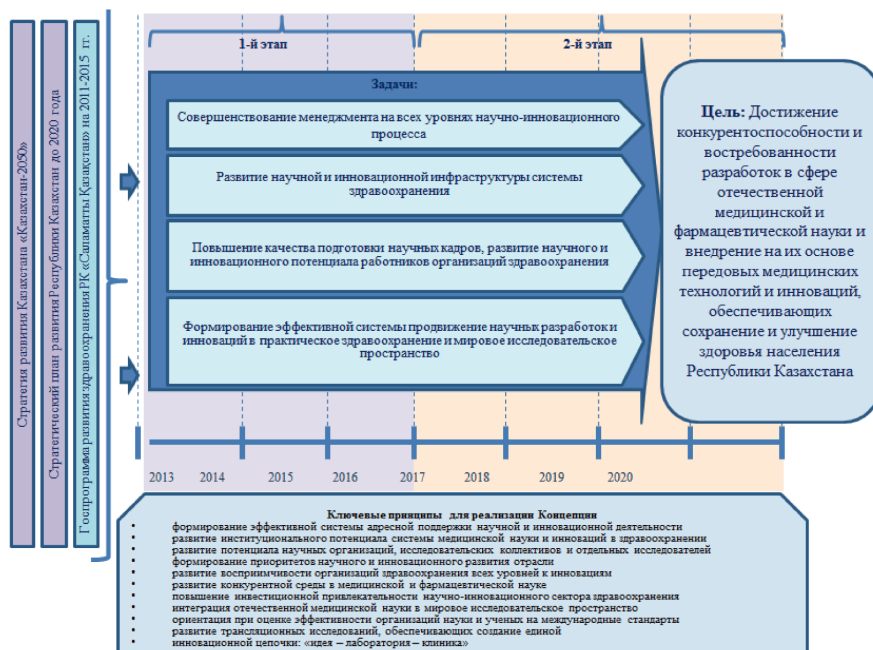


Рисунок 2 Основные цели, задачи и принципы реализации Концепции развития медицинской науки до 2020 года

К числу первоочередных ключевых задач Концепции относится совершенствование менеджмента на всех уровнях научно-инновационного процесса путем развития эффективных технологий управления научной и инновационной деятельностью, внедрения международных стандартов научных исследований, совершенствования фи-

нансирования научной и инновационной деятельности в системе здравоохранения. При этом эффективные меры в данной сфере должны быть предприняты как по линии уполномоченного органа, так и на уровне организаций медицинской науки и научных коллективов (рисунок 3).

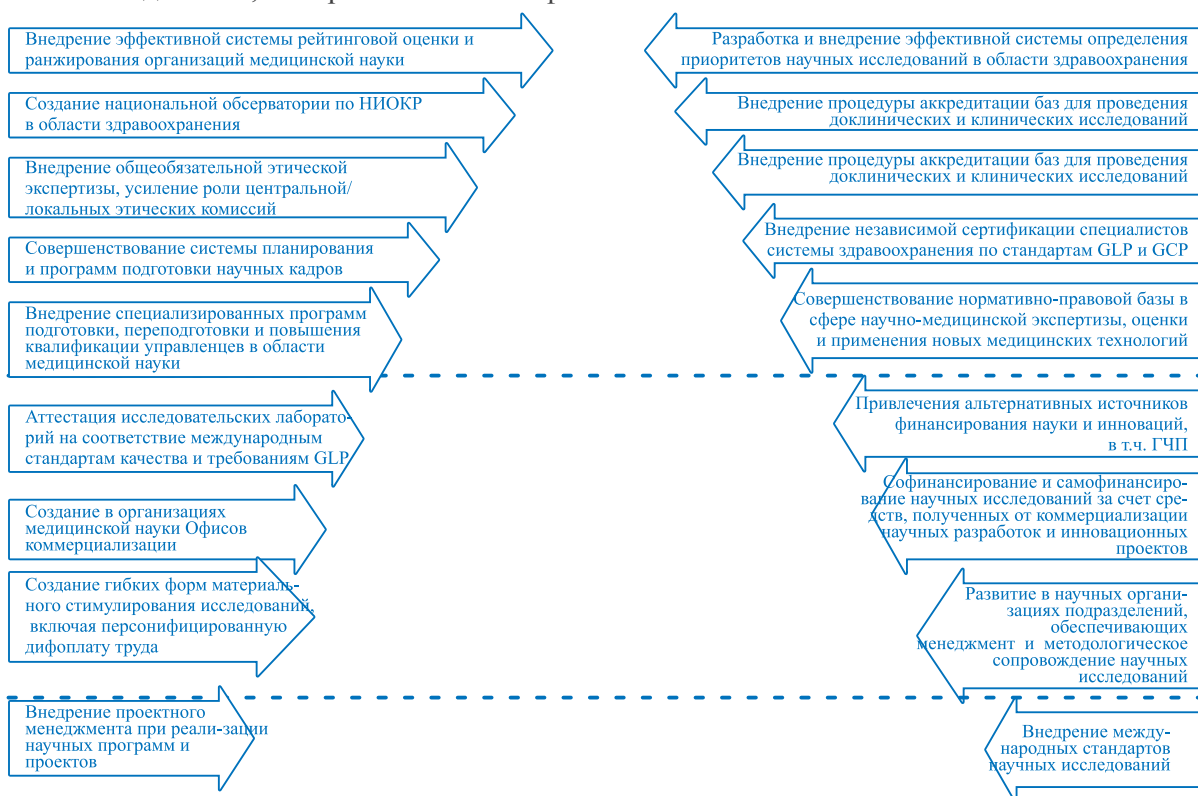


Рисунок 3 – Основные направления по внедрению современного менеджмента на отдельных уровнях управления научными исследованиями в сфере здравоохранения

Дальнейшее развитие современных принципов и эффективных механизмов управления отраслевой наукой на уровне уполномоченного органа – Министерства здравоохранения РК предлагается осуществлять через внедрение единых индикаторов оценки результатов научно-исследовательских работ, системы рейтинговой оценки научных организаций, а также системы выбора приоритетов научных исследований в области здравоохранения, создание национальной обсерватории по научным исследованиям и опытно-конструкторским разработкам в области здравоохранения для отслеживания и мониторинга биомедицинских исследований и разработок. Кроме того необходимо совершенствование нормативно-правовой базы в сфере науки в части внедрения процедуры аккредитации научных организаций и организаций здравоохранения в качестве баз для проведения доклинических и клинических исследований общеобязательной, развития общеобязательной процедуры этической экспертизы и усиления роли центральной и локальных этических комиссий, включая их аккредитацию, внедрения независимой сертификации специалистов системы здравоохранения по стандартам GLP и GCP как обязательной процедуры для допуска к доклиническим и клиническим исследованиям. Особую роль играет внедрение и развитие института профессиональных менеджеров в сфере медицинской науки, включающее внедрение специализированных программ подготовки, переподготовки и повышения квалификации управленцев (топ-менеджеров, проектных менеджеров и т.д.) в области медицинской науки, а также совершенствование системы планирования и программ подготовки научных кадров для отрасли.

К сожалению, наука все еще далека от «рыночного» сознания. Подавляющее большинство руководителей научных организаций и самих научных работников связывают улучшение ситуации в медицинской науке с увеличением государственного финансирования и усилением государственной поддержки науки. Далеко на заднем плане в их представлениях остаются рыночные механизмы повышения эффективности науки, такие как формирование конкурентной среды в научной сфере (широкое внедрение практики участия в конкурсах на грантовое финансирование, конкурсах инновационных проектов и т.д.), создание гибких форм

материального стимулирования исследований, использование эффективных принципов управления и на уровне научной организации и на уровне отдельного научного проекта, включая персонафицированную дифференциальную систему оплаты труда.

В этой связи дальнейшее развитие современных принципов и эффективных механизмов управления научными исследованиями на уровне научных организации – научных центров, научно-исследовательских центров и медицинских вузов – должно включать комплекс мероприятий по внедрению международных стандартов и требований, современного менеджмента и эффективных форм финансирования научных исследований. Для этого должно быть обеспечено развитие практики аттестации исследовательских лабораторий на соответствие международным стандартам качества и (или) требованиям GLP, создание Офисов коммерциализации, подразделений обеспечивающих менеджмент и методологическое сопровождение научных исследований, расширение механизмов привлечения альтернативных источников финансирования науки и инноваций, в том числе посредством действующих в стране механизмов государственно-частного партнерства, развитие практики софинансирования и самофинансирования научных исследований за счет средств, полученных от коммерциализации научных разработок и инновационных проектов, внедрение широкого спектра мер материальной и нематериальной стимуляции отдельных исследователей и исследовательских коллективов, включая персонафицированную дифференциальную систему оплаты труда.

На уровне научных коллективов и научных подразделений совершенствование менеджмента должно обеспечиваться через внедрение принципов проектного менеджмента и международных стандартов научных исследований (Good Clinical Practice, Good Laboratory Practice, Quality Practice in Basic Biomedical Research и др.) на всех этапах научного исследования.

Реализация всех указанных мероприятий в комплексе с дальнейшим развитием научной и инновационной инфраструктуры, материально-технической базы и кадрового потенциала организаций медицинской науки, повышением качества подготовки научных кадров, а также формированием эффективной системы продвижения научных разработок и инноваций в практическое здравоохранение и

мировое исследовательское пространство, позволит приблизить научные исследования отечественных исследователей и научных организаций к показателям высокоразвитых стран мира (рисунок 4), что создаст условия

для повышения конкурентоспособности системы здравоохранения Казахстана и, тем самым, будет способствовать дальнейшему росту признания нашего государства на международном уровне.

Индикатор	2012г.	2016г.	2020г.
Удельный вес научных сотрудников с активным индексом цитирования, %	0,5	5	15
Удельный вес публикаций в международных рецензируемых журналах в общем количестве публикации, %	3,2	8	15
Удельный вес международных патентов в общем количестве патентов, %	2,2	4	7
Количество организаций медицинской науки, входящих в авторитетные мировые рейтинги публикационной активности	0,5	1	6
Удельный вес казахстанских научных изданий в области здравоохранения, индексируемого международных библиометрических базах данных, %	0,5	10	40
Количество медицинских ВУЗов Казахстана, отмеченных в рейтинге лучших мировых университетов	-	-	1

Рисунок 4 – Индикаторы реализации Концепции, направленные на рост признания казахстанской медицинской науки в мире

Источники:

1. Ranking of Research Institutions SIR World Report. SCImago Journal & Country Rank. 2010-2012. Доступно URL: <http://www.scimagojr.com>
2. The Global Innovation Index 2013: The Local Dynamics of Innovation. INSEADandWIPO. - Fontainebleau, 2013. - 417 с.
3. Стимулирование индустриально-инновационного развития Казахстана / Обзор ColumbiaUniversi

Мальченко В.В.

Врач менеджер. Медицинский Центр

РГП на ПХВ «Государственный медицинский университет города Семей» МЗ РК

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА НА ПРАКТИКЕ

Аталуы: Сапа менеджменті жүйесі тәжірибеде**Авторлары:** Мальченко В.В., Дәрігер-менеджер. Медициналық орталығы. ҚР ДСМ «Семей қаласының Мемлекеттік медициналық университеті»**Түйіндеме:** Медициналық орталығы Қазақстан Республикасындағы ірі көп бейінді емдеу мекемесі болып табылады. Медициналық орталықтың көш басшылары инновацияларды енгізу және өз тұтынушылары үшін, олардың қанағаттану деңгейін көтере отырып, құндылықтар қалыптастыруға ұмтылады. Негізгі миссия – жоғарғы құндылықты – біздің емделушілеріміз үшін денсаулықты жасай отырып, заманауи ғылыми инновациялық жетістіктер негізінде сапалы медициналық қызмет ұсыну.**Title:** Quality management system in practice**Authors:** Malchenko V.V., Doctor-manager. Medical Center. «State Medical University of Semey» MOH RK**Abstract:** Medical Center is the largest medical institution in the Republic of Kazakhstan. Leaders of Medical Center strive to innovate and create value for their customers, increasing their satisfaction. The primary mission is providing quality health care services on the basis of current scientific innovation achievements, creating the highest value - health for our patients.

Медицинский Центр (МЦ) РГП на ПХВ «ГМУ г. Семей» является крупнейшим многопрофильным лечебным учреждением в Республике Казахстан. Ежегодно свыше 15 тысяч жителей Восточно-Казахстанской области получают высокоспециализированную и специализированную помощь в стационарных отделениях и более 50 тысяч получают консультативно-амбулаторную помощь в поликлинике Центра. В МЦ проводится более 5 тысяч операций в год.

Лидеры Медицинского Центра стремятся к внедрению инноваций и созданию ценностей для своих потребителей, повышая их удовлетворенность. С каждым годом в МЦ увеличивается количество внедренных современных медицинских технологий с целью оказания высокоспециализированной медицинской помощи и снижения показателей заболеваемости и смертности населения в регионе. В МЦ активно внедряются современные методы малоинвазивной хирургии и гравитационной детоксикации при системных поражениях соединительной ткани. В апреле 2013 года в МЦ открылись и функционируют отделение кардиохирургии и рентгеноангиографическая лаборатория, что разрешило назревшие в регионе проблемы, создало возможности получения медицинской помощи пациентам с заболеваниями сердца, не выезжая в центральные города РК.

Руководство и сотрудники МЦ понимают свои ключевые компетенции и то, как

они могут создавать ценности для пользы общества, а также то, как они влияют своей деятельностью на социальную, экономическую и экологическую устойчивость общества.

Лидерами МЦ сформулированы Миссия, Видение и ясная стратегия развития Центра в рамках стратегического плана развития на 2011-2014 годы, основанная:

- на стратегических планах развития Республики Казахстан до 2020 года и государственной Программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы;

- на Концепции развития высокоспециализированной медицинской помощи в Республике Казахстан на 2012-2015;

- на анализе внешних и внутренних изменений, анализе информации, полученной по обратной связи от потребителей и других заинтересованных сторон.

При планировании деятельности Медицинский Центр всегда помнит о своей миссии и роли в обществе. Деятельность МЦ направлена, в конечном итоге, на внесение значительного вклада в улучшение состояния здоровья населения курируемого региона и страны в целом, в развитие научного и медицинского кадрового потенциала отрасли здравоохранения.

Современная система менеджмента качества (СМК) - это система, состоящая из организации, процессов, документов и ресурсов, направленная на формирование политики и целей в области качества, а также

на достижение этих целей.

В МЦ принято решение о разработке и внедрении интегрированной системы менеджмента на основе международного стандарта ISO 9001:2008 и Модели совершенства EFQM-2013.

В МЦ принято решение о разработке и внедрении процедуры по всестороннему изучению информации по обратной связи от потребителей и других заинтересованных сторон, систематическому проведению сбора и анализа данных от пациентов о качестве услуг Центра.

Руководство МЦ устанавливает ясные цели и задачи в области инновационной деятельности в рамках стратегического плана развития, основанные на понимании своей роли для общества, существующих возможностей, и поддерживаемые применяемыми политиками и ресурсами.

Клиника МЦ является базой для отработки и внедрения новых современных медицинских технологий. При выполнении операций преимущественно применяются методы малоинвазивной хирургии и эндоскопического доступа.

МЦ на пути к повышению качества услуг и деятельности встал в ряд предприятий, которые приняли решение о применении современных управленческих технологий (стандартов на системы менеджмента, Модели совершенства EFQM и др.).

В МЦ работает сильная управленческая команда и высокопрофессиональный производственный (медицинский) персонал.

Руководство МЦ вдохновляет персонал и создает культуру вовлеченности, сопричастности и делегирования полномочий, формулируя и доводя до их сведения стратегии, ценности, принципы и нормы этического поведения.

Культура совершенства лидерами МЦ проводится через декларирование своей роли в обществе (Миссия, Видение, Политика в области качества).

Руководство МЦ переводит свои стратегии в согласованные процессы, проекты и организационные структуры, обеспечивая возможности своевременной реализации изменений по всей цепочке создания ценности, устанавливает набор значимых индикаторов процессов и их результатов для анализа эффективности и результативности ключевых процессов, и их вклада в достижение стратегических целей

МЦ используют подходящие инструменты для идентификации изменений во внешнем окружении с последующей разработкой возможных сценариев действий

для МЦ. Ключевые сотрудники МЦ овладели инструментами самооценки, бенчмаркинга и SWOT-анализа. На основе результатов данных анализов МЦ разрабатывает мероприятия по снижению рисков реализации выявленных «угроз» и эффективному использованию факторов успеха.

МЦ развивает партнерские сети, осуществляет сотрудничество с государственными структурами здравоохранения, научными центрами, высшими учебными заведениями и организациями РК ближнего и дальнего зарубежья, действующими в сфере медицины и здравоохранения с целью создания дополнительных ценностей для заинтересованных сторон через развитие компетенций, совместные усилия и процессы:

- МЦ реализует Государственный заказ в рамках Гарантированного объема бесплатной медицинской помощи населению;

- МЦ активно участвует в научно-исследовательском и образовательном процессах Государственного медицинского университета г. Семей, являясь клинической базой для проведения научных исследований и реализации программ послевузовского и дополнительного образования по практической подготовке медицинских специалистов. На базе МЦ находятся 11 кафедр Государственного медицинского университета г. Семей;

- в МЦ работает кабинет телемедицины, в нём проводятся ультразвуковые исследования с пункционной биопсией щитовидной железы и через спутниковую систему связи осуществляются консультации, обмен информацией со специалистами из университета г. Нагасаки в Японии.

Руководство МЦ разработало и применяет кадровую политику, направленную на:

- обучение, развитие навыков и компетенций персонала, необходимых для достижения стратегических целей, реализации Миссии, Видения, политики и целей в области качества;

- обеспечение повсеместного соответствия квалификации и компетентности персонала требованиям к рабочим местам;

- поощрение распространения знаний и опыта с целью обеспечения их преемственности;

- поощрение инициативы в области инноваций во всех аспектах деятельности предприятия;

- стремление к долгосрочному сотрудничеству;
- формирование и реализация взаимосвязанных интересов (целей) предприятия и работников;
- вознаграждение и продвижение по заслугам и достигнутым результатам деятельности работников;
- способствование реализации способностей работников, обеспечивая справедливость и равные возможности.

МЦ имеет четкие представления о том, какой квалификации и какого уровня компетентности необходим персонал для достижения стратегических целей. В Центре ежегодно определяется необходимый набор персонала (формирование штатного расписания) согласно ключевым процессам и целям Центра, а также на основании внедрения новых процессов (новых технологий).

Политика в области качества МЦ.

Обеспечение непрерывного повышения качества предоставляемых услуг пациентам в соответствии с требованиями международных стандартов, с использованием последних достижений научной медицины и международного опыта, овладением и внедрением новейших технологий и совершенствованием уровня профессиональной квалификации с целью достижения максимальной удовлетворенности и доверия пациентов и обеспечения конкурентоспособности предоставляемых услуг.

Основная миссия – предоставление качественных медицинских услуг на основе современных научных инновационных достижений, создавая высшую ценность – здоровье для наших пациентов.

Главные цели в области качества:

- Обеспечение высококвалифицированной конкурентоспособной медицинской помощью населения региона в соответствии с международными требованиями и медицинскими стандартами.
- Изучение и выполнение запросов потребителей и их ожиданий.
- Применение принципов менеджмента качества с целью постоянного улучшения качества медицинских услуг.
- Эффективное и согласованное управление персоналом.
- Внедрение инновационных техно-

логий.

- Повышение профессиональной компетенции и квалификации медицинского персонала.
- Обеспечение непрерывности, результативности и безопасности оказываемых услуг.
- Улучшение имиджа МЦ г. Семей.
- Совершенствование инфраструктуры производственной среды и материально-технической базы МЦ г. Семей.

Обеспечение контроля и управления качеством оказываемой медицинской помощи.

Качество предоставляемых медицинских услуг – приоритетная задача нашего Центра, в связи с чем, в медицинской организации налажена работа внутреннего аудита (внутренний контроль качества) оказания медицинской помощи. Проводится плановая и внеплановая экспертиза качества оказываемой помощи во всех подразделениях. Кроме того, работает на улучшение качества Служба управления качеством медицинской помощи (СУКМП), возглавляемая заместителем директора по медицинской части Кикимбаевой Р.К.

Для изучения мнения пациентов о качестве медицинской помощи регулярно проводится анкетирование. На первом этаже в поликлинике, а также во всех корпусах стационара имеется ящик для обращений граждан (жалоб, отзывов, предложений). Содержимое ящика ежемесячно анализируется комиссией и принимаются обоснованные меры по улучшению качества и доступности медпомощи. Во всех отделениях имеются журналы для жалоб и предложений.

СМК МЦ призвана обеспечивать качество продукции. При этом ее главная задача не контролировать каждую единицу продукции, а сделать так, чтобы не было ошибок в работе, которые могли бы привести к появлению плохого качества продукции и/или услуг.

Для того, чтобы их избежать, необходимо регулярно проводить обучение и довести этот процесс до всеобщего, тотального, когда обучение пройдут все без исключения сотрудники. Только обученные, знающие основы и принципы СМК сотрудники могут реально управлять процессами МЦ.

Табынбаев Н.Б.

ШЖҚ МКК «Қызылорда Облыстық медицина орталығы» ДСБ ҚО директоры

Бихожаева Г.К.

Директордың ішкі аудит қызметі жөніндегі орынбасары ШЖҚ МКК «Қызылорда Облыстық медицина орталығы» ДСБ ҚО

Мухамедалиева С.А.

ШЖҚ МКК «Қызылорда Облыстық медицина орталығы» ДСБ ҚО менеджері

СТРАТЕГИЯЛЫҚ МЕНЕДЖМЕНТ – ӨРКЕНДЕУ ҚҰРАЛЫ

Аталуы: Стратегический менеджмент как инструмент развития

Авторлары: ГКП на ПХВ Областной медицинский центр УЗ КО, Директор **Н.Б.Табынбаев**, заместитель директора по внутреннему аудиту **Г.К.Бихожаева**, менеджер **С.А.Мухамедалиева**

Түйіндеме: ОМЦ (областной медицинский центр) был признан одним из лучших в рамках проекта Министерства здравоохранения РК «Сегодня лучший – ты, завтра – все!», что явилось предпосылкой для включения ОМЦ в список 5 пилотных организаций для внедрения международных стандартов. В современных условиях неотъемлемым условием динамического развития является совершенствование системы менеджмента, в рамках которого нами был разработан стратегический план развития, ближайшими направлениями которого является внедрение международных стандартов.

Title: Strategic management is a way to develop

Authors: Enterprise with Self-Supporting Rights of the Qyzylorda Region Medical Center Director **Tabynbayev N.B.**, Deputy-Director on interact audit **Bikhozhayeva G.K.**, Manager **Mukhamedaliyeva S.A.**

Abstract: Nowadays the improvement of the management quality system is an integral condition of the development of any organization. That's why the RMC (regional medical center) works on it. The RMC was recognized as one of the best organizations according to the project of the Ministry of Health of the RK "Today you are the best – tomorrow everyone". That is the reason why the RMC was added in the list of 5 pilot medical organizations for adopting international standards. We developed a strategic plan of development which the nearest goal is preparation and institute a number of measures for the international accreditation.

Қазақстанда Денсаулық сақтау саласы алдында стратегияны дамытудың негізгі мақсаты, дүйім жұртқа көрсетілетін медициналық көмектің сапасын нақты түрде арттыра отырып, халық денсаулығын жақсартуға қол жеткізу болып табылады.

Елімізде инновацияны-жаңашылдықты таңдау және қолдау көрсету аса сапалы менеджерлікті талап етеді. Менеджерлік жүйесі жалпы Республиканың басқа да көптеген салалары секілді медицина саласында да жоспарлы түрде дамып келеді. Бұл бағытта әзірленіп жатқан әр түрлі бағдарламалар мен жобаларға біздің Облыстық медицина орталығы да белсене араласуда.

Облыстық денсаулық сақтау басқармасының шаруашылық жүргізу құқығындағы мемлекеттік коммуналдық кәсіпорын Облыстық медицина орталығы (әрі қарай Орталық) – бұл Облыс орталығы мен шалғайдағы елді мекендегі халыққа дер кезінде сапалы мамандандырылған және жоғары мамандандырылған медициналық көмек көрсетумен қамтамасыз ететін об-

лыс көлеміндегі көпсалалы жалғыз медициналық кәсіпорын болып табылады (облыс халқы саны орташа есеппен 720,0 мың адамды құрайды). Орталық 2009 жылдың желтоқсан айының 21 жұлдызынан бастап шаруашылық жүргізу құқығындағы мемлекеттік коммуналдық кәсіпорын болып табылды.

Орталық Миссиясы – «Қызылорда облысының халқына ең жоғарғы сапалы медициналық көмек көрсету».

Орталық негізінен іске 1998 жылы қосылған. Төсек күші бүгінгі таңда 780, оның ішінде 705 мемлекеттік сұранысты орындауға арналған, (280 төсек орын хирургиялық төсектер, 265 төсек орын терапиялық төсектер, 160 төсек орын перинаталды орталық төсектері) және 75 төсек орын ақылы медициналық қызметке арналған шаруашылық есептегі төсектер» (25 төсек орыннан екі ақылы терапия бөлімшелері мен 25 төсек орындық ақылы хирургиялық төсек орын).

24 желтоқсан 2009 жылы 63 медициналық және дәрігерлік мамандықтар бойынша «Қызылорда облысының денсаулық сақтау

басқармасы» берген №0008101 Мемлекеттік лицензиясы бойынша қызмет етеді.

Жылына Орталыққа келушілер 45 000 – нан асады, оның ішінде 26 мыңнан астамы тәуліктік стационарлық және жоғары стационарлық медициналық көмек алады.

Мекемеде 2013 жылдың басындағы есеп бойынша барлығы 1473 қызметкер, оның ішінде 1 медицина ғылымының докторы, 3 медицина ғылымының кандидаты, 19 денсаулық сақтау ісінің үздігі қызмет етеді.

Негізгі медициналық қызмет түрлері

1. Облыстың ересектері мен балаларына тәуліктік мамандандырылған медициналық көмек көрсету;

2. Облыстың ересектері мен балаларына тәуліктік жоғары мамандандырылған медициналық көмек көрсету;

3. Жедел және жоспарлы кеңес беру медициналық көмек (санитарлы авиация, жер үсті көлігімен, қозғалмалы медициналық кешенмен);

4. Облыс бойынша патологоанатомиялық қызмет көрсету.

Пациенттерді емдеу 30 түрлі бөлімшелер мен орталықтар арқылы жүргізіледі: кардиологиялық орталық, нейроинсульттік орталық, перинаталды орталық, хирургиялық бөлімшелер, терапиялық бөлімшелер, реабилитация бөлімшесі, қалпына келтіру медицинасы мен анестезиология және реанимация бөлімшелері, 37 параклиникалық және көмекші бөлімшелер қызмет етеді.

01.05.2013 жылдан бастап Перинаталды орталық өз алдына дербес құрылым ретінде бөлінді. Орталық алдында Халық сұранысын барынша қанағаттандыра отырып, экономикалық тұрақтылықты сақтай отырып, халықаралық стандарттар талабына сәйкес жұмыс жасауды ұйымдастыруда құрылымдық бөлімшелерді неғұрлым тиімді пайдалану мақсаты тұр. Ішкі төсек бейіндерін қайта қарау арқылы 2011 жылы Кардиоорталық, 2012 жылы Нейроинсульттік орталықтар ашылды.

2013 жылы халық сұранысы бойынша және бір шаруашылық есептегі бөлімше ашылды.

Қызылорда облысы ерлер денсаулығын нығайту, ерлерге жоспарлы медициналық көмек көрсету мақсатта 2012 жылы «Ерлер денсаулығы және Ғұмырлы отбасы» орталығы ашылды»

Бүгінгі таңда егерде Европа ассоциациясы ұсынысымен 1 000 000 халқы бар елде кардиоторакалды оташы дәрігерлер жүрекке ашық түрде 1000 ота жасауы керек дегенді назарға алатын болсақ, біздің облыста

жылына кем дегенде 700 кардиохирургиялық ота жасалынып отырылуы керек. Сондықтан біздің Кардиоорталықтың стратегиялық дамуына біз мынаны жоспарлап отырмыз:

2014 жылы - Жүректің ишемиялық ауруларына жұмыс істеп тұрған жүрекке «Off-Pump» әдісі бойынша ота жасау санын арттыру;

- Жоғары мамандандырылған ота сандарын арттыру: (туа біткен жүрек ақауларына іріктеу отасы мен аортакоронарлы шунт жасау);

- Күре тамырға жасалынатын ота санын арттыру;

- Электростимулятормен имплантация жасау санын арттыру;

- 2015 жылы – Туа біткен жүрек ақаулары бар жаңа туған нәрестелерге кардиохирургиялық оталар жасауды игеру;

- Перифериялық қан тамырларына реконструктивтік оталар жасауды арттыру (тізе буынынан төмен деңгейге);

- Үш камерлі электрокардиостимуляторға имплантация жасау;

- Осы аталмыш іс-әрекеттерді жасай отырып, біз қан айналым аурулары салдарынан болатын өлім-жітім саны азайтуға қол жеткіземіз;

- Жұмысқа қабілетті азаматтар арасында мүгедектіктің алдын алуға әсер етеміз;

- Қызылорда халқының өмір сүру көрсеткішін ұзартуға ықпал етеміз.

Қазақстанда қанайналым жүйесі бойынша аурушандық соңғы 10 жылда 1,7 есе өсті, оның ішінде нерв жүйесінің 52%, 29% жұмысқа қабілетті жасты құрайтын инсульт ауруы бойынша аурушандық өсу бағытын көрсетуде.

Инсульт мүгедектікке шалдықтыруда бірінші орынға, өлім-жітім көрсеткішінде екінші орынға ие бола отырып, бүгінгі күннің өзекті мәселесіне айналып отыр.

Цереброваскулярлы аурулар өлім-жітім арасында 26% көрсетіп, оның ішінде 47,3% еңбекке қабілетті жастағыларды құрайды. (ҚР Үкіметінің қаулысы 13.02.2007ж «Кардиологиялық және кардиохирургиялық көмекті ҚР 2007-2009 жылдарға жетілдіру бағдарламасын бекіту туралы»).

ҚР ДСМ 09.06.2011ж № 382 бұйрығында 250 мың халқы бар өңірде 30 төсек орынды инсульт бөлімі қарастырылуы қажет, біздің облыс халқы 713 мың екендігін ескеріп, 2014 жылға 30 төсек орынды екінші инсультті бөлімшесін ашу, 6 төсек орынды нейрореабилитация бөлімшесін, және инсультпен келгендерді қабылдайтын қабылдау бөлімін ашу жоспарлануда.

Сондай-ақ инсультке шалдыққандарға каротидті эндоартерэктомия отасын жасау;

- Инсульт кезінде жүйелі тромбозис емін жасауды арттыру;

- Тәуліктік мониторинг жасайтын қарынша аралық тасымалдаушы қондырғылар (датчиктер) орналастыру;

- Инсультпен ауырғандардың туыстарымен жұмыс жасайтын «Инсульт мектебін» ашу;

- Нейрореанимация бөлімінде бас ми қысымына тәуліктік мониторинг жасап отыратын паренхиматозды тасымалдаушы орналастыру;

- Эндovasкулярлы әдіспен «6 сағатқа дейінгі терапиялық терезе кезінде» ишемиялық инсультке стентпен тромбоэкскация жүргізу;

- Инсультке ботулотоксикалық сарысу пайдалану көзделуде.

Облыстық медицина орталығының стратегиялық дамуында нейрохирургия, урология, травматология, хирургия, офтальмология салалары бойынша жоғары мамандандырылған медициналық көмекті жетілдіру қарастырылуда.

Облыста 40 жастан асқан азаматтарға жасалынған скрининг қортындысы бойынша глаукомамен ауыратындар жылдан жылға өсу бағытын көрсетуде. 2011 жылы –184 науқас глаукомаға шалдықса, бұл жағдай 2012 жылы 296 дейін көтерілген, сол сияқты катарактамен ота жасатқан науқастар саны 2011– 658 болса, 2012-948 науқас ота жасатқан. Облыс көлемінде бүгінгі таңда жедел офтальмологиялық көмек пен амбулаториялық офтальмологиялық көмек қарастырылмаған. Сол себептен 2014 жылы 80 төсек орындық офтальмологиялық орталық ашумен қатар амбулаториялық көз хирургиялық орталығын ашу межеленуде.

2015 жылы осы сала бойынша көптеген қордаланып қалған мәселелердің шешімін табуға ықпал ететін офтальмологиялық орталық құрамынан глаукома кабинетін ашу, Облыстық медицина орталығы көз аурулар бөлімі құрамында витреоретинальды хирургияны енгізу қарастырылуда.

Облыс көлемінде эндокринологиялық науқастардың оның ішінде қант диабетінің өріс алып бара жатқандығын ескеріле, (Облыстық медицина орталығында 2010 жылы 4545 алғаш анықталған қант диабеті тіркелсе, 2012 жылы 5023 алғаш анықталған қант диабеті тіркеліп отыр) 2014 жылы

эндокринологиялық төсек орнын 40 төсек орынға дейін көбейту және аяқ қан тамырларына ангиографиялық тексерулер жүргізу жоспарлануда.

Орталықта шалғайда орналасқан облыс халқына жоспарлы және жедел медициналық кеңес беру, жол бойындағы сан алуан жарақаттарға уақытылы жәрдем көрсетуді жетілдіру мақсатында мамандандырылған неврологиялық, кардиологиялық, акушер-гинекологиялық, травматологиялық, хирургиялық, нейрохирургиялық, және педиатриялық бригадалар ұйымдастыру жоспарлануда.

Облыстық медицина орталығы бүгінгі күні қол жеткізген жетістіктері үшін елеусіз қалып жатқан жоқ, айтулы марапаттаулар иегерлері атануда.

Негізгі мақсаты заманауи менеджментті енгізу жолында алдыңғы қатардағы нәтижелі басшылықтарды қолға алу болып есептелінетін, «Бүгін үздік сен-ертең бәрі» - атты Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Жобасына қатысқан 117 медициналық мекемелердің ішінен 2012 жылы алдыңғы қатардағы медицина мекемелерінің бірі болып танылып, Республика көлемінде халықаралық стандарттарды енгізуге іріктелген 5 пилоттық жобадағы медициналық мекемелер қатарына енді.

Орталық мамандары бірнеше рет өз мамандықтарының үздіктері атанды.

2013 жылы қыркүйекте Астана қаласында өткен Қазақстан, Ресей, Украина мемлекетаралық кәсіпорындар рейтингтері X Халықаралық экономикалық форумы «Антикризисное управление предприятием 2013-2015. Модели, прогнозы, рекомендации» Облыстық медицина орталығына «Қазақстан 2013 Көшбасшысы» Ұлттық сертификатын берді.

Үнемі білімдерін жетілдіріп отыру мен заманауи талаптарға сәйкес технологиялармен жұмыс жасау Облыстық медицина орталығы қызметінің жетістіктерінің негізін қалайды.

Бүгінгі таңда жақсы жұмыс жасаумен шектелу жеткіліксіз, әр уақытта да ертеңгі болатын өзгешеліктерге дайын болу керек. Сапалы өзгешеліктерге қол жеткізетін, сауатты стратегиялық жоспарсыз біздің Орталық сияқты үлкен мекемелерге өз жұмысын тез арада жаңаша қалыптастырып әкету оңайға соқпайтыны анық.

Табынбаев Н.Б.

Директор ГКП на ПХВ "Областной медицинский центр" УЗ КО

Бихожаева Г.К.

Заместитель директора по внутреннему аудиту ГКП на ПХВ "Областной медицинский центр" УЗ КО

Мухамедалиева С.А.

Менеджер ГКП на ПХВ "Областной медицинский центр" УЗ КО

СТРАТЕГИЧЕСКИЙ МЕНЕДЖМЕНТ КАК ИНСТРУМЕНТ РАЗВИТИЯ

Аталуы: Стратегиялық менеджмент – өркендеу құралы**Авторлары:** Табынбаев Н.Б., Директор; Бихожаева Г.К., Директордың ішкі аудит қызметі жөніндегі орынбасары; Мухамедалиева С.А., Менеджер, ШЖҚ МКК «Қызылорда Облыстық медицина орталығы» ДСБ ҚО**Түйіндеме:** Біздің орталық 2012 жылы, негізгі мақсаты заманауи менеджментті енгізу жолында алдыңғы қатардағы нәтижелі басшылықтарды қолға алу болып есептелінетін, «Бүгін үздік сен – ертең бәрі» – атты Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің жобасына қатысқан 117 медициналық мекемелердің ішінен алдыңғы қатардағы медицина мекемелерінің бірі болып танылып, республика көлемінде халықаралық стандарттарды енгізуге іріктелген 5 пилоттық жобадағы медициналық мекемелердің қатарына енді. Менеджмент жүйесін жетілдіру бүгінгі күннің негізгі бағыты. Біздің орталық халықаралық стандарттар талабына сәйкес қызмет ету мақсатта осы Стратегиялық жоспарды құрып сол бойынша жұмыс жасайды.**Title:** Strategic management is a way to develop**Authors:** Enterprise with Self-Supporting Rights of the Qyzylorda Region Medical Center Director Tabynbayev N.B., Deputy-Director on interact audit Bikhzhayeva G.K., Manager Mukhamedaliyeva S.A.**Abstract:** Nowadays the improvement of the management quality system is an integral condition of the development of any organization. That's why the RMC (regional medical center) works on it. The RMC was recognized as one of the best organizations according to the project of the Ministry of Health of the RK "Today you are the best – tomorrow everyone". That is the reason why the RMC was added in the list of 5 pilot medical organizations for adopting international standards. We developed a strategic plan of development which the nearest goal is preparation and institute a number of measures for the international accreditation.

Стратегии развития Казахстана перед системой здравоохранения поставлена задача улучшения состояния здоровья населения путем повышения уровня реальной доступности качественной медицинской помощи для широких слоев населения. Выбор инновационного подхода современного Казахстана налагает особые требования к качеству менеджмента. В медицине, как и других отраслях республики, идет планомерное усовершенствование всей системы менеджмента. Реализуются программы и проекты, в которых принимает активное участие и наш Областной медицинский центр.

ГКП на ПХВ Областной медицинский центр Управления здравоохранения Кызылординской области (далее ОМЦ) - это единственное в области многопрофильное медицинское предприятие, обеспечивающее оказание своевременной и качественной специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи жителям областного центра и отдаленных населенных пунктов (среднегодовая численность населения области 720,0 тысяч

человек). С 21 декабря 2009 года центр является государственным коммунальным предприятием на праве хозяйственного ведения.

Наша Миссия: оказание медицинской помощи самого высокого качества населению Кызылординской области.

Центр введен в эксплуатацию в 1998 году. Коечная мощность в настоящее время составляет 780 коек, в том числе 705 коек выполняющих государственный заказ (280 коек хирургического профиля, 265 коек терапевтического профиля, 160 коек перинатального центра) и 75 хозрасчетных коек, оказывающих платные медицинские услуги (три отделения платной терапии по 25 коек и отделение платной хирургии на 25 коек).

Государственная лицензия №0008101 от 24 декабря 2009 года выдана ГУ «Управлением здравоохранения Кызылординской области» по 63 специальностям медицинской и врачебной деятельности.

Ежегодно в ОМЦ обращаются более 45000 пациентов, из которых свыше 26000 получают круглосуточную

специализированную и высокоспециализированную медицинскую помощь.

В учреждении работают на начало 2013 года 1473 сотрудников, в том числе 1 доктор медицинских наук, 3 кандидата медицинских наук, 19 отличников здравоохранения.

Основные виды оказываемых медицинских услуг:

1. Круглосуточная специализированная стационарная медицинская помощь детскому и взрослому населению области;

2. Высокоспециализированная медицинская помощь детскому и взрослому населению области;

3. Экстренная и плановая консультативная медицинская помощь (санитарная авиация, наземный транспорт, передвижной медицинский комплекс);

4. Патологоанатомическая служба области.

Лечение пациентов проводится в 30 специализированных отделениях и центрах: кардиологический центр, нейроинсультный центр, перинатальный центр, хирургические отделения, терапевтические отделения, отделения реабилитации, восстановительной медицины и отделения анестезиологии и реанимации. В ОМЦ функционирует 37 параклинических и вспомогательных отделений.

С 01.05.2013 г. Перинатальный Центр выделяется в отдельную структуру с дальнейшей передислокацией. Поэтому ближайшими направлениями развития ОМЦ являются подготовка и выполнения ряда мер для международной аккредитации и развитие приоритетных направлений больницы для сохранения ее мощности после отделения Перинатального центра.

Для лучшего удовлетворения спроса населения и в пределах государственного заказа на медицинские услуги и сохранения экономической стабильности предприятия ОМЦ гибко варьирует структуру для достижения оптимального соотношения. Так, путем внутреннего репрофилирования в 2011 году был открыт Кардиоцентр, в 2012 году Нейроинсультный центр; в 2013 году в связи с увеличением спроса населения открыто еще одно хозрасчетное отделение.

В 2012 году при ОМЦ открыт Центр мужского здоровья и семейного долголетия, в котором оказывается плановая помощь мужскому населению Кызылординской области.

В настоящее время по рекомендациям Европейской ассоциации кардиоторакальных хирургов должно выполняться 1000 операций на открытом сердце на 1000000 человек

населения, т.е. в нашей области должно выполняться 700 кардиохирургических операций.

В перспективе развития Кардиоцентра планируется:

В 2014 году - увеличение количества операций методикой «Off-Pump» на работающем сердце при ишемической болезни сердца;

- увеличение количества ВСМП: аортокоронарное шунтирование и коррекции врожденных пороков сердца;

- увеличить количества операций на сонных артериях;

- увеличить количества имплантации электростимуляторов;

- 2015 год - освоение кардиохирургических операций у новорожденных с критическими врожденными пороками сердца;

- увеличить реконструктивных операции на периферических сосудах (ниже щели коленного сустава);

- проводить имплантацию трехкамерного электрокардиостимулятора;

- на основании выше указанного мероприятия мы ожидаем снижения летальности от болезней системы кровообращения;

- уменьшения случаев инвалидизации трудоспособного населения;

- увеличения продолжительности жизни населения Кызылординской области.

Заболеваемость населения в Казахстане от болезней системы кровообращения за последние 10 лет выросла в 1,7 раза, в частности инсульта, которые в структуре общей заболеваемости нервными болезнями составляет 52%, из них 29% трудоспособного возраста. Актуальная проблема инсульта, занимающая второе место в структуре смертности и первое по инвалидизации. Среди умерших, доля цереброваскулярных заболеваний составила 26%, из них 47,3% лица трудоспособного возраста (из постановления Правительства РК от 13.02.2007 г. «Об утверждении программы развития кардиологической и кардиохирургической помощи в РК на 2007-2009 гг.»). Частота инвалидизации от болезней системы кровообращения в РК составила 104,6 случаев на 100 тысяч населения.

Население Кызылординской области составляет 713 тыс. и согласно приказу МЗ РК №382 от 09.06.2011г., где по приказу из рекомендуемого расчета 30 коек на 250 тысяч населения с учетом географической доступности в период «терапевтического окна» и при условии наличия в нем

круглосуточно функционирующих отделений.

В перспективе на 2014 год:

- открытие второго инсульта отделения на 30 коек;
- нейрореанимационного отделения на 6 коек и приемного покоя для инсультных больных;
- внедрение операций каротидной эндоартерэктомии при инсультах;
- увеличение количества системного тромболизиса при инсульте в течение «терапевтического окна»;
- дренирование желудочков мозга с дальнейшей установкой внутрижелудочкового датчика с суточным мониторингом;
- в 2015 год – Создание «Школы инсульта» для родственников больных, перенесших инсульт;
- установка паренхиматозного датчика для суточного мониторинга внутричерепного давления в нейрореанимационном отделении;
- проведение тромбоэкскации стен-том солитер при ишемическом инсульте в течении «терапевтического окна до 6 часов» эндоваскулярным методом;
- применение ботулотоксической сыворотки при инсультах.

В стратегии развития ОМЦ также рассматриваются вопросы развития ВСМП по нейрохирургии, урологии, травматологии, хирургии и офтальмологии.

Учитывая то, что по отчетным данным проведения скрининга на глаукому лиц старше 40 лет, число выявленных больных с глаукомой ежегодно увеличивается. Если в 2011 году оно составило 184 случаев, а в 2012 году - 296 случаев, прооперированных с катарактой 2011 году - 658, 2012 году - 948 больных, в области нет службы амбулаторной офтальмологии, неотложной офтальмологической помощи, поэтому на 2014 год планируется открытие офтальмологического центра на 80 коек, открытие центра амбулаторной глазной хирургии.

На 2015 год – открытие глаукомного кабинета на базе офтальмологического центра, внедрение в области витреоретинальной хирургии на базе глазного отделения ОМЦ, которая поможет решить многие проблемы этой службы.

По области также прослеживается рост эндокринной заболеваемости и увеличения количества больных с впервые выявленным сахарным диабетом, среди всей эндокринологической патологии сахарный диабет занимает около 90-95%.

ОМЦ в 2010 году зарегистрировано – 4545 больных, в 2012 - 5023 больных. Актуальность проблемы – это недостаточный коечный фонд. На всю область всего 30 специализированных эндокринологических коек.

В стратегическом развитии эндокринологической службы планируем в 2014 году расширение эндокринологических коек до 40 коек. На 2015 год – создание кабинета «диабетическая стопа», проведение ангиографии сосудов нижних конечностей с нарушением периферического кровообращения.

Для усиления экстренной и плановой медицинской помощи сельскому населению при травматизме на дорогах, своевременности оказания экстренной специализированной помощи жителям отдаленных сел и районов по отдельным видам и группам заболеваний, в ОМЦ запланировано формирование специализированных неврологических, кардиологических, акушерско-гинекологических, травматологических, хирургических, нейрохирургических и педиатрических бригад.

Достижения коллектива ОМЦ не остаются без внимания. В 2012 году мы приняли участие в Проекте Министерства здравоохранения Республики Казахстан «Сегодня лучший – ты, завтра – все», целью которого являлось повышение эффективности управления организациями здравоохранения путем обучения и распространения передового опыта по внедрению современного менеджмента.

Среди 117 медицинских организаций – участников проекта, оцениваемых по степени приближенности к «эталону», приверженности руководителей организаций к прогрессивным изменениям, состоянию материально-технической базы и уровню оказания медицинской помощи ОМЦ был признан одним из лучших, что явилось предпосылкой для включения ОМЦ в список 5 пилотных медицинских организаций для внедрения международных стандартов. Неоднократно специалисты ОМЦ признавались лучшими в профессии.

X Международный экономический форум «Антикризисное управление предприятием 2013-2015. Модели, прогнозы, рекомендации», прошедший в Астане в сентябре 2013 года, по итогам проведенного общегосударственного рейтинга предприятий Республики Казахстан, России и Украины по данным официальной статистики удостоил ГКП на ПХВ Областной медицинский центр УЗ КО Национальным

Сертификатом ЛИДЕР Казахстана 2013.

ОМЦ заняло 1 место в Кызылординской области и 10-е место в Республике Казахстан по сумме мест в трех номинациях «Показатели активов и обязательств», «Показатели прибыльности», «Показатели ликвидности» (рентабельность оборотных средств, обязательств предприятия и их эффективное использование, отсутствие обязательств и исполнение своих договорных обязательств, отличный мене-

джмент руководства).

Внедрение новейших технологий и непрерывное повышение квалификации кадров являются основой успехов ОМЦ. В нынешнее время мало просто делать хорошо свою работу сейчас, надо быть в готовности к завтрашним изменениям. Огромный центр не может перестроить свою работу за короткое время, без грамотного стратегического планирования не возможны качественные изменения.

МЕДИЦИНА ҚЫЗМЕТІНІҢ САПАСЫН БАСҚАРУ /
УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ**Космаганбетов Е.***Руководитель ДККМФД по Мангистауской области*АККРЕДИТАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ
ОРГАНИЗАЦИЙ – КАК ГАРАНТ КАЧЕСТВА
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ
ОРГАНИЗАЦИЯМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Аталуы: Медицина ұйымдарды аккредиттеу – Қазақстан Республикасындағы денсаулық сақтау ұйымдары көрсететін медициналық көмек сапасының кепілі.

Авторлары: Қосмаганбетов Е., Маңғыстау облысы бойынша МФҚБҚД басшысы

Түйіндемесі: Медициналық көмектің сапасын ұдайы арттыру отыру денсаулық сақтау саласындағы мемлекеттік саясат қағидаларының бірі болып табылады. ISQua Халықаралық денсаулық сақтау қауымдастығының мәлімдемесіне сәйкес, аккредиттеу – бұл ұсынылатын қызметтің жоғары деңгейін мойындау үдерісі. Қазақстан Республикасында (ҚР) денсаулық сақтау ұйымдарын аккредиттеу процедураларын ендіру жөніндегі алғашқы кадамдар ҚР денсаулық сақтау саласын реформалау және дамытудың 2005-2010 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасы және Дүниежүзілік банк Жобасы (2008-2013 жж.) шеңберінде жасалды. Денсаулық сақтау саласындағы аккредиттеу үрдісінің мақсаты – көрсетілетін медициналық қызметтің тиімділігін тұрақты түрде көтеру.

Title: Accreditation of health organizations - as the guarantor of the quality of medical care provided by healthcare organizations in the Republic of Kazakhstan

Authors: Kosmaganbetov E., Head of DKKMFD in Mangistau region

Abstract: Continuous improvement of medical care quality is one of the principles of state policy in the field of health care. According to the International Association of Health care ISQua, accreditation is a process of recognition of the high level of services provided. The first steps in the Republic of Kazakhstan (RK) at implementing accreditation procedures for health care organizations have been made within realization of the State Program for Health care Reform and Development for 2005-2010 years and World Bank Project (2008-2013). The purpose of accreditation in the field of health care is the constant improvement of the efficiency provided by medical services.

Постоянное повышение качества медицинской помощи является одним из принципов государственной политики в области здравоохранения (статья 4 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения»). В соответствии со стандартами ISO 9000:2008 г. качество определяется как степень соответствия присущих продукции характеристик потребностям или ожиданиям, которые установлены, предполагаются или являются обязательными, а стандарт качества определяется как «совокупность характеристик объекта, относящихся к его способности удовлетворять потребность».

Государственное регулирование в области здравоохранения осуществляется путем проведения:

- государственного контроля за ме-

дицинской, фармацевтической деятельностью и государственного санитарно-эпидемиологического надзора;

- лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности;

- аккредитации в области здравоохранения;

- аттестации в области здравоохранения;

- государственной регистрации, перерегистрации и внесения изменений в регистрационное досье лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, отдельных видов продукции и веществ, оказывающих вредное воздействие на здоровье человека;

- подтверждения соответствия товаров (работ, услуг) в области здравоохранения требованиям, установленным техническими

регламентами, нормативными документами по стандартизации и условиями договоров;

- государственного регулирования цен на лекарственные средства и медицинские услуги, оказываемые государственными организациями здравоохранения.

Согласно Международной Ассоциации Здравоохранения ISQua аккредитация - это процесс признания высокого уровня предоставляемых услуг. Оценка производится на основании стандартов, установленных для медицинских учреждений специалистами в области здравоохранения.

Статья 14 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» регламентирует вопросы аккредитации в области здравоохранения:

1. Аккредитации в области здравоохранения подлежат субъекты здравоохранения и субъекты в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники в целях признания соответствия оказываемых медицинских и фармацевтических услуг установленным требованиям и стандартам в области здравоохранения. Физические лица подлежат аккредитации для проведения независимой экспертной оценки деятельности субъектов здравоохранения;

2. Аккредитация носит добровольный характер и осуществляется за счет средств аккредитуемого субъекта и иных незапрещенных средств;

3. Аккредитация субъектов здравоохранения проводится на основе внешней комплексной оценки на соответствие их деятельности установленным стандартам аккредитации, утверждаемым уполномоченным органом, и учитывается при размещении государственного заказа;

4. Аккредитация физических лиц для проведения независимой экспертизы деятельности субъектов здравоохранения проводится на основе комплексной оценки их квалификации. Порядок привлечения независимых экспертов устанавливается уполномоченным органом;

5. Аккредитация проводится уполномоченным органом либо организацией, аккредитованной уполномоченным органом;

6. Орган (организация), осуществляющий (осуществляющая) аккредитацию субъектов здравоохранения, создает соответствующие комиссии по аккредитации и формирует банк данных аккредитованных субъектов и независимых экспертов в области здравоохранения. Положение о

комиссии по аккредитации утверждается уполномоченным органом.

Первые шаги в Республике Казахстан (РК) по внедрению процедуры аккредитации организаций здравоохранения были сделаны в рамках реализации Государственной программы реформирования и развития здравоохранения РК на 2005-2010 гг. и Проекта Всемирного Банка «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан» (2008-2013 гг.). В 2009 году были разработаны национальные стандарты аккредитации медицинских организаций, оказывающих стационарную, амбулаторно-поликлиническую и скорую медицинскую помощь. Во втором полугодии 2009 года впервые в Республике Казахстан прошла процедура аккредитации организаций здравоохранения. Результаты первой национальной аккредитации организаций здравоохранения РК: аккредитованы сроком на 1 год - 1328 медицинских организаций, сроком на 2 года - 277, сроком на три года - 8, сроком на 4 года - 262 организации здравоохранения. Вместе с тем, экспертную оценку не прошли более 40 медицинских организаций.

В соответствии с Посланием Главы государства Н.А. Назарбаева от 14.12.2012 г. была проделана существенная работа по поэтапному внедрению международных стандартов в систему здравоохранения, в связи, с чем национальные стандарты аккредитации были усовершенствованы путем дополнения международных норм по обеспечению безопасности и качества медицинских услуг.

Мероприятия по обновлению национальных стандартов аккредитации медицинских организаций, инициированные в 2011 году, осуществлялись в рамках партнерского взаимодействия Министерства здравоохранения Республики Казахстан, Комитета контроля качества медицинской и фармацевтической деятельности, Центра аккредитации РГП «Республиканский центр развития здравоохранения» и консалтинговой компании CSIH (Canadian Society for International Health).

Обновленные стандарты аккредитации медицинских организаций, оказывающих стационарную, амбулаторно-поликлиническую, скорую медицинскую помощь, были утверждены приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 октября 2012 года № 676 «Об утверждении стандартов аккредитации для субъектов здравоохранения».

Важно отметить, что национальное

законодательство РК по аккредитации в области здравоохранения гармонизировано с международными требованиями: Исполнительным Комитетом Международного сообщества по качеству в здравоохранении (ISQua) в 2012 году казахстанские стандарты аккредитации стационаров были признаны соответствующими международным принципам безопасности и качества в здравоохранении.

В феврале 2013г. получили международное признание казахстанские стандарты аккредитации организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь.

Усовершенствованные стандарты аккредитации медицинских организаций РК основываются на требованиях нормативно - правовых документах Республики Казахстан. Отдельные стандарты по аккредитации в области здравоохранения с учетом рекомендаций Всемирной организации здравоохранения, Международного общества по качеству в здравоохранении. Миссия всех стандартов в области здравоохранения – защита прав потребителя (пациента).

Цель аккредитации в области здравоохранения – постоянное повышение эффективности оказываемых медицинских услуг. Основными направлениями оценки деятельности организации здравоохранения РК при проведении процедуры аккредитации являются:

1. качество управления медицинской помощью;
2. эффективность системы управления человеческими ресурсами;
3. результаты оказания медицинских услуг;
4. безопасность пациента;
5. постоянное повышение квалификации персонала;
6. уровень оснащенности организации здравоохранения медицинской техникой и лекарственными средствами;
7. соблюдение нормативных требований и правил, регламентирующих деятельность медицинских организаций;
8. эффективность работы службы внутреннего аудита.

Для проведения аккредитации организаций здравоохранения силами Министерства здравоохранения РК, Республиканского центра развития здравоохранения проводилась планомерная работа по подготовке инспекторов по аккредитации в области здравоохранения, создан банк данных об аккредитованных независимых экспертах в

области здравоохранения. В 2012 году было обучено 740 специалистов практического здравоохранения, в т.ч. 160 инспекторов и 580 координаторов качества по аккредитации (пресс-служба Минздрава РК). Цель обучения – усиление институциональной основы системы аккредитации в здравоохранении Республики Казахстан

Согласно приказу Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 4 сентября 2013г. №503 в РК созданы региональные экспертные группы из числа обученных специалистов практического здравоохранения для проведения внешней комплексной оценки организаций здравоохранения на предмет соответствия стандартам аккредитации.

В данные региональные группы также вошли руководители региональных департаментов Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности МЗ РК, назначенные региональными координаторами.

В соответствии с данным приказом, региональные координаторы и экспертные группы проводят перекрестные оценки по областным центрам РК с целью объективной и реальной оценки медицинских организаций на соответствие усовершенствованным стандартам аккредитации.

Результаты проведенной внешней оценки каждой медицинской организации заносятся в специально разработанную и опробованную ранее экспертами электронную программу по строго установленному графику, с целью исключению человеческого фактора.

При размещении государственного заказа в рамках оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи аккредитованным организациям здравоохранения отдается предпочтение. В соответствии с национальным законодательством, частные организации здравоохранения, желающие пройти аккредитацию, имеют право подать заявку в Аккредитующий орган. Однако, прежде им необходимо обучить специалистов своей организации требованиям, предъявляемым стандартами аккредитации, провести подготовительную работу к аккредитации.

Одномоментно во всех регионах РК начата процедура внешней оценки организаций здравоохранения. В Мангистауской области в настоящее время работают две экспертные группы из Западно-Казахстанской области, координатором является руководитель ДККМФД из Атырауской области Газизов Байтолла Закарьяевич.

Аккредитацию проходят восемь медицинских организаций Мангистауской области: ГККП «Каракиянская центральная районная больница», «Мангистауская центральная районная больница», «Тупкараганская центральная районная больница», «Бейнеуская центральная районная больница», «Мунайлинская центральная районная больница», «Жетыбайская районная больница», «Актауская детская

поликлиника» и «Жанаозенская городская детская поликлиника». Аккредитация началась 16 сентября и продлится до 11 октября 2013г.

По завершению проведения внешней экспертизы организаций здравоохранения всех регионов РК, полученные данные будут занесены в программу и компетентная комиссия МЗ РК примет объективное решение по результатам аккредитации каждой медицинской организации.

Кулхан Т.Т.

РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения», Астана

ОПТИМИЗАЦИЯ И ПОВЫШЕНИЕ ПРИКЛАДНОГО ПОТЕНЦИАЛА ОЦЕНКИ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В КАЗАХСТАНЕ

Аталуы: Казакстанда медициналық технологияларды бағалаудың қолданбалы мүмкіндіктерін жоғарылату және онтайландыру

Авторлары: Т.Т. Құлхан, Республикалық денсаулық сақтауды дамыту орталығы, Астана

Түйіндемесі: Медициналық қызмет көрсету жүйесі дәрігерлік көмекпен қатар, денсаулық сақтау жүйесіндегі басқа да мамандар мен мекемелердің қызметін қосатындықтан, Қазакстан Республикасында медициналық технологияларды таратуды берілген жұмыста соңғы тәжірибелік мақсаты – тұрғындардың денсаулығын жақсартуға жету үшін толығымен денсаулық сақтау жүйесінің тиімділігін жоғарылату үшін қолданылатын ұқсас ұсынылған құрал жабдықтар арқылы күшейтуге болады.

МТБ (Медициналық технологияларды бағалау) қысқа мерзімде жүргізілуі мүмкін және қажет болған жағдайда шешім қабылдау үшін негіздеме ұсынады. Сондықтан оны жергілікті немесе өңірлік бюджеттерге оңай бейімдеуге және нақты денсаулық сақтау ұйымдарында стратегиялық жоспарлауға байланыстыруға болады. Көптеген ауруханаларда медициналық технологияның тиісті бейіні үшін жауап беретін консультант әдетте осы мәселені МТБ форматында қарастыруды ұсынады.

Кейбір жағдайларда, қажет болса үдеріске өтінім беруші-ұйымның кітапханашысы және/немесе экономисті жұмылдырылуы мүмкін. МТБ икемді және диамикалық құрал ретінде қарастыру қажет. Түпкілікті құжат, оны ҚР ДСМ Сараптамалық кеңесінде қарастырылуы аяқталғаннан кейін, одан әрі дамуы және жергілікте немесе өңірлік жағдайларға бейімделуі мүмкін, сондай-ақ медициналық қызметкерлер мен денсаулық сақтау саясаты саласында шешім қабылдайтын тұлғалар арасындағы тығыз диалог үшін кең мүмкіндіктерді ұсынумен шешім қабылдайтын тұлғалардың ағымдағы қажеттілігі үшін пайдаланылуы мүмкін.

Title: Streamlining and improving the capacity of applied health technology assessment in Kazakhstan

Authors: Kulkhan T.T., Republican Healthcare Development Centre, Astana c.

Abstract: Since the health care system includes not only the medical care, but also the work of other professionals and institutions, playing role only as a part of the health system, the spread of medical technologies in the Republic of Kazakhstan can be intensified, by including tools, like the ones that proposed in this paper are used to improve the efficiency health system as a whole, to achieve the ultimate practical purpose - improving the health of the population.

HTA can be performed in a short time and provides a framework for decision-making at a time when it is needed. So it is easy to adapt to local or regional budgets and link to strategic planning for specific health organizations. In many hospitals, generally, a consultant responsible for given medical technology profile, initiate consideration of the matter in a HTA.

In some cases where it is necessary, the process may involve a librarian and / or economics of the applicant organization. HTA should be viewed as a flexible and dynamic tool. The final document, after its finalization in the Expert Council of the MoH, can be further developed and adapted to local or regional conditions, as well as being used for the current needs of the decision makers, thus offering opportunities for closer dialogue between health professionals and decision-makers in the field of health policy.

Введение

В настоящее время стремительное развитие медицинской науки влечет за собой совершенствование старых и появление концептуально новых подходов

не только в лечении и профилактике заболеваний, но и в их диагностике и последующей реабилитации, что диктует иные правила и динамику принятия решений в системе здра-

воохранения.

Распространение новых медицинских технологий по Республике Казахстан можно интенсифицировать, включив в процесс принятия решений в здравоохранении такие инструменты, как оценка медицинских технологий (далее – ОМТ), применяемые с целью повышения эффективности системы здравоохранения, и для достижения конечной практической цели – улучшение здоровья населения. ОМТ – это междисциплинарный анализ медико-экономических, социальных, этических аспектов медицинской технологии для принятия научно-обоснованного решения о ее применении в клинической практике.

В истории медицины и здравоохранения известно много примеров технологий, которые не дали ожидаемой пользы. Однако технологии, эффективность которых доказана, и они связаны с весомыми улучшениями здоровья, всегда представляют собой сложную для здравоохранения задачу, поскольку их применение может потребовать дополнительных ресурсов (и не только в финансовом смысле) или перераспределения имеющихся средств в системе здравоохранения. Таким образом, нужна уверенность, что они должным образом оцениваются и эффективно применяются. Для достижения наилучшего медицинского обслуживания в рамках имеющихся ресурсов следует поддерживать внедрение наиболее эффективных технологий, принимая во внимание организационные, социальные и этические вопросы.

Характер политических решений в здравоохранении имеет широкое разнообразие от глобальных, таких как внедрение телемедицины на республиканском уровне, до узкоспециализированных вопросов, как, например, определение в клинических протоколах сроков начала диализа у детей, больных почечной недостаточностью. Благодаря широкому кругу инструментов используемых в ОМТ, политики здравоохранения в виде отчетов ОМТ получают весомое основание и базу для принятия решений.

Материалы и методы исследования

Данная работа основана на проведенном литературном обзоре источников как отечественного здравоохранения, так и зарубежного. Поиск материала осуществлялся в таких ресурсных базах как PubMed, Cochrane, HTAiVortal и ISPOR Database.

Результаты и их обсуждение

В рамках реализации социально-экономической политики в ряде раз-

витых стран существует тенденция поддерживать медицинские технологии, которые представляют собой передовые инновации, эффективность и экономическая целесообразность которых до сих пор не доказана. Всевозрастающие затраты на предоставление медицинских услуг, что само по себе является проблемой для бюджета, сопровождаются внедрением инноваций в секторе охраны здоровья, что неизбежно влечет за собой эскалацию инвестиций в новые и более дорогие технологии.

В зависимости от объема и количества анализируемых аспектов и последствий внедрения медицинских технологий отчеты ОМТ ранжируются как по объему аналитического материала, так и по срокам выполнения оценки, с соответствующим количеством приложенного интеллектуального труда.

В международной практике широкое применение нашло формирование отчетов ОМТ, что помогает своевременно принимать решения в распространении новых медицинских технологий в повседневную клиническую практику. Данный документ представляет собой краткий обзор медицинской технологии по 21 характеристике.

Концепция формирования такого рода отчетов в таких странах как Италия, Испания, Канада и Дания привязана к:

- новым методам лечения и диагностики, значительный положительный эффект которых можно задокументировать;
- утверждению специальных субсидий на национальном и региональном уровнях (на республиканском и областном уровнях, применительно к Казахстану), что включает в себя возмещение затрат по особо дорогим лекарствам или изделиям медицинского назначения.

Важными направлениями повышения уровня человеческого потенциала, как отмечено в Послании Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева народу Казахстана «Стратегия «Казахстан-2050» – новый политический курс состоявшегося государства» от 14 декабря 2012 года, являются внедрение на территории всей страны единых стандартов медицинских услуг, повышение доступности и качества оказания медицинской помощи, продвижение здорового образа жизни.

В стране в настоящее время реализуется Государственная программа «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг., в которой отмечено, что в аспекте повышения качества медицинских услуг внедрение института

ОМТ имеет для отрасли здравоохранения стратегическое значение.

ОМТ создает условия для повышения уровня эффективности и результативности для отдельных организаций здравоохранения (микроэкономический эффект) а также является ключом к повышению эффективности системы в целом (макроэкономический эффект).

По совместной инициативе Правительства Республики Казахстан и Всемирного Банка в рамках стратегического партнерства в стране проводится реализация проекта «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан» (далее – Проект). В 2012 году Центр развития служб здравоохранения и стандартизации медицинской помощи, созданный на базе Республиканского центра развития здравоохранения (далее - ЦРСЗиСМП) были обучены 150 специалистов из высших медицинских учебных заведений, научно-исследовательских центров, научных центров Республики с целью формирования базы экспертов по ОМТ и привлечения их для проведения ОМТ. Кроме того, до 2015 года планируется совершенствовать потенциал экспертов по ОМТ путем обучения на тематических тренингах с привлечением опытных международных специалистов по вопросам ОМТ. Планируется обучение организаторов здравоохранения (менеджеров) разного уровня принятию решений, основанных на результатах ОМТ. Представленные на международных конференциях, посвященных ОМТ в Бильбао, (Испания) и Сеуле, (Корея) результаты проведенных ОМТ в Казахстане получили высокую оценку по проделанной работе.

Для разработки и совершенствования методологии ОМТ в Республике Казахстан ЦРСЗиСМП в рамках Проекта проводит научные исследования в области совершенствования методологии ОМТ.

В условиях казахстанского здравоохранения отчеты ОМТ возможно формировать на уровне региональных центров ОМТ медицинских организаций, непосредственно задействованных в оказании данной медицинской услуги.

Процесс оценки медицинских техно-

логий – это деятельность, включающая сбор, критический анализ, обобщение данных о медицинской технологии и формирование отчета для лиц, принимающих решение о ее применении в клинической практике. Отчет ОМТ рецензируется и окончательная версия предоставляется уполномоченному органу для принятия решения.

Инициаторами проведения ОМТ могут быть как лица, принимающие решения, так и заинтересованная в применении технологии общественность – врачи, пациенты, производители и пациент-ориентированные организации. Региональным центром ОМТ (за рубежом – это целое агентство ОМТ) формируется мультидисциплинарная команда, состоящая из специалистов-методологов ОМТ, специалистов по системному поиску информации (IT-библиотекарей), фармакологов, экономистов, клинических консультантов-врачей, специалистов этического комитета и других специалистов, необходимых для оценки.

Инициатор ОМТ совместно с исследователем (специалистами ОМТ) четко формулирует вопрос для лучшего понимания проблемы и поиска информации для ее решения, а также определяет тип доказательств, которые понадобятся для ответа на поставленный вопрос. В результате тщательной формулировки вопроса исследователь получает термины, позволяющие сделать поиск более эффективным. Это повышает вероятность нахождения нужных доказательств, применительно оцениваемой медицинской технологии.

В процессе работы над протоколом ОМТ медицинская технология подвергается всестороннему анализу как самими клиницистами, так и топ-менеджментом клиники. После чего документ представляется на рассмотрение отдела ОМТ ЦРСЗ и СМП. И, в заключение, заявка рассматривается уполномоченным органом, которому ОМТ предоставляется в виде унифицированной формы, как основа для принятия решения.

В случае одобрения Министерством здравоохранения РК расходы и мероприятия по внедрению медицинской технологии включаются в бюджет организации на следующий год, что обеспечивает ОМТ тесной связью с бюджетированием.



Рисунок 1 – Схема процесса ОМТ в Казахстане

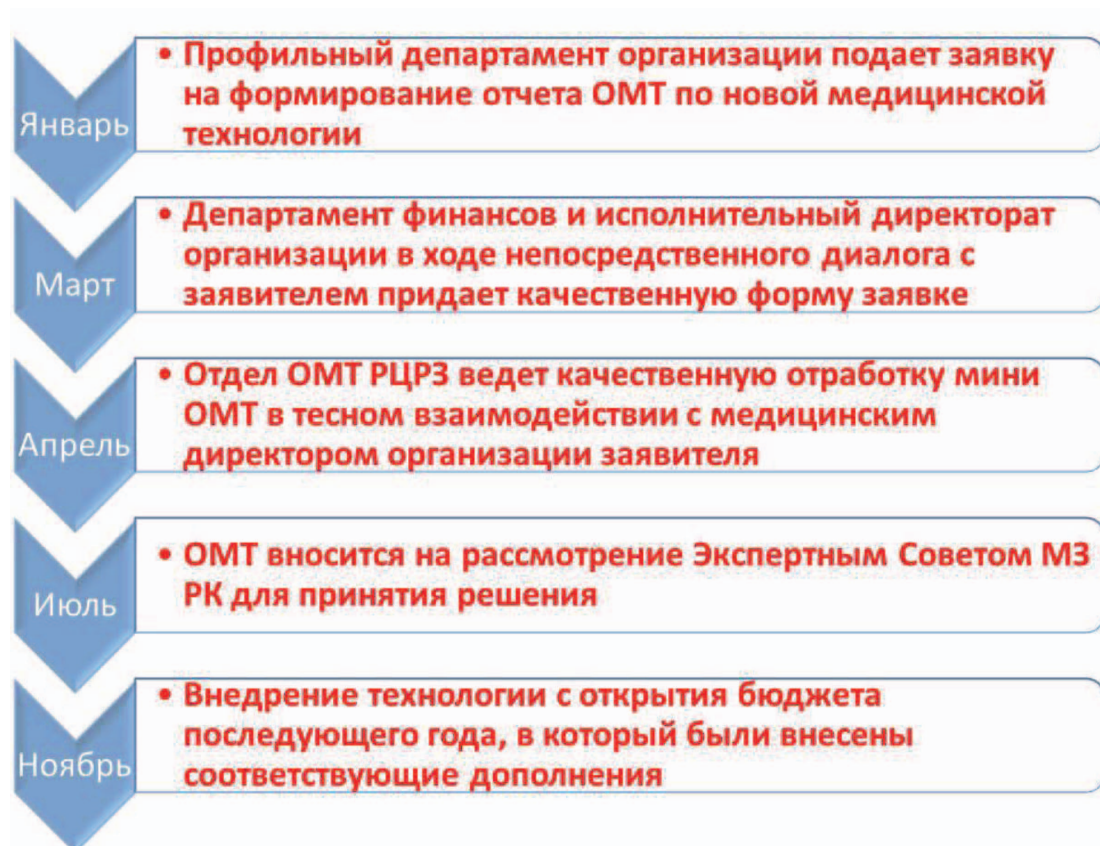


Рисунок 2 – Временные рамки ОМТ

Заклучение

В силу того, что большинство медицинских технологий для внедрения требуют дополнительные финансовые расходы, отчет ОМТ формируется в привязке к ежегодному финансовому планированию медицинских организаций в стране. Необходимо заблаговременно внести новые расходные статьи в бюджет последующего года для того, чтобы медицинская технология была реализована в медицинской организации. Учет данного аспекта исключительно важен в условиях Казахстана, со специфическими особенностями имеющего место полного хозяйственного ведения медицинских организаций. Данный вид хозяйствования предполагает определенную степень автономности в распределении финансовых средств на улучшение материально-технической базы, повышение кадрового потенциала и расширение спектра оказываемых услуг.

Результатом уже проведенного в Казахстане анализа в рамках отчетов ОМТ является доказательство достоверной клинической эффективности и экономической выгоды использования унилатеральной кохлеарной имплантации при глухоте у детей. А также доказано, что коронарные стенты без

лекарств также эффективны как стенты с лекарственным покрытием в лечении больных ишемической болезнью сердца.

Процесс принятия решения на основе ОМТ обеспечивает более фокусированное внимание Министерства здравоохранения на четком, своевременном и прозрачном подходе к решению вопроса по определенным медицинским технологиям, их бюджетированию и реализации на практике.

Внедрение практики принятия политических решений в области здравоохранения на основе отчетов ОМТ позволяет усилить прикладное значение проводимой работы по распространению доказательной медицины в клиническую практику и оптимизировать конструктивный диалог между представителями клиники, медицинской науки и Министерством здравоохранения.

Колоссальное значение имеет вовлечение широкой общественности республики к процессу ОМТ, так как в мире врачи, пациент-ориентированное общество и сами пациенты давно и активно участвуют в этом процессе, потому что конечным результатом ОМТ является принятие решений, которые будут влиять на систему здравоохранения, а значит и на здоровье населения.

Источники:

1. Послание Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева народу Казахстана «Стратегия «Казахстан-2050» – новый политический курс состоявшегося государства» от 14 декабря 2012 года.
2. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.
3. Drummond M, McGuire A. Economic evaluation in health care. Merging theory with practice. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2011.
4. Drummond MF, O'Brien BJ, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the economic evaluation of health care programmes. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2011.
5. Gold MR, Siegel JE, Russel LB, Weinstein MC. Cost-effectiveness in health and medicine. New York: Oxford University Press; 2008.
6. Murray CJ, Evans DB, Acharya A, Baltussen RM. Development of WHO guidelines on generalized cost-effectiveness analysis. Health Econ 2009;9(3):235–251.
7. Hutubessy RC, Bendib LM, Evans DB. Critical issues in the economic evaluation of interventions against communicable diseases. Acta Trop 2001; 78(3): 191–206.
8. Evans DB, Tandon A, Murray CJ, Lauer JA. Comparative efficiency of national health systems: cross national econometric analysis. BMJ 2011; 323(7308):307–310.
9. Tengs TO. Dying Too Soon: How Cost-Effectiveness Analysis Can Save Lives. Dallas, US: National Center for Policy Analysis; 2007. NCPA Policy Report.
10. Murray CJL, DeJonghe E, Chum HJ, Nyangulu DS, Salomao A, Styblo K. Cost-effectiveness of chemotherapy for pulmonary tuberculosis in three sub-Saharan African countries. Lancet 2001; 338(8778):1305–1308.
11. Drummond M, Torrance G, Mason J. Cost-effectiveness league tables: more harm than good? Soc Sci Med 2003; 37(1):33–40.
12. Birch S, Gafni A. Cost-effectiveness ratios: in a league of their own. Health Policy 2004; 28(2):133–141.
13. Mason J, Drummond M, Torrance G. Some guidelines on the use of cost-effectiveness league tables. BMJ 2011; 306(6877):570–572.
14. Pinkerton SD, Johnson-Masotti AP, Holtgrave DR, Farnham PG. Using cost-effectiveness league tables to compare interventions to prevent sexual transmission of HIV. AIDS 2011; 15(7):917–928.
15. Blumstein JF. The Oregon experiment: the role of cost-benefit analysis in the allocation of Medicaid funds. Soc Sci Med 2007; 45(4):545–554.
16. Tengs TO, Adams ME, Pliskin JS, Safran DG, Siegel JE, Weinstein MC et al. Five-hundred life-saving interventions and their cost-effectiveness. Risk Anal 2005; 15(3):369–390.
17. Jamison DT, Mosley WH, Measham AR, Bobadilla JL. Disease Control Priorities in Developing Countries. New York: Oxford University Press; 2003.
18. World Bank. World development report 2013: Investing in health. New York: Oxford University Press. 2013.
19. Tengs TO. Enormous variation in the cost-effectiveness of prevention: implications for public policy. Current Issues in Public Health 2006; 2:13–17.
20. Jefferson T, Demicheli V. Quality of economic evaluations in health care. British Medical Journal 2012; 324(7333):313–314.
21. Walker D, Fox-Rushby J. Economic evaluation of parasitic diseases: a critique of the internal and external validity of published studies. Tropical Medicine & International Health 2009; 5(4):237–249.
22. Walker D. Cost and cost-effectiveness guidelines: which ones to use? Health Policy Plan 2011; 16(1):113–121.

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘЛІМЕТІН БАСҚАРУ /
УПРАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИЕЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**Павловец Л.П.**

Главный врач ГДБ№1

Чекушина Т.Д.

Заместитель главного врача по организационно-методической работе ГДБ№1.

ВОПРОСЫ ЕНСЗ В ГОРОДСКОЙ ДЕТСКОЙ
БОЛЬНИЦЕ №1 г. АСТАНА**Аталуы:** Астана қаласы №1 балалар ауруханасындағы ҰБДСЖ мәселелері.**Авторлары:** Л.П. Павловец, Астана қаласы №1 балалар ауруханасының бас дәрігері; Т.Д.Чекушина, бас дәрігердің ӘУЖ орынбасары**Түйіндеме:** 2010 жылдың 1 қаңтарынан бастап Ұлттық Бірыңғай денсаулық сақтау жүйесі аясында стационарлық және күндізгі стационарлық медициналық көмек көрсетуде. ҰБДСЖ өзінің ауқаттылығын дәлелдеді, енгізу кезеңдерінен және қалыптасудан ойдағыдай өтті. ҰБДСЖ-нің барлық ұстанымдары өткізілген: медициналық ұйымындағы таңдау құқығы қол жетерлік; айқындылығы; қортынды шешімді бағдарлау; медициналық ұйымдастырудың арасындағы бәсекелестікті тудыру.**Title:** Questions of Common National System of Health in City children's hospital No. 1 of Astana city.**Authors:** Pavlovec L.P., is chief physician; Chekushina T. D., is a deputy chief physician on organizational and methodical work, City children's hospital No1.**Abstract:** Since January 1, 2010 the City children's hospital No. 1 participates in realization of Common National health system through rendering stationary and hospital-replacing medical care in the conditions of a day hospital. Common National System of Health proved the solvency, successfully passed introduction and formation stages. All principles of Common National System of Health are realized: availability with the right of a free choice of the medical organization; transparency; orientation to the end result; creation of the competitive environment between the medical organizations.

Единая национальная система здравоохранения – реформа, направленная на то, чтобы сделать сферу оказания медицинских услуг прозрачной, качественной и конкурентной. Снизить уровень смертности и искоренить коррупцию в медицине – это лишь небольшая часть приоритетов в новой системе.

Уже с 1 января 2010 года Городская детская больница №1 участвует в реализации Единой Национальной системы здравоохранения через оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи в условиях дневного стационара.

Мы смогли путем ежедневного мониторинга и анализа выявить, что за прошедший год снижена занятость койки плановой госпитализации в отделение детской неврологии. Это объясняется тем, что в связи с внедрением ЕНСЗ с января 2010 года, дети начали поступать планово через вновь созданную форму – Бюро госпитализации.

В результате работы обеспечена постоянная преемственность в деятельности стационара и ПМСП. Старшие медицинские сестры отделений передают активы в ПМСП о выписанных больных.

Подводя итоги внедрения Единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ), можно сказать, что внедрение ЕНСЗ позволило реализовать ее основные цели – создание конкурентной среды между медицинскими организациями, установление тарифов по медицинскому обслуживанию населения. В первую очередь, созданы все условия для реализации прав граждан на свободный выбор медицинской организации, независимо от места проживания. Появилась возможность межрегиональной госпитализации и госпитализации в республиканские клиники, тогда как до внедрения ЕНСЗ подобная плановая госпитализация была возможна на платных условиях или по направлению комиссий управления здравоохранения.

Необходимо обратить внимание на

то, что в условиях ЕНСЗ появились первые признаки развития менеджмента. Это самостоятельное и рациональное управление коечным фондом. Так, в 2010 году по больнице проведена перепрофилизация коек на более необходимые для детского населения профили медицинской помощи. Количество наиболее востребованных коек педиатрического профиля было увеличено на 5 коек и составило 85 коек. Количество коек неврологического профиля уменьшили до 35 коек. Кроме того, в 2010 году был открыт дневной стационар на 10 коек для неврологических больных. В результате правильного регулирования коечного фонда появились положительные признаки интенсификации работы койки в виде сокращения средней длительности пребывания больных и увеличения оборота коек, составляя в 2012 году 8,3 и 47,3 соответственно (в прошлом году по аналогичным показателям 8,9 и 45,9 соответственно). В 2012 году в дневном стационаре пролечено 545 детей (в 2011 году - 451).

Стационар дневного пребывания – наиболее прогрессивная форма организации медицинской помощи детям, так как позволяет в течение дня проводить диагностические, лечебные и реабилитационные мероприятия больным, не нуждающимся в круглосуточном наблюдении, что благоприятно отражается на психическом спокойствии ребенка и родителей.

Также известно, что для обеспечения внедрения эффективного менеджмента требуется и автономность поставщика. К концу 2012 года наша больница перешла на ПХВ.

Внедрение метода оплаты медицинских услуг, ориентированного на конечный результат является мощным рычагом для стимулирования развития здравоохранения и для достижения поставленных перед здравоохранением целей. Так, с 2012 года внедрена система оплаты по клинико-затратным группам (далее – КЗГ) для оказания стационарной и стационарозамещающей помощи. В международной практике система КЗГ показывает себя как инструмент финансирования, управления затратами, эффективностью и качеством медицинской помощи в сети стационаров.

С 2012 года в стоимость тарифа оплаты стационарных и стационарозамещающих услуг включены средства для повышения квалификации медицинских специалистов.

В больнице мы так же видим плюсы новых подходов к организации стационарной помощи. Один из важных моментов состоит в том, что меняется психология врача, растут его ответственность и мотивация. Ведь главная цель ЕНСЗ – это повышение качества медицинских услуг. Если качество будет на низком уровне, то в условиях нынешней конкуренции легко потерять пациентов, а значит, и финансирование.

Кадровый состав больницы отмечает значительное улучшение управления стационарными койками. Если раньше при направлении в стационар пациента дата госпитализации была не известна, то на сегодняшний день эта система четко отработана. Сейчас мы заинтересованы в том, чтобы пациенты были удовлетворены качеством оказываемых услуг, и доносили положительные отзывы своим близким и знакомым людям. До внедрения новой системы по-настоящему заинтересован в полной загруженности стационара был только главный врач, сейчас – весь коллектив. Ведь если койка не выполняет нагрузки, ее могут сократить. А увеличение числа госпитализируемых по показаниям пациентов и их качественное лечение ведет как к увеличению финансирования медицинского учреждения в целом, так и на объем выплат специалисту.

На сегодняшний день очередности на плановую госпитализацию не существует. В рамках информационного обеспечения реализации Единой национальной системы здравоохранения функционирует портал «Бюро госпитализации». За 2012 год через портал госпитализировано 879 пациентов. Все больные дети, заявленные в портале, госпитализируются в течение двух-трех дней. В целях информационно-технического сопровождения процесса возмещения затрат продолжает функционировать портал «Электронный регистр стационарных больных».

ЕНСЗ доказала свою состоятельность, успешно прошла этапы внедрения и становления. Так, реализованы все принципы ЕНСЗ:

- доступность с правом свободного выбора медицинской организации;
- с 2012 году воспользовались правом свободного выбора и получили лечение 257 жителей других регионов. Рост стационарозамещающих технологий в 1,2 раза. Интенсификация лечебно-диагностического процесса (средняя длительность пребывания больного в стационаре снизи-

лась с 8,9 дней до 8,3 дней, оборот койки увеличился с 45 до 47);

- прозрачность оплаты каждого пролеченного случая, доступность очереди и плановой госпитализации в веб-Портале;

- ориентация на конечный результат.

Стоимость одного пролеченного случая в 2012 году в сравнении с 2011 годом повысилась на 3,6%. Внедрение передовых стационарных технологий по многим заболеваниям, применение эффективных медикаментов и качественных изделий медицинского назначения.

Совершенствование контроля качества оказанных медицинских услуг. Экономическая мотивация персонала стационара согласно результатам качества лечения и удовлетворенности пациента (дифференцированная оплата).

В условиях ЕНСЗ представлена огромная возможность эффективно использовать все свои материально-технические, кадровые, экономические ресурсы для оказания качественной медицинской помощи населению для сохранения и укрепления здоровья нации.

Ахимова А.Д.

Заместитель руководителя ЛИАЦ РГП «РЦРЗ» МЗ РК

РАЗВИТИЕ СЛУЖБЫ ИНФОРМИРОВАНИЯ О ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВАХ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПМСП

Аталуы: МСАК тиімділігін арттыру үшін дәрілік заттар жайлы ақпараттандыру қызметін дамыту

Авторлары: Ахимова А.Д., ҚР ДСМ «ДСДРО» РМК ДАСО басшысының орынбасары

Түйіндеме: Дәрі-дәрмектік ақпараттық-сараптамалық орталықты құрудағы басты мақсат – халыққа, фармацевтерге және медицина қызметкерлеріне дәрілік заттар туралы объективті және дұрыс ақпарат жеткізу. Дәрі-дәрмектік ақпараттық орталықтар халыққа амбулаторлық-емханалық көмек көрсету үрдісіндегі байланыстырушы бола отырып, қоғамғы барлық мүдделі тараптың өзара түсінісуіне және бірлескен іс-қимылын жасауға мүшкіндік беретін біртұтас ақпараттық өріс құруы тиіс.

Title : Development of Drug Information services for efficiency of PHC.

Authors: Ahimova A.D., Deputy Head DIAC RSE «Republic Center of Health Development» MOH RK

Abstract: The main purpose of creation the Drug Information Analysis Center was the need for the reports to the public, pharmacists and medical staff of objective and reliable information about medicines. Drugs Information Centers are designed to provide a link in the provision of outpatient care to people in the community to create a single information field, which will promote mutual understanding and concerted action of all stakeholders.

В соответствии с Государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» Министерством здравоохранения Республики Казахстан совместно с Всемирным Банком реконструкции и развития в рамках проекта «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан» создан Лекарственный информационно-аналитический центр, который функционирует во всех областях республики.

Основной целью создания Лекарственного информационно-аналитического центра явилась необходимость донесения до населения, фармацевтов и медицинских работников объективной и достоверной информации о лекарственных средствах.

В условиях практического отсутствия достоверной информации о лекарственных средствах и активной, порой агрессивной рекламы со стороны некоторых фармацевтических фирм, врачам трудно определить необходимый источник информации для

принятия клинических решений при лечении пациентов, а население не обладает навыками критического восприятия получаемой информации о лекарствах.

Лекарственные информационные центры призваны стать связующим звеном при оказании амбулаторно-поликлинической помощи населению, создать в обществе единое информационное поле, которое будет способствовать взаимопониманию и согласованности действий всех заинтере-

сованных сторон.

Для реализации поставленной цели Лекарственным информационно-аналитическим центром ежегодно проводятся широкомасштабные информационные кампании (рисунок 1), с 2011 года создана единая по Казахстану бесплатная телефонная линия (Call служба). Кроме того, предусмотрена обратная связь с населением на веб сайте Лекарственного центра.



За 2012 год Лекарственным информационно-аналитическим центром в средствах



Рисунок 2 – Работа с населением в медицинских организациях

массовой информации было размещено 584 публикации, проведено более 1375 лекций и презентации для населения на актуальные тематики, направленные на сохранение и улучшение здоровья.

Более 110000 экземпляров лекарственных бюллетеней, буклетов и листовок было распространено среди городского и сельского населения республики (рисунок 2). Специалистами центра было проведено 75 выступлений на радио и телевидении. В прямом эфире совместно с радио «Астана» создана еженедельная передача «Рецепты здоровья», предоставившая возможность населению задать свои вопросы специалистам ЛИАЦ в прямом эфире.

В результате проведенных информационных кампаний для населения уже в прошлом году в Лекарственный информаци-

онно-аналитический центр поступило более 22000 звонков, в основном по вопросам применения лекарственных средств, из которых 2500 - по вопросам обеспечения бесплатными лекарственными препаратами.

Кроме того, для обеспечения обратной связи с населением, Лекарственным информационно-аналитическим центром ежегодно проводится социологическое исследование по определению степени удовлетворенности пациентов системой амбулаторного лекарственного обеспечения, результаты которого представляются Министерству здравоохранения Республики Казахстан и публикуются в СМИ.

здоровья» по девизом: «Я, ТЫ, ОН, ОНА – МЫ ЗДОРОВАЯ СТРАНА!» с призывом к каждому казахстанцу быть активным каждый день и жить спортивно (рисунок 3).

Запоминающимся событием стало проведение 7 апреля 2012 года образовательных конкурсов для населения, посвященных празднованию Всемирного дня здоровья. По всей республике в крупных торговых центрах были развернуты информационные стенды, организованы площадки для детского творчества, розданы информационные материалы, лекарственные бюллетени (рисунки 4,5).

С 2012 года в медицинских организациях



Рисунок 3 – Проведение мероприятия «Фестиваль здоровья»

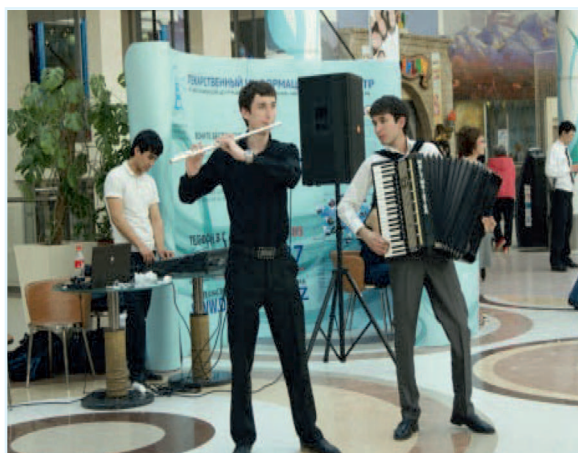


Рисунок 4 – Проведение ЛИАЦ акции Всемирный день здоровья в ТРЦ «Керуен»

Немаловажную роль при работе с населением имеет проведение различных информационно-развлекательных мероприятий. Так, совместно с Национальным центром проблем формирования здорового образа жизни Лекарственным информационно-аналитическим центром в 2012 году был проведен «Фестиваль

ПМСП республики при поддержке Министерства здравоохранения Республики Казахстан проводится конкурс «Лучший пациент».

Цель данного конкурса - мотивация населения на повышение ответственности за свое здоровье и правильное отношение к лекарственным средствам. Отбор прово-



Рисунок 5 – Конкурс детского рисунка вместе с ЛИАЦ



Рисунок 6 – Вручение памятных призов победителям конкурса

дился среди пациентов, состоящих на диспансерном учете. Критериями отбора на звание «лучший пациент» явились



Рисунок 7 – Печатная продукция
ЛИАЦ для врачей

ответственность за собственное здоровье, выполнение всех назначений и рекомендаций врача, соблюдение режима питания и диеты, отсутствие вредных привычек, регулярный прием базисных препаратов, снижение уровня сахара, холестерина, триглицеридов в крови, отсутствие осложнений основного заболевания в течение года, и, конечно же, регулярная явка на осмотр и обследования. Всем победителям конкурса «Лучший пациент» вручены памятные подарки,

цветы, выпущены стенгазеты с призывами равнения на лучших (рисунок 6).

Для медицинской общественности Лекарственным информационно-аналитическим центром выпускаются методические рекомендации, лекарственные бюллетени по рациональному использованию лекарственных средств, доказательной медицине, методологии проведения оценки использования препаратов и др.

В 2012 году центром был выпущен первый справочник лекарственных средств, отпускаемых бесплатно на амбулаторном уровне, в котором были использованы данные таких международных баз доказательной медицины, как Кокрановская библиотека, NICE BNF (рисунок 7).

В настоящее время тиражируется Справочник лекарственных средств, включенных в Республиканский лекарственный формуляр. В своей работе центр активно сотрудничает с датской компанией Euro Health Group. Так, за период с 2011-2012 гг. при методологической поддержке ЕНГ был проведен ряд исследований в сфере обращения лекарственных средств, в том числе по использованию лекарственных средств в Республике Казахстан, организованы и проведены обучающие тренинги и семинары для практического здравоохранения.

МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖӘРДЕМ КӨРСЕТУ ҚЫЗМЕТІН БАҒАЛАУ /
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Сабатаева Г.З.

Главный врач ГКП на ПХВ «Городская поликлиника», г. Кокшетау

О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ПОЖИЛОГО
НАСЕЛЕНИЯ АКМОЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ**Аталуы:** Ақмола облысы бойынша егде жастағы тұрғындар денсаулығы жағдайы туралы**Авторлары:** **Г.З.Сабатаева**, ШЖҚ МКК «Қалалық емхана» бас дәрігері**Түйіндеме:** Мақалада егде жастағы адамдардың психологиялық, әлеуметтік, медико-биологиялық аспектілерін шешу бөлімінде 2011-2015 жылдарына денсаулық сақтауды дамыту мемлекеттік бағдарламасының негізгі бағыттары келтірілген. Негізінен әлеуметтік мәні бар аурулар соның ішінде, облыстың егде жастағы тұрғындарының денсаулық жағдайына анализ сараптама жасалған. Қант диабеті, глаукомалар, аш және тоқ ішек обыры, жатыр мойынының обыры, сүт бездері обыры, қан айналым жүйесі ауруларының пайда болуын анықтауда скринингтік тексеріс өткізген кезде аурудың жазылуы және ерте анықтау бойынша санағы келтірілген.**Title:** About the health of the elderly population of Akmola region**Authors:** **Sabataeva G.Z.**, head doctor «Municipal Polyclinic»**Abstract:** Article presents the main directions of the State Program Health Development for 2011-2015 in terms of solutions biomedical, social, and psychological aspects of the elderly age. The analysis of the health status of the elderly population had been carried out, including the main socially significant diseases. The statistics for the early detection of diseases and improvement surveys conducted by disease detection circulatory system cancer, breast cancer, cervical cancer, colon and rectum, glaucoma, diabetes.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (далее ВОЗ) к людям пожилого возраста относятся лица 60 – 74 лет, старикам – 75 – 90 лет, долгожителям – 90 лет и старше.

Учитывая данную градацию возраста, Казахстан относится к «старым» странам, так как порог старения в нашей Республике составил 7,7%, при этом ожидается, что доля пожилых и старых людей к 2020 г. составит 11,1%, к 2030 г. – 25%.

Учитывая вышеизложенное, одним из приоритетных направлений Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы определено сохранение здоровья и продление активного периода жизни людей пожилого и старческого возраста.

Программа предусматривает комплексное решение медико-биологических, социальных, психологических аспектов пожилого возраста, включающее:

- разработку и совершенствование нормативной правовой базы;
- разработку и совершенствование протоколов диагностики, лечения и ре-

билитации пациентов пожилого и старческого возраста на основе доказательной медицины;

- разработку квалификационных стандартов, нормативов нагрузки на медицинский персонал, в том числе для социальных работников с учетом уровня организаций;
- разработку и внедрение системы оценки (индикаторов) эффективности геронтологической гериатрической помощи.

Анализ состояния здоровья пожилого населения Ақмолинской области показывает, что доля общей заболеваемости у лиц 60 лет и старше составляет в среднем 21% от общей заболеваемости населения старше 18 лет. При этом зарегистрировано в 2012 г. всего 118 518 случаев заболеваний, в том числе у женщин 75538 (63,7%). Общая заболеваемость среди городского населения выше на 10%, чем сельского.

В структуре заболеваемости по классам лидирующую позицию занимают болезни системы кровообращения (30%), на втором месте – болезни органов дыхания (15%), на третьем – эндокринные болезни, в том числе сахарный диабет (9,5%), на четвертом

болезни органов пищеварения (7%) и др.

Сложившийся уровень и структура заболеваемости у пожилых – это результат болезней, приобретенных в детском и трудоспособном возрасте. Как известно, согласно определению ВОЗ, здоровье на 50% – зависит от образа жизни, на 20-25% – от наследственности, на 20-25% – от действия факторов окружающей среды (включая профессиональную среду) и лишь на 5-10% от уровня развития здравоохранения.

По состоянию на начало 2013 г. по поводу тех или иных заболеваний на диспансерном учете в поликлиниках состояло 43804 человек, в том числе женщин 27887 человек (64%). В структуре диспансерной группы по заболеваниям болезни системы кровообращения занимают 52,7% (2010 г. – 30,4%), болезни эндокринной системы – 15,9% (2010 г. – 20%), новообразования – 5,7% (2010 г. – 9,7%), болезни глаза – 6,0% (2010 г. – 9,1%) и др.

Как видно из приведенных цифр в 2012 г. резко увеличилась диспансерная группа по БСК, что связано с введением с 2012 г. бесплатного лекарственного обеспечения диспансерных больных.

По данным Национального регистра больных туберкулезом за последние годы отмечается рост вновь выявленных случаев туберкулеза у людей старше 55 лет. Так, если в 2011 г. по области было зарегистрировано 88 случаев, то в 2012 г. – 93.

По данным регистра онкологических больных в области ежегодно в среднем у 900 пожилых людей выявляются различные виды онкологических заболеваний, что составляет 57% от всех вновь выявленных заболеваний у всех категорий населения.

По состоянию на 01.01.2013 г. на учете у онкологов состоит 4203 больных пожилого возраста (58,7% от общего числа состоящих на учете).

В структуре лиц, состоящих на учете, по нозологиям преобладают больные с новообразованиями кожи (769 чел.), молочной железы (726 чел.), трахеи, бронхов, легких (240 чел.), тела матки (283 чел.), желудка (204 чел.) и др. Преобладание лиц, состоящих на учете с новообразованиями кожи, молочной железы объясняется более ранней выявляемостью у данных категорий больных и соответственно их выживаемостью.

Анализ базы данных регистра больных сахарным диабетом показал, что среди всех больных 56,9% составляют лица пожилого возраста. На настоящий момент 6708 человек пожилого возраста страдают

сахарным диабетом, в том числе 88% из них составляет СД 2 типа. Чаще всего страдают сахарным диабетом женщины – 74%, мужчины – 26%. Среди больных сахарным диабетом около 40% составляют городские жители.

Один из основных критериев оценки и характеристики состояния здоровья населения является показатель смертности. Хотя смертность – это явление естественного развития человека, в человеческом обществе оно социально обусловлено.

Ежегодно в области регистрируется до 5300 случаев смертности людей старше 60 лет, что составляет до 60% от общей смертности. В структуре смертности населения старше 60 лет 39% занимают болезни системы кровообращения, 12% – новообразования, 13% – от травм и др. Такой уровень смертности в области обусловлен старением населения.

С целью раннего выявления отдельных заболеваний, в том числе у пожилого населения, с 2008 г. в области проводятся скрининговые осмотры населения на выявление болезней системы кровообращения, рака молочной железы, рака шейки матки, с 2011 г. на выявление рака толстой и прямой кишки, глаукомы, сахарного диабета.

Так, в 2012 г. на выявление болезней системы кровообращения было осмотрено 15219 человек старше 60 лет, при этом было выявлено и оздоровлено 1652 больных, вновь взято на диспансерный учет 844 чел.

На выявление рака шейки матки и молочной железы было осмотрено 3929 и 3888 женщин соответственно, выявлено и оздоровлено 48 и 151 женщин с предопухолевыми заболеваниями.

С начала года осмотрено на рак толстой и прямой кишки 21725 чел. в возрасте от 60 до 70 лет (выявлено 7 случаев КРР), глаукому – 22591 чел. от 60 до 70 лет (выявлено 25 случаев глаукомы), сахарный диабет – 15197 чел. в возрасте от 60 до 64 лет (выявлено 63 случая СД).

Выводы:

Анализ приведенных данных показал наличие серьезных проблем в отношении состоянии здоровья пожилого населения, являющегося одной из основной причин инвалидности и смертности. Ведущие позиции в структуре хронической патологии занимают болезни системы кровообращения, органов дыхания, эндокринной системы и др. Высок уровень социально

значимых заболеваний.

Также необходимо отметить о сложности проведения анализа состояния здоровья пожилого населения ввиду недостаточности утвержденных статистических отчетов в разрезе возрастов. Анализ

был проведен по данным регистров социально значимых заболеваний, отчета о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания (форма 12), базы данных по скрининговым обследованиям.

Источники:

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы;
2. Национальный план действий на долгосрочную перспективу по обеспечению прав и улучшению качества жизни инвалидов в Республике Казахстан на 2012 – 2018 годы.

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

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова
Городская детская поликлиника № 8 г. Алматы

РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ ЗА 6 МЕСЯЦЕВ 2013 ГОДА

Аталуы: 2013 жылғы 6 бойы балалаға көрсетілген медициналық көмектің сауалнама нәтижелері

Авторлары: Ә.Б.Смағұлова, И.З.Мәмбетова, З.И.Умарова, С.М.Мадьярова, Л.Д.Герина, С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, №8 ҚБЕ Алматы қ.

Түйіндемесі: Зерттеу мақсаты медициналық көмектің сапасын анақтау үшін тұрғындар арасында сауалнама өтті. Зерттеу Алматы Қалалық балалар №8 емханасында жүргізілді. Сауалнама нәтижесі балалар арасында медициналық көмек көрсетудің оң нәтижесін көрсетті.

Title: The results of the survey to provide medical care for the child population of 6 month of 2013 year

Authors: Smagulova A.B., Mambetova I.Z., Umarova Z.I., Madiarova S.M., Gerina L.D., KazNMU, CCP №8 Almaty c.

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

Первичное медико-санитарное звено занимает ведущее место в системе здравоохранения. Основным медицинским учреждением с профилактической направленностью является детская поликлиника – первичное звено здравоохранения, работа которой заключается в сплошной диспансеризации детского населения с первых дней жизни, системе мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, обеспечении современной, квалифицированной медицинской помощи детям и матерям, профилактике заболеваний и детской смертности, воспитанию здорового ребенка. Поликлиника обеспечивает лечебно-профилактическую помощь детям до 14 лет 11 месяцев 29 дней [1,2].

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

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

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

и психологической помощи детскому населению.

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

В таблице 1 показано время ожидания приема профильного специалиста и участкового врача на дому и на приеме. 542 (60,4%) детей на прием к участковому

врачу, 337 (45%) детей к профильному врачу попадали в течение 15 минут. Более часа ожидали участкового врача 4(0,5%) детей и 5 (0,6%) детей узким специалистам.

В таблице 2 показано время ожидания участкового врача после сделанного вызова, в течение первых 3 часов обслужено около 448 (60%) вызовов, 214 (28,6%) обслужены до 6 часов и более 6 часов 7 детей, что составило 0,9%. 7 вызовов на дом обслужены после 14.00 часов дежурными врачами поликлиники.

Таблица 1 – Время ожидания приема профильного специалиста и участкового врача на дому

	До 15'		До 30'		До 45'		До 1 часа		Более 1 часа		Очереди не было		Не обрщ	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Очередность в регистратуре	606	81	74	9,8	11	1,4	2	0,2	2	0,2	47	6,2	10	1,3
Прием участкового врача	542	60,4	184	24,5	66	8,8	19	2,5	4	0,5	13	1,7	10	1,3
Прием профильного специалиста	337	45	224	29,9	58	7,7	103	13,7	5	0,6	-	-	21	2,8

Таблица 2– Время ожидания участкового врача после сделанного вызова

	До 3 часов		До 6 часов		Более 6 часов		Не явился врач	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Время ожидания участкового врача на дому после сделанного вызова	448	59,8	214	28,6	7	0,9	1	0,1

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

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

выписывались 35 (4,6%) опрошенных.

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

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

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

Источники:

1. Калмыкова А.С. Поликлиническая педиатрия. – 2005, 662 с.
2. Джумагазиев А.А. Основы поликлинической педиатрии. – 2006, 413с.
3. Полугодовой отчет ГДП№8 за 2013г.

Наурузова Г.М.*Заместитель главного врача по организационно-методической помощи,
Костанайская областная больница УЗ Костанайской области*

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КОСТАНАЙСКОЙ ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЫ В 2011-2012 ГОДЫ

Аталуы: 2011-2012 жылдары Қостанай облыстық ауруханасы қызметінің негізгі көрсеткіштері**Авторлары:** Г.М. Наурузова, Ұйымдық-әдістемелік көмек жөніндегі бас дәрігердің орынбасары Қостанай облыстық ауруханасы**Түйіндемесі:** Мақалада «Қостанай облыстық ауруханасы» КМК қызметінің 2 жыл бойынша талдауы ұсынылған. Осы екі жыл, денсаулық сақтаудың Бірыңғай ұлттық жүйесін енгізу кезеңі болып табылады. Ол, жоспарлы науқастардың жіберуін реттеп, қол жетімді етті, жоғары мамандандырылған медициналық көмек көрсетудің дамуына мүмкіндік берді. Бұл, аурухана қызметі индикаторларының жақсартуы бойынша бақыланады. Кереует қорын пайдалану көрсеткіштері жақсарды. Осыдан басқа, клинико-шығынды топтар бойынша науқастардың емдеуіне шығындардың орнын толтыруы, стационарға жатқызылатын науқастардың құрылымын, емдеу мерзімдерін қайта қарауға және көрсетілетін қызметтердің сапасын жақсартуға ішкі аудиттің құрылымын құруға мәжбүр етті. Стационарластыратын технологиялары даму бастады. Ауруханада пациенттердің күндіз болу 25 кереуеті ашылды, бұл, бағдарламалық диализ алатын науқастарын оларға ауыстыруға мүмкіндік берді.**Title:** Basic performance indicators Kostanay regional hospital in 2011 - 2012**Authors:** Nauruzova G.M., Deputy of main doctor on an organizationally-methodical help of Kostanay regional hospital**Abstract:** In the article the analysis of activity of «Kostanay regional hospital» is presented regional hospital for 2 years. These two years are the period of introduction of the Single national system of health protection that put in order and made accessible direction of plan patients, assisted development of providing of highly specialized medicare. It is traced on the improvement of indicators of activity of hospital. The indexes of the use of bunk fund became better. Besides it, the compensation of expenses on treatment of patients on clinic- expenses groups compelled to revise the structure of the hospitalized patients in permanent establishment, terms of treatment and to create the structure of internal audit for the improvement of quality of the rendered services. Got development of permanent establishment deputizing technology. 25 bunks of daily stay of patients are open in a hospital that allowed translating on them patients' recipient a programmatic dialysis.

Костанайская областная больница – крупнейшая лечебно-профилактическая организация области, функционирующая с 1913 года. В августе-сентябре 2013 года больнице исполняется 100 лет со дня ее основания. Больница сегодня – это высококвалифицированная специализированная лечебная организация, оказывающая медицинскую помощь на самом высоком уровне жителям Костанайской области. В больнице развернуто 472 койки круглосуточного пребывания больных, с 32 подразделениями различного профиля, из них 16 коечных отделений, которые обеспечивают полный цикл диагностики и лечения заболеваний. Мощностъ консультативной поликлиники 270 посещений в смену. С 2010 года функционируют 25 коек дневного пребывания при стационаре. Создана система внутреннего аудита.

В больнице работает более 800 сотрудников, врачей 114, среди которых 7 кан-

дидатов медицинских наук и 1 доктор философии в медицине. 78% врачей имеют категории. Работники больницы неоднократно за добросовестный труд отмечались правительственными наградами: одиннадцать сотрудников получили нагрудный значок - «Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау ісінің үздігі». Орденом «Знак Почета» награждены два человека. Цхай В.А. имел звание «Врач года» и был награжден орденом «Құрмет». На базе областной больницы за последние годы подготовлены и защищены 10 кандидатских диссертаций. В крупных кардиохирургических клиниках Литвы и Израиля прошли 10-месячную специализацию пять врачей по специальностям кардиология, кардиохирургия, кардиоанестезиология, перфузиология, эндоваскулярная хирургия. На базе Карагандинской кардиохирургической клиники проведена специализация трёх врачей по специальностям кардиохирургия,

кардиоанестезиология, эндоваскулярная хирургия, обучение которым проводили специалисты из Польши и США.

Больница располагается в 7 типовых зданиях с общей площадью 30 187,9 квадратных метра. Оснащена современным диагностическим оборудованием. Открыты кардиологический, пульмонологический центры, инсультное отделение.

В 2011 – 2013 гг. по этапно введен в эксплуатацию комплекс на 300 коек с поликлиническим отделением и вспомогательными службами. Строительство велось в рамках реализации Программы Президента РК «100 школ, 100 больниц». В лечебном корпусе оборудованы палаты на 1-2 места с санитарными блоками, улучшены условия работы младшего медицинского персонала больницы. В поликлиническом корпусе созданы диагностический и лабораторный комплексы, оснащенные современным оборудованием. Организована бактериологическая лаборатория. В цокольном этаже располагаются 7-8 учебных комнат для обучения студентов медицинского колледжа, последиplomного обучения специалистов, условия для пребывания преподавателей. Закончено строительство инфекционного корпуса на 36 коек, но он еще не введен в эксплуатацию. Организован централизованный операционный блок на 8-этаже на 7 залов с ламинарной системой очистки воздуха. Организована централизованная доставка кислорода и его разводка по отделениям, что позволило отказаться от системы кислородных баллонов. Впервые решена проблема электроснабжения больничного комплекса из двух источников.

В мае 2012 г. больница успешно прошла тестирование обновлённых стандартов аккредитации (приказ МЗ РК от 20.02.12. № 99), соответствующих международным требованиям, с участием Центра аккредитации РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» и консультанта Канадской международной компании «Canadium Society for International Health» Сильвии Сакс.

Коечный фонд круглосуточного стационара составляет 472 койки. В связи со средним временем простоя койки по больнице 4,1 дней вместо норматива 1,5 за 2012 год сокращено 83 койки.

Укомплектованность врачами 48,7%; средними медицинскими работниками – 75,8%. Из 114 врачей молодых специалистов – 13. Доля врачей в больнице, имеющих квалификационную категорию при стаже

работы более 5 лет, составила 78% (75 врачей) при пороговом значении 70% (приказ МЗ РК № 103 от 26.02.2009 г.). Из них имеют высшую категорию – 43 врача или 57%. Медицинских сестёр – 337 человек, из них молодых специалистов 76. Доля медицинских сестёр, имеющих квалификационную категорию при стаже работы более 5, составила 91,6% (271 человек) при пороговом значении 50%. Все врачи и медсестры имеют специализации по повышению уровня квалификации.

Работа койки составила 262,4 дней против 258,0 в 2011 г., что на 1,7% больше. Средняя длительность одного случая сократилась с 11,0 дней до 10,4; оборот койки увеличился с 23,3 до 25,3.

Летальность по больнице составила 2,0% против 1,9% т.е. рост на 5%. Летальность сохраняется выше среднего показателя по больнице и возросла в таких отделениях как:

- Кардиологическое отделение для больных с острым коронарным синдромом – 12%;
- Нейрохирургия – 3,7% (в 2011 г – 2,4%)
- Кардиология – с 3,4% до 4,2%;
- Кардиохирургия – с 1,6% до 2,9%;

Досуточная летальность возросла с 0,4% до 0,5% за счет больных с острым коронарным синдромом, которые доставлялись из всех регионов области.

Аутопсии проведены в 58% летальных случаях против 63% в 2011 году.

Доля пролеченных больных по экстренным показаниям с начала года возросла с 51% в 2011 г. до 56% в 2012 году. Это составило 7 111 больных. Рост отмечается по следующим отделениям: отделение ОКС – 86,4%, кардиология – 67%, родильное – 74%, отделение грудной хирургии и пульмонологии – с 65%; гинекология – 64%, неврологическое отделение – 61%; хирургия – 58%.

Расширяется объем высокоспециализированной помощи. В 2012 году проведено 110 (74 в 2011 г.) эндопротезирований тазобедренного сустава, 7 (23 в 2011 г.) операций аорто-коронарного шунтирования. Оперировано 3 больных с геморрагическим инсультом, 477 (412 в 2011 г.) стентирований коронарных сосудов, установлено 15 электрокардиостимуляторов (из них 2 постоянных). Помимо этого впервые в 2012 г. выполнено случаев с оказанием высокоспециализированной помощи по таким отделениям как: гинекология – 10, 12 урологических операций, 13 хирургических операций, 5 случаев спондиллдезов в нейрохирургии, 41 случай интра-экстремедулляр-

ного остеосинтеза, 6 случаев в сосудистой хирургии. В 2013 году впервые среди регионов Казахстана в Костанайской областной больнице установлен стент графт при аневризме брюшного отдела аорты.

Количество операций увеличилось с 5 415 до 6 036, за счет проведения стентирований. Хирургическая активность возросла на 1,2%, с 67,3% до 68,1%. Среднее пребывание больного до операций всех типов сократилось незначительно (с 2,4 дней в 2011 г. до 2,1 в 2012 г.). При плановых операциях – с 2,7 дня до 2,3 дней при пороговом значении 1 сутки. Длительные сроки пребывания больных до плановой операции сохраняются в родильном отделении 6,2 дней (7,3 в 2011 году); кардиохирургии 3,6 (6,6 в 2011 г.); отделение грудной хирургии 4,4 (3,4 в 2011 г.); травматологии 3,0 (3,5 в 2011 г.), урологии – 2,0 (2,6 в 2011 г.); травматология 3,5 (3,3 в 2011 г.). В отделении хирургии длительность пребывания плановых больных до операции сократилась до 1 суток, в гинекологии – до 1,6. Послеоперационные осложнения по всей больнице при всех операциях составили 0,4 (0,7% в 2011 г.). У больных, оперированных в плановом порядке, данный показатель также уменьшился до 0,2%.

Послеоперационная летальность сократилась с 1,6% до 1,5%. Умерло 81 больной по хирургическим отделениям (76 в 2011 г.). Удельный вес выполненных операций с применением эндовидеохирургических технологий в больнице на прежнем уровне 4% от всех операций:

- на органах дыхания – 3 или 1,5% (25 или 16% в 2011 г.);
- на органах брюшной полости – 173 18% (184 или 19% в 2011 г.);
- на женских половых органах – 32 или 4,5% (5 – 0,7% в 2011 г.);
- на мочевыводящей системе – 5 или 3,5% (7- 6% в 2011 г.).

За 2012 год было 1 593 родов (1 674 родов в 2011 г.) или 5% меньше, чем за аналогичный период прошлого года. Родилось живыми 1 591 детей (1 650 в 2011 г.), из них с весом 500-999 г. – 7 (6 в 2011 г.) Умерло 11 новорожденных, и все в раннем неонатальном периоде (11 в 2011 г.). Родилось мёртвыми 48 (57 в 2011 г.), из них смерть наступила в интранатальном периоде 7 или 14,6 (20 или 35% в 2011 г.). Показатель мёртворождаемости на 1 000 родившихся живыми и мертвыми - 29,3‰ (33,3‰ в 2011 г.). Показатель интранатальной гибели плода на 1 000 родившихся живыми и мёртвыми составил 4,3‰ против 11,7‰ в 2011 г.; т.е. снижение данного показателя на 63%.

Перинатальная смертность составила 35,9‰ на 1000 родившихся живыми и мёртвыми (39,8‰ в 2011 г.). Ранняя неонатальная смертность – 6,9‰ (6,6‰ в 2011 г.). Случаев материнской смертности не было. Соотношение экстренных и плановых кесаревых сечений 1: 1,3 при пороговом значении 1:4. Родовой травматизм новорожденных снизился с 1,5 в 2011 г. до 0,7% в 2012 году. (11 случаев в 2012 году и 26 случаев в 2011 году) при пороговом показателе 0,5%.

Оперативные роды составили 27,8% против 23,6% в 2011 году.

Новорожденные на второй этап выхаживания переводились в 21,7% (17,2% 2011 г.).

Число посещений по всем видам финансирования (включая стоматолога) увеличились до 6% или с 66 171 в 2011 году до 70 441. Исполнение госзаказа на 110%. Объём оказанных услуг сократился на 3% (с 41 402 до 40 073).

С целью оказания экстренной консультативной помощи ОЭ и ПКМП осуществлено 404 выездов (364 в 2011 г.), в т.ч. воздушным транспортом 22 (42 в 2011 г.). Исполнение госзаказа на 135%. Обслужено 446 лица или на 5,4% больше аналогичного периода прошлого года. Выезжал 461 специалист (449 в 2011 г.). В 52% это врачи хирургического профиля. Из общего числа обслуженных лиц 122 пациента или 27% как и в 2011 г. были транспортированы в областные медицинские организации, из них 37% в областную больницу. При выезде проведено 33 операции (28 в 2011 г.), оказано 7 анестезиологических пособий (9 в 2011 г.).

С целью оказания организационно-методической помощи осуществлено 19 плановых выезда, тогда как и в 2011 г. было 7. Связано это с тем, что с 2010 года широко используются возможности телеконференций

С 2011 года с целью оказания медицинской помощи преимущественно сельским жителям отдалённых населённых пунктов начата работа передвижного медицинского комплекса (ПМК). За 2012 год охвачено 30 населённых пунктов (в 2011 г. – 15) в 8 районах области (в 2011 г. – 4). Осмотрено 2 201 больных (в 2011 г. – 3 624), выполнено 3 359 медицинских услуг (в 2011 г. – 8 373), в среднем 1,5 на 1 человека (в 2011 г. – 2,3). Проведено 1 718 исследований (в 2011 г. – 1 703). Доля лабораторных исследований составила 42,5% (в 2011 г. - 41,6).

НОРМАТИВТІ ҚҰЖАТТАР /
НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ В ПРИКАЗ ИСПОЛНЯЮЩЕГО ОБЯЗАННОСТИ МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ КВАЛИФИКАЦИОННЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ДОЛЖНОСТЕЙ РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» № 791 ОТ 26 НОЯБРЯ 2009 ГОДА

В соответствии с подпунктом 2) пункта 3 статьи 32 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года №791 «Об утверждении Квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 5945, опубликован в Собрании актов центральных исполнительных и иных центральных государственных органов Республики Казахстан № 7, 2010 год) следующие изменения и дополнения:

В квалификационных характеристиках должностей работников здравоохранения, утвержденных указанным приказом:

в разделе 1. «Медицинские организации»:

в параграфе 1. «Должности руководителей»:

в подразделе 1 «Руководитель организации здравоохранения»: третью часть изложить в следующей редакции:

«Требования к квалификации:

руководителя организации здравоохранения республиканского значения: высшее медицинское образование (для организации санитарно-эпидемиологической службы — по профилю) с наличием первой/высшей квалификационной категории по специальности «Организация здраво-

охранения» («Общественное здравоохранение», «Менеджмент здравоохранения») или наличие магистратуры по специальности «Общественное здравоохранение» («Менеджмент здравоохранения», «Менеджмент») и стаж работы на руководящих должностях в органах государственного управления здравоохранением или в организациях здравоохранения не менее 5 лет; или высшее экономическое образование с наличием магистратуры по специальности «Общественное здравоохранение» («Менеджмент здравоохранения») и стаж работы на руководящих должностях в органах государственного управления здравоохранением или в организациях здравоохранения не менее 5 лет; руководителя организации здравоохранения областного значения (города республиканского значения, столицы): высшее медицинское образование (для организации санитарно-эпидемиологической службы — по профилю) с наличием первой/высшей квалификационной категории по специальности «Организация здравоохранения» («Общественное здравоохранение», «Менеджмент здравоохранения») или наличие магистратуры по специальности «Общественное здравоохранение» («Менеджмент здравоохранения», «Менеджмент») и стаж работы в органах государственного управления здравоохранением не менее 3 лет или стаж работы на руководящих должностях

в организациях здравоохранения не менее 5 лет; или высшее экономическое образование с наличием магистратуры по специальности «Общественное здравоохранение» («Менеджмент здравоохранения») и стаж работы в органах государственного управления здравоохранением не менее 3 лет или стаж работы на руководящих должностях в организациях здравоохранения не менее 5 лет; руководителя организации здравоохранения районного и городского значения: высшее медицинское образование (для организации санитарно-эпидемиологической службы — по профилю) с наличием сертификата по специальности «Организация здравоохранения» («Общественное здравоохранение», «Менеджмент здравоохранения») или наличие магистратуры / специализации по специальности «Общественное здравоохранение» («Менеджмент здравоохранения», «Менеджмент») и стаж работы в органах государственного управления здравоохранением или на руководящих должностях в организациях здравоохранения не менее 2 лет; или высшее экономическое образование с наличием магистратуры по специальности «Общественное здравоохранение» («Менеджмент здравоохранения») и стаж работы в органах государственного управления здравоохранением или на руководящих должностях в организациях здравоохранения не менее 2 лет.»;

в подразделе 2. Заместитель руководителя организации здравоохранения (по медицинской части, по контролю качества медицинских услуг): третью часть изложить в следующей редакции:

«Требования к квалификации: заместителя руководителя организации здравоохранения республиканского значения по медицинской части: высшее медицинское образование (для организации санитарно-эпидемиологической службы – по профилю), наличие первой/высшей квалификационной категории по специальности и стаж работы на руководящих в организациях здравоохранения не менее 5 лет; заместителя руководителя организации здравоохранения областного значения по медицинской части (города республиканского значения, столицы): высшее медицинское образование (для организации санитарно-эпидемиологической службы — по профилю), наличие первой/высшей квалификационной категории по специальности и стаж работы на руководящих должностях в организациях здравоохранения не менее 2 лет;

заместителя руководителя организации здравоохранения районного и городского значения по медицинской части: высшее медицинское образование (для организации санитарно-эпидемиологической службы - по профилю), наличие второй/первой квалификационной категории по специальности и стаж работы на руководящих должностях в организациях здравоохранения не менее 1 года; заместителя руководителя организации здравоохранения по контролю качества медицинских услуг: высшее медицинское образование (для организации санитарно-эпидемиологической службы - по профилю), первая/высшая квалификационная категория по специальности и стаж работы на руководящих должностях в организациях здравоохранения не менее 2 лет.»;

в параграфе 2. «Должности специалистов с высшим уровнем квалификации»: в подразделе 13 Врач (или специалист) общественного здравоохранения (валеолог, эпидемиолог, статистик, методист): третью часть изложить в следующей редакции:

«Требования к квалификации: Высшее медицинское образование (по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия», «Общая медицина», «Восточная медицина», «Стоматология», «Медико-биологическое дело», «Сестринское дело» и переподготовка по специальности «Общественное здравоохранение») или высшее медицинское образование (по специальности «Общественное здравоохранение», «Медико-профилактическое дело»).»;

в подразделе 14 «Менеджер здравоохранения (по качеству медицинских услуг, по стратегии и маркетингу медицинских услуг, по организации и методологии оказания медицинских услуг)»: шестую часть изложить в следующей редакции:

«Требования к квалификации: Высшее медицинское образование (бакалавр) по специальности «Общественное здравоохранение», «Сестринское дело» (или высшее медицинское образование по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия», «Общая медицина», «Медико-профилактическое дело», «Восточная медицина», «Медико-биологическое дело», «Стоматология» и переподготовка по специальности «Менеджмент здравоохранения»);

в параграфе 3. «Должности специалистов со средним уровнем квалификации»: в подразделе 23. «Фельдшер»:

третью часть изложить в следующей редакции:

«Требования к квалификации:

Техническое и профессиональное (среднее специальное, среднее профессиональное) медицинское образование по специальности «Лечебное дело» (или «Акушерское дело») и повышение квалификации по специальности «Лечебное дело», а также по специальности «Лабораторная диагностика», «Фельдшер-лаборант», «Гигиена, санитария и эпидемиология», «Санитарный фельдшер», «Стоматология», «Зубной врач», «Сестринское дело», для лиц, приступивших к данной должности до 11 февраля 2003 года, переподготовка по специальности «лечебное дело»), сертификат специалиста по специальности «Лечебное дело» или высшее медицинское образование по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия», бакалавриат по специальности «Общая медицина» и сертификат специалиста со средним уровнем квалификации.»;

в подразделе 26. «Участковая (ый) медицинская (ий) сестра (брат)/медицинская (ий) сестра (брат) общей практики»:

третью часть изложить в следующей редакции:

«Требования к квалификации:

Техническое и профессиональное (среднее специальное, среднее профессиональное) медицинское образование по специальности «Сестринское дело» (или «Лечебное дело», «Акушерское дело»), сертификат специалиста по специальности «Сестринское дело» или «Лечебное дело», а также по специальности «Лабораторная диагностика», «Фельдшер-лаборант», «Гигиена, санитария и эпидемиология», «Санитарный фельдшер», «Стоматология», «Зубной врач» для лиц, приступивших к данной должности до 11 февраля 2003 года, переподготовка по специальности «сестринское дело» или высшее медицинское образование по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия», бакалавриат по специальности

«Общая медицина», «Сестринское дело» и сертификат специалиста со средним уровнем квалификации.»;

в подразделе 27. «Медицинская (ий) сестра (брат) специализированная (ый)»:

третью часть изложить в следующей редакции:

«Требования к квалификации:

Техническое и профессиональное (среднее специальное, среднее профессиональное) медицинское образование по специальности «Сестринское дело» (или «Лечебное дело», «Акушерское дело»), сертификат специалиста по соответствующей специальности, а также по специальности «Лабораторная диагностика», «Фельдшер-лаборант», «Гигиена, санитария и эпидемиология», «Санитарный фельдшер», «Стоматология», «Зубной врач», приступивших к данной должности до 11 февраля 2003 года, переподготовка по специальности «сестринское дело») или высшее медицинское образование по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия», бакалавриат по специальности «Общая медицина», «Сестринское дело» и сертификат специалиста со средним уровнем квалификации.».

2. Департаменту науки и человеческих ресурсов Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Сыздыкова А.А.) в установленном законодательном порядке обеспечить государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан.

3. Юридическому департаменту Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Асаинова Д.Е.) в установленном законодательном порядке обеспечить официальное опубликование настоящего приказа.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Байжунусова Э.А.

5. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его официального опубликования.

*Министр здравоохранения Республики Казахстан
С. Каирбекова*

«Согласовано»

Министр труда и социальной
защиты населения
Республики Казахстан

_____ Т. Дуйсенова

« » 2013 года

ОҚИФАЛАР / СОБЫТИЯ

Фазлыева Л.Р., Есполова Г.Д.

Отдел оценки технологии управления ЦМЗ РЦРЗ МЗ РК

КАСКАДНОЕ ОБУЧЕНИЕ ПО ВОПРОСАМ ФИНАНСИРОВАНИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПО КОМПЛЕКСНОМУ ПОДУШЕВОМУ НОРМАТИВУ

Одним из направлений государственной политики на новом этапе развития нашей страны является совершенствование системы финансирования амбулаторно-поликлинической помощи (АПП).

Подъем здравоохранения на качественно новый уровень развития, может быть, достигнут только путем коренного изменения технологии оказания услуг, прежде всего, услуг первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). В целях повышения доступности, эффективности, качества и развития ПМСП планируется комплексное совершенствование, включая разработку и внедрение рациональных форм и методов оказания ПМСП на базе общеврачебной практики [1].

На данный момент недостаточно используются эффективные механизмы финансирования ПМСП ввиду несовершенства механизмов стимулирующих выплат.

Несмотря на активное внедрение единой информационной системы на сегодняшний день еще сохраняется недостаточный уровень информационно-коммуникационной инфраструктуры в здравоохранении, низкий уровень компьютерной грамотности среди медицинского персонала и отсутствие автоматизации лечебно-профилактического процесса.

Внедрение Единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ) на амбулаторно-поликлиническом уровне на 2013 год представляет ряд следующих задач, это:

- справедливое распределение бюджета АПП на основе комплексного подушевого

норматива (КПН);

- четкое разграничение услуг ПМСП и консультативно-диагностических услуг (КДУ), включенных в КПН;

- обеспечение прозрачности процесса и движения финансирования через информационное сопровождение;

- наличие обученных операторов и статистиков для учета деятельности амбулаторно-поликлинической организации.

С 2014 года планируется внедрение комплексного подушевого норматива. В реализации идет активный процесс разработок соответствующих медиа-плана с 2-х блоков по информированию граждан республики и поставщиков АПП и обучение работников ПМСП новой модели финансирования здравоохранения [2].

В целях реализации дорожной карты «Консолидация расходов на оказание амбулаторно-поликлинической помощи на уровне республиканского бюджета и переходе на финансирование амбулаторно-поликлинической помощи по комплексному подушевому нормативу», утвержденной приказом Министра здравоохранения РК от 26 марта 2013 года №189, Центром менеджмента здравоохранения РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК (РЦРЗ) был организован трехэтапный метод каскадного обучения, для более 11 тысяч специалистов осуществляющих АПП.

Основное преимущество каскадного

метода обучения – это возможность охвата большого количества слушателей организаций, при котором достигается экономия времени и денежных средств, затрачиваемых организацией на обучение персонала.

На первом этапе обучения приняли участия руководители местных органов государственного управления здравоохранением областей, городов республиканского значения и столицы (ОУЗ), территориальных департаментов Комитета оплаты медицинских услуг (ТД КОМУ), сотрудники и филиалы РЦРЗ, специалисты субъектов здравоохранения города Астаны, республиканские научные организации здравоохранения, профессорско-преподавательского состава.

Фактическое количество слушателей на первом этапе каскадного обучения с повторным проведением семинара для субъектов здравоохранения города Астаны составило 205 специалистов. Особенности проведения первого этапа каскадного обучения:

Первый день обучения проводился в лекционном зале, оснащенном мультимедийным оборудованием. Тренеры обучения, являющиеся представителями Министерства здравоохранения РК, ознакомили представителей медицинской общественности с внедрением принципов ЕНСЗ на амбулаторном уровне с новой моделью финансирования АПП по КПН, согласно программе каскадного обучения (таблица 1).

Во второй день обучения проводилась практическая работа со слушателями с помощью компьютерных программ с углублением в практику, в связи с чем, было принято решение провести обучение в компьютерных классах. На этапе обучения слушатели были разделены на 6 групп, по 25 человек. Тренера ознакомили слушателей с работой на портале в модулях касающихся участников ЕНСЗ по вопросам финансирования АПП по КПН.

В период с 30 сентября по 11 октября 2013 года обеспечена организация второго этапа обучения в областях с выездом в регионы представителей Комитета оплаты медицинских услуг Министерства здравоохранения (КОМУ МЗ) при участии региональных тренеров – ОУЗ, ТД КОМУ, филиалов РЦРЗ.

На втором этапе каскадного обучения в состав команды тренеров входят:

- тренер – теоретик: представитель КОМУ МЗ, представители ТД КОМУ, ОУЗ, руководитель, главный специалист медицинской организации (слушатели первого этапа обучения);
- тренер-практик: сотрудники филиала РЦРЗ (слушатели первого этапа обучения),

ответственное лицо, директор или заместитель директора филиала РЦРЗ (слушатель первого этапа обучения).

Общее количество представителей медицинских организаций составил 2066 слушателей.

Отбор баз обучения в регионах республики был распределен по предварительно запрошенной информации от руководителей республиканских научных организаций в области здравоохранения об имеющихся возможностях обеспечения организационной техникой и доступом к сети интернет, проанализировав информацию от полученных ответов, организации были включены в приказ в качестве баз обучения в соответствующих регионах.

На третьем этапе планируется обучить около 10000 представителей медицинских организаций, осуществляющих АПП.

В период с 16 октября по 15 ноября 2013 года обеспечена организация третьего этапа обучения в областях с выездом в районы и села представителей региональных тренеров ОУЗ, ТД КОМУ, филиалов РЦРЗ.

Основным преимуществом третьего этапа – это выезд тренеров с подобранной программой для владеющих и не владеющих базовыми навыками пользователя персональным компьютером в районные и сельские медицинские организации, что позволит представителям медицинской организаций обучиться без отрыва от производства.

Таким образом, ожидаемые итоги в результате каскадного обучения по вопросам финансирования АПП по КПН, следующее:

Для населения:

- обеспечение равной доступности услуг ПМСП за счет дополнительного финансирования для выравнивания КПН и усиления ресурсной возможности организаций ПМСП;
- обеспечение полноты в пределах гарантированного пакета услуг ПМСП за счет передачи части функций врача медицинским сестрам и их переобучения и увеличения количества врачей общей практики (ВОП);
- будет обеспечена профилактическая направленность и социальная ориентированность услуг ПМСП, за счет усиления деятельности психологов, социальных работников, развития института семейной практики, создания школ для диспансерных групп населения, пожилых, молодежи и других социальных групп;
- будет увеличена эффективность национальной скрининговой компании за счет целевого охвата рискованных групп населения и стимулирования результатов по критериям своевременного выявления болезней;

- улучшиться доступность КДУ, за счет рационализации определения в их потребности на уровне врачей ПМСП, мотивации выполнения части КДУ на уровне ПМСП, возможности заключения договоров с разными поставщиками услуг КДУ, эффективного использования результатов КДУ для определения тактики ведения пациента;

- конкурентная среда на разных уровнях, индикаторная система оценки конечных результатов, усиление стимулирующей составляющей КПП должны обеспечить пациенто-ориентированность персонала оказывающих АПП населению.

Для персонала медицинских организаций:

- четкое распределение функциональных обязанностей в соответствии с профессией и должностями, конкретизация требований и нагрузок для персонала;

- возможность профессионального роста, удобная система бесплатной переподго-

товки и повышения квалификации;

- увеличение возможности уделять внимание пациенту за счет рационализации и автоматизации ведения медицинской документации, введения должностей операторов и статистиков, использования возможностей информационных технологий, стандартизации операционных процедур и протоколов;

- возможность достойно зарабатывать за счет увеличения нагрузки, качественного исполнения функциональных обязанностей и выполнения индикаторов оценки конечных результатов;

- прозрачность справедливого распределения стимулирующего компонента КПП;

- удовлетворенность результативностью своей работы.

Для государства:

- создание эффективной и доступной системы оказания медицинской помощи.

Таблица 1 – Программа семинара каскадного обучения

<i>1 день</i>	
09.00-09.45	Внедрение принципов ЕНСЗ на амбулаторном уровне. Новая модель финансирования амбулаторно – поликлинической помощи по КПП. Нормативная база и особенности проведения процедуры выбора поставщиков
09.55-10.25	Методика формирования КПП АПП на уровне республиканского бюджета: базовый, гарантированный КПП. Моделирование бюджета АПП по КПП с учетом выравнивания через поправочные коэффициенты на 2014 год
10.25-10.40	Информационное сопровождение
11.00-11.45	Маршрут движения пациента и механизм взаиморасчетов ПМСП с другими медицинскими организациями за оказание КДУ
12.00-13.00	Принципы мотивации труда специалистов ПМСП в условиях финансирования по КПП (СКПП)
14.00-14.45	Возмещение затрат ПМСП в условиях финансирования по КПП
15.00-15.45	Контроль качества оказания медицинской помощи амбулаторными организациями
15.55-16.40	Справочник медицинских услуг (тарификатор)
<i>2 день</i>	
<i>Работа в 6 группах по 25 человек в компьютерных залах</i>	
09.00-09.50	Структура и правила кодирования медицинских услуг по справочнику (тарификатору)
10.00-12.00	Регистрация на портале «АПП». Работа в модуле «Администрирование». Работа в модуле «Регистратура». Работа с функционалом модуля «Банк направлений». Работа с функционалом по формированию отчет - реестра. Работа с функционалом по формированию аналитических таблиц.
12.10-13.00	Работа в модуле «Регистрация скрининговых осмотров». Работа в модуле «Регистрация обращения в ПМСП по заболеванию». Работа в модуле «Формирование статистических отчетных форм».
14.00-16.50	Платежная система «АПП»: работа с модулем по ведению договоров; работа с функционалом по формированию платежных документов
17.00-18.00	Подведение итогов, выдача сертификатов

Источники:

1. Калмыкова А.С. Поликлиническая педиатрия. – 2005, 662 с.
2. Джумагазиев А.А. Основы поликлинической педиатрии. – 2006, 413с.
3. Полугодовой отчет ГДП №8 за 2013г.

ИНФОРМАЦИЯ ПО УЧАСТИЮ В 30-ОЙ КОНФЕРЕНЦИИ МЕЖДУНАРОДНОГО ОБЩЕСТВА ПО КАЧЕСТВУ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ISQUA).

В целях реализации мероприятий по подкомпоненту В1 Проекта Всемирного Банка «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан», плана повышения потенциала на 2013 – 2015 годы, утвержденного Вице-министром здравоохранения Республики Казахстан Токежановым Б.Т. 2 мая 2013 года, приказа Министра здравоохранения №523 от 13 сентября 2013 года «О командировании специалистов для участия в международной конференции ISQua в г. Эдинбург (Шотландия)» для участия

в работе 30-ой конференции Международного общества по качеству в здравоохранении (ISQua) были командированы следующие специалисты:

1. Терекулова А.К. – руководитель управления аттестации, аккредитации и лицензирования Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности МЗ РК;

2. Шаймерденова А.А. – ведущий специалист Центра аккредитации РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК.



Рис. 1 – Участники международной конференции

Данная конференция проводилась в международном конференц – центре г. Эдинбург, в период с 13 по 16 октября 2013 года.

Основная цель конференции:

обмен идеями, опытом и знанием в области здравоохранения для дальнейшего повышения и совершенствования оказываемых медицинских услуг.

Встреча участников конференции началась с регистрации, где все участники получили именные бейджи.

Программа конференции была составлена таким образом, что было удобно делегатам в работе для изучения и обмена опытом. В работе конференции принимали участие более 1200 делегатов из 70 стран мира.

Преконференция: 13 октября 2013 года

Семинар 1: аккредитация: внешняя оценка;

Семинар 2: участие пациента и обратная связь от пациента в процессе лечения;

Семинар 3: инструменты для безопасности

пациентов и качества лечения;

Семинар 4: уроки, извлеченные из опыта клиник Стаффордшир;

Семинар 5: качество лечения и социальный уход за пожилыми людьми.

Основная конференция: 14 – 16 октября 2013 года.

Ежедневно работа конференции началась и завершалась пленарным заседанием.



Рис.2 – Выступление спикера Marian Walsh на пленарном заседании

Утреннее пленарное заседание переходило в параллельные сессии, продолжительность которых составляло 90 минут между перерывами, включали краткие презентации. Делегаты конференции имели возможность выбора сессии по интересующим их темам. Эти сессии включали 9 тем:

Тема 1. Руководство, лидерство и политики в области здравоохранения;

Тема 2. Безопасность пациента;

Тема 3. Улучшение здоровья населения;

Тема 4. Опыт пациента и его семьи, вовлеченность их в процесс лечения;

Тема 5. Система аккредитации и внешняя оценка;

Тема 6. Обучение по оказанию безопасных и качественных услуг;

Тема 7. Качество и безопасность медицинских услуг в переходных и развивающихся странах;

Тема 8. Информационные технологии в системе здравоохранения;

Тема 9. Мониторинг оказываемых медицинских услуг.

В ходе работы у участников конференции была возможность обмениваться информацией, получить информацию (раздаточный материал) на бумажных и электронных носителях.

15 октября, в процессе проведения конференции, участники с ознакомительно –

образовательной целью, могли посетить следующие объекты:

1) клинический центр Эдинбургского университета;

2) королевский колледж врачей г. Эдинбург (RCPE);

3) хирургический музей г. Эдинбург;

4) st. Andrews House, Шотландское правительство.

На международной конференции ISQua каждый год приветствуют организации, которые успешно прошли процедуру аккредитации в ISQua в течение последних 12 месяцев, с последующим предоставлением свидетельств об аккредитации сроком на 4 года (организаций, стандартов, программ). В этом году приветствие проходило в зале «Pentland» на третьем этаже Международного конференц-центра.

16 октября 2013г. на утреннем пленарном заседании участники конференции приветствовали казахстанскую делегацию, а в их лице Министерство здравоохранения Республики Казахстан и РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК за достижения в разработке и совершенствовании национальных стандартов аккредитации и учебной программы по подготовке инспекторов.



Рис.3 – Поздравления по поводу аккредитованной учебной программы

Также на данном заседании были отмечены такие страны, добившиеся успехов в системе аккредитации, как Новая Зеландия, Австралия, Нидерланды, Канада, Бразилия, Норвегия.

После процедуры награждений, параллельных сессий организаторами конференции была представлена информация о предстоящей 31 международной конференции, которая пройдет в 2014 в Рио - де - Жанейро, после чего конференция была завершена.

О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ОТРАСЛЕВОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ

Сыздыкова А.А., Смаилова А.Н., Азербаета А.Ж.

Развитые государства мира усиливают стремление повысить свою конкурентоспособность путем подготовки трудовых ресурсов более высокого профессионального уровня. Стабильно высокие уровни безработицы, особенно среди молодежи, обнажили неспособность систем образования готовить для рынка труда молодых людей, обладающих необходимыми навыками. В этой связи, Президентом Республики Казахстан Н.А. Назарбаевым в статье «Социальная модернизация Казахстана: двадцать шагов к обществу всеобщего труда» поставлена конкретная задача по созданию национальной системы квалификаций. В формировании национальной системы квалификации примут участие как потребители квалифицированных кадров на рынке труда, так и образовательные организации. Ориентированность профессиональных стандартов на потребности производственного сектора, и последующая разработка по ним образовательных стандартов, наряду с разработкой национальной и отраслевых рамок квалификаций, направленных на систематизацию квалификационных уровней, для справедливой мотивации труда и стимулирования карьерного роста, - вот основная идея национальной системы квалификаций.

Одной из основных проблем системы здравоохранения является обеспечение отрасли высококвалифицированными кадрами, соответствующих современным требованиям высокотехнологичной медицины и запросам развитого общества. Одна из причин данного явления – это не соответствие компетенций выпускников ВУЗов ожиданиям работодателей.

Законом Республики Казахстан от 17 февраля 2012 года «О внесении изменений и дополнений в Трудовой кодекс Республики Казахстан» внесены положения по формированию национальной системы квалификаций.

Указанным Законом законодательно закреплены такие понятия, как национальная рамка квалификаций, отраслевые рамки квалификаций, профессиональные стандар-

ты, оценка профессиональной подготовленности и подтверждение соответствия квалификации специалистов. Определены компетенции уполномоченного органа по труду, уполномоченных государственных органов соответствующих сфер деятельности, объединений работодателей и работников в организации работы по формированию национальной системы квалификаций.

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

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

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

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

Департаментом науки и человеческих ресурсов Министерства здравоохранения РК проводится работа по совершенствованию отраслевой системы квалификаций, целью совершенствования отраслевой системы квалификаций работников здравоохранения является развитие отраслевой системы квалификаций в рамках Национальной системы квалификаций, для обеспечения эффективности и качества предоставляемых услуг системой здравоохранения Республики Казахстан. Основными задачами данной работы является:

1) Приведение к унификации существующих профессий отрасли к требованиям Национальной системы квалификаций;

2) Повышение мотивации к карьерному росту сотрудников системы здравоохранения, в том числе совершенствование системы оплаты труда работников здравоохранения и совершенствование непрерывного медицинского образования;

3) Развитие системы независимой и объективной оценки профессиональной подготовленности и подтверждения соответствия квалификации специалистов сферы здравоохранения.

Основными мероприятиями для реализации поставленных задач мы определили:

1) Разработка проекта отраслевой рамки квалификаций системы здравоохранения согласно методическим рекомендациям МТСЗН (на стадии согласования);

2) Разработка отраслевых профессиональных стандартов.

3) Обновление образовательных стандартов на основе профессиональных стандартов.

4) Совершенствование системы сертификации, процедуры оценки профессиональной подготовленности и соответствия квалификации.

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

квалификационному уровню, совершенствование которых планируется провести в перспективе.

Основной единицей профессиональной деятельности отрасли является область профессиональной деятельности. Область деятельности представлена частью отрасли, направленная на решение определенной производственной задачи отрасли и представленная взаимосвязанными видами деятельности. У области деятельности имеются 2 характеристики: функции области деятельности и квалификационные уровни в данной области деятельности.

Вид деятельности представляет собой часть области профессиональной деятельности, предполагающий реализацию взаимосвязанных трудовых функций и соответствующее наличие трудовых компетенций согласно уровню квалификации.

Основными направлениями деятельности системы здравоохранения являются: медицинская помощь; обеспечение лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и медицинской техники; государственное регулирование и надзор в системе здравоохранения; санитарно-эпидемиологическое благополучие населения и охрана общественного здоровья, в соответствии с перечисленными направлениями отрасли, определены подотрасли. Далее медицинская деятельность разделена на 3 области в соответствии с видами в каждой области деятельности результатов производственной деятельности: доврачебная медицинская помощь (услуги доврачебной медицинской деятельности); врачебная деятельность (квалифицированное лечение); экспертно-диагностическая деятельность (промежуточные производственные средства труда, для других областей деятельности или сфер в виде диагностических заключений и экспертных заключений).

Каждая область деятельности в соответствии со специальностями, принятыми в отрасли, подразделяется на подобласти деятельности, на которые и разрабатываются профессиональные стандарты.

Профессиональный стандарт является важнейшей частью Национальной системы квалификаций Республики Казахстан на основе которого будут разработаны/ усовершенствованы образовательные программы, стандарты в системе сертификации, должностные инструкции, система мотивации и стимулирования

для сотрудников данной подобласти деятельности. Профессиональный стандарт разрабатывается на основе требований Национальной рамки квалификаций, Отраслевой рамки квалификации системы здравоохранения, с возможностью периодического обновления с учетом появления новых медицинских технологий, совершенствования безопасности и качества медицинских услуг, потребностей рынка медицинских услуг на новые компетенции в рамках специальности.

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

Профессиональный стандарт предназ-

начается для абитуриентов, осуществляющих выбор своей профессиональной деятельности, для работников системы здравоохранения по соответствующей специальности в качестве ориентира дальнейшего профессионального развития, для работников сферы медицинского образования, как ориентир для совершенствования образовательных программ; для кадровых служб организаций здравоохранения в рамках совершенствования управления человеческими ресурсами организации; для руководителей организаций здравоохранения и Министерства здравоохранения Республики Казахстан для осуществления рациональной кадровой политики и планирования развития человеческих ресурсов как отдельных организаций, так и отрасли в целом.