

ISSN 2225-9929



# 2016

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ

ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

# МЕНЕДЖЕР

№3-4



МЕНЕДЖЕР

Астана



Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау  
**МЕНЕДЖЕРІ**  
**МЕНЕДЖЕР**  
здравоохранения Республики Казахстан

**Журналдың аты:**

Қазақстан Республикасының  
денсаулық сақтау менеджері

**Бас редактор:**

Ж.Қ. Исмаилов

**Редакциялық кеңес:**

А.К. Байгенжин, Қ.Қ. Ермекбаев, А.А. Сыздыкова,  
Н.М. Исатаева, А.А. Ақанов, Г.М. Алпысбекова,  
В.З. Кучеренко, Мелита Вуйнович (ДДСҰ), Тага Чантуридзе  
(Ұлыбритания), Антонио Дюран (Испания), Майкл Джоунс  
(Ұлыбритания)

**Редакция хатшысы:**

Г.Т. Назарова

**Техникалық редакторлар:**

А.Е. Тәпенова

**Меншік иесі:**

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

**Жазылу индексі:**

74608

**Мерзімділігі:**

жылда 4 рет

**Таралымы:**

500 дана

**Құрылтайшылары:**

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

**Редакцияның мекен-жайы:**

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

**Наименование журнала:**

Менеджер здравоохранения  
Республики Казахстан

**Главный редактор:**

Исмаилов Ж.К.

**Редакционный совет:**

Байгенжин А.К., Ермекбаев К.К., Сыздыкова А.А.,  
Исатаева Н.М., Ақанов А.А., Алпысбекова Г.М.,  
Кучеренко В.З., Мелита Вуйнович (ВОЗ), Тага Чантуридзе  
(Великобритания), Антонио Дуран (Испания),  
Майкл Джоунс (Великобритания)

**Секретарь редакции:**

Назарова Г.Т.

**Технические редакторы:**

Тәпенова А.Е.

**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:**

4 раза в год

**Тираж:**

500 экземпляров

**Учредители:**

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

**Адрес редакции:**

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

Жарияланатын мәліметтердегі  
ақпараттардың нақтылығы, авторлардың  
жауапкершілігінде

Ответственность за достоверность информации,  
публикуемой в журнале,  
несут авторы

## *Уважаемые коллеги!*



*Создание современной и эффективной системы здравоохранения относится к числу первоочередных целей в политическом курсе Казахстана, озвученном Главой государства Н. Назарбаевым в стратегии «Казахстан 2050».*

*Существенный вклад в формирование необходимого фундамента для повышения эффективности национальной системы здравоохранения внесла реализация совместной инициативы Правительства Республики Казахстан и Международного банка реконструкции и развития по передаче технологий и институциональной реформе в отрасли.*

*Результаты исследований и разработок, проведенных в рамках Проекта, повышение потенциала различных категорий специалистов системы здравоохранения, в том числе за рубежом, консультативная помощь ведущих международных экспертов, позволили обеспечить основную часть реформ и преобразований, предусмотренных в рамках Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.*

*Благодаря реализации Проекта были внедрены международные стандарты и*

*сформирован долгосрочный институциональный потенциал в различных сферах отрасли. Это - управление и финансирование здравоохранения, организация оказания медицинской помощи и обеспечение качества медицинских услуг, кадровое планирование, медицинское образование и наука, развитие информационной системы здравоохранения и фармацевтической политики.*

*Достигнутые в ходе Проекта результаты являются важными для дальнейшего эффективного развития системы здравоохранения. Сформированный кадровый потенциал, стандартизация и совершенствование нормативного регулирования в отрасли будут способствовать повышению конкурентоспособности отечественного здравоохранения. Все принимаемые меры позволят снизить потери производительности в результате заболеваний и защитить население от финансовых последствий при ухудшении здоровья, а также высвободить средства для более эффективных инвестиций.*

*Следующим шагом развития здравоохранения является реализация Государственной программы «Денсаулық» на 2016-2019 годы. Основными задачами Проекта являются укрепление здоровья населения путем проведения медико- и санитарно-профилактических мероприятий; обеспечение доступности и всеобщего охвата населения качественными медицинскими услугами; а также создание эффективной системы здравоохранения.*

**Дуйсенова Т. К.**

*Министр здравоохранения и социального развития  
Республики Казахстан*

# СОДЕРЖАНИЕ

## **В.Б. Тлемисова, Т.Т. Жумагулов, К.Ж. Калманбаева**

Программа управления заболеваниями по трем нозологиям (артериальная гипертензия, сахарный диабет, хроническая сердечная недостаточность).....6

## **Г.А. Мусабекова, Б.Т. Каупбаева, Р.Т. Туманова**

Повышение качества медицинских услуг во фтизиатрии путем внедрения системы мониторинга и оценки.....15

## **А.К. Искаков**

Изучение и совершенствование менеджмента в организации на примере частного учреждения «University service management».....24

## **Ж.Т. Нургалиева, Н.М. Маденов**

Направление развития информатизации здравоохранения в соответствии с Государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы.....28

## СТРАТЕГИЯ И ПОЛИТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

### ПРОГРАММА УПРАВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПО ТРЕМ НОЗОЛОГИЯМ (АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, САХАРНЫЙ ДИАБЕТ, ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ)

**Мақала:** Аруларды басқару бағдарламасы үш бейін бойынша (артериальді гипертензия, қант диабеті, жүректің созылмалы жетіспеушілігі)

**Жазушылар:**

**В.Б. Тлемисова**, Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі ШЖҚ РМК «Денсаулық сақтау дамыту республикалық орталық» Стратегиялық дамыту орталығының басшысы

**Т.Т. Жумагулов** Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі ШЖҚ РМК «Денсаулық сақтау дамыту республикалық орталық» Стратегиялық дамыту орталығының медициналық көмекті дамыту және инфрақұрылым бөлімінің бастығы

**К.Ж. Калманбаева**, Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі ШЖҚ РМК «Денсаулық сақтау дамыту республикалық орталық» Стратегиялық дамыту орталығының медициналық көмекті дамыту және инфрақұрылым бөлімінің жетекші маманы

Аруларды басқару Бағдарламасын әзірлеу алдын алу мәселелерінде елеулі өзгерістер қажеттігінен және созылмалы жұқпалы емес аурулармен күресуге бағытталған, науқас өз денсаулығы үшін жауапкершілігін арттыру, медициналық персонал өзара іс-қимылын жақсарту және қолда бар барлық ресурстарды пайдалану, ықтимал асқынулар немесе жағдайлар түсуін болдырмау мақсатында туындады.

**Статья:** Программа управления заболеваниями по трем нозологиям (артериальная гипертензия, сахарный диабет, хроническая сердечная недостаточность)

**Авторы:**

**В. Б. Тлемисова**, руководитель Центра стратегического развития РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан

**Т.Т. Жумагулов**, начальник отдела развития медицинской помощи и инфраструктуры Центра стратегического развития РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан

**К.Ж. Калманбаева**, главный специалист отдела развития медицинской помощи и инфраструктуры Центра стратегического развития РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан

Разработка Программы управления заболеваниями продиктована необходимостью серьезных преобразований в вопросах профилактики и борьбы с хроническими неинфекционными заболеваниями в целях повышения солидарной ответственности пациентов за свое здоровье, улучшения взаимодействия медицинского персонала и использования всех имеющихся ресурсов, направленных на предотвращение возможных осложнений или утяжеления состояний.

**Title:** Disease management program for 3 diseases (arterial hyper tension, diabetes, chronic heart failure)

**Authors:**

**Tlemissova V.B.,** Head of Strategic Development Center of the REM on REM «Republican Center for Health Development» of the Ministry of Health and Social Development of the Republic of Kazakhstan

**Zhumagulov T.T.,** Head of Medical Service and Infrastructure Development Division of the Strategic Development Center of the REM on REM «Republican Center for Health Development» of the Ministry of Health and Social Development of the Republic of Kazakhstan

**Kalmanbayeva, K.Zh.,** Lead Specialist at the Medical Service and Infrastructure Development Division of the Strategic Development Center of the REM on REM «Republican Center for Health Development» of the Ministry of Health and Social Development of the Republic of Kazakhstan

Development of the Disease management program is dictated by the need for major changes in the matters of disease prevention and the fight against chronic non-communicable diseases for the purposes of promoting collective responsibility among patients for their health, improving the cooperation of medical personnel and using all available resources aimed at preventing potential complications or worsening of conditions.

Программа управления заболеваниями (далее – ПУЗ) была разработана и внедрена в рамках реализации Проекта передачи технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан в 2013-2015 годы.

Разработка настоящей Программы продиктована необходимостью серьезных преобразований в вопросах профилактики и борьбы с хроническими неинфекционными заболеваниями в целях повышения солидарной ответственности пациентов за свое здоровье, улучшения взаимодействия медицинского персонала и использования всех имеющихся ресурсов, направленных на предотвращение возможных осложнений или утяжеления состояний.

Хронические неинфекционные заболевания являются основными причинами предотвратимой заболеваемости и инвалидности в мире, и существенно влияют на продолжительность жизни, в том числе качественную. Этот глобальный вызов также оказывает влияние на здоровье граждан Казахстана и связан с такими основными факторами как широкое распространение поведенческих факторов риска и старение населения.

По данным Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ), ежегодно от неинфекционных заболеваний (далее – НИЗ) умирает 38 миллионов человек – это 68% от всех случаев смертей. Около 75% — 28 мил-

лионов случаев смерти от НИЗ происходит в странах с низким и средним уровнем дохода. 16 миллионов людей, умирающих от НИЗ, входят в возрастную группу до 70 лет. 82% этих случаев преждевременной смерти происходит в странах с низким и средним уровнем дохода.

Сердечно-сосудистые заболевания приводят к большинству случаев смерти от НИЗ — ежегодно от них умирает 17,5 миллионов человек. За ними следуют онкологические заболевания (8,2 миллиона), респираторные болезни (4 миллиона) и диабет (1,5 миллиона). На эти 4 группы болезней приходится примерно 82% всех случаев смерти от НИЗ. [1]

Причины этих заболеваний включают изменчивые факторы риска, связанные с образом жизни, которые возможно изменить. К ним относятся курение, алкоголь, несбалансированное питание, отсутствие или недостаточность физической активности.

Признание роли факторов риска, связанных с образом жизни, в повышении показателя хронических заболеваний определило принципиальную профилактическую стратегию. Основной посыл Программы – устранение основных рисков, связанных с образом жизни при помощи мер, направленных на все население, в которые входит профилактическая работа путем информирования и обучения населения навыкам самоуправления сво-

им образом жизни и самопомощи.

Сосредотачиваясь на состояниях с высоким риском и бременем заболеваний, как хроническая сердечная недостаточность, артериальная гипертензия и сахарный диабет, в данной Программе отводится важнейшее место средним медицинским работникам, немедицинским работникам (социальные работники, психологи) через повышение роли и совершенствование организации деятельности школ здоровья в качестве поставщиков медицинских услуг, а также разъяснительной работе и обучению пациентов само менеджменту. ПУЗ представляет собой комплексный, разноплановый подход по улучшению ведения хронических заболеваний, предназначена для поддержки людей с диагностированным хроническими НИЗ и направлена на предоставление помощи пациентам в управлении своим заболеванием путем координированных мер, включая самопомощь и соблюдение плана лечения.

**Целью внедрения ПУЗ** по 3 нозологиям является увеличение продолжительности жизни пациентов с хроническими заболеваниями и улучшение здоровья пациентов путем использования наилучших клинических практик с целью предупреждения осложнений и обострений при:

- артериальной гипертензии;
- сахарного диабета;
- хронической сердечной недостаточности.

**Задачи внедрения ПУЗ:**

- повышение солидарной ответственности граждан за свое здоровье;
- внедрение социальных контрактов ответственности за укрепление здоровья;

рациональное использование ресурсов ПМСП (специалистов, современных медицинских технологий на основе доказательной медицины: ЛС, услуги, ИМН);

снижение потребности в стационарной и скорой помощи, посредством максимального соблюдения пациентами назначенного курса лечения и изменения поведения, направленного на укрепление здоровья;

снижение временной и стойкой нетрудоспособности путем стабилизации течения заболевания;

снижение нагрузки и очередей в ПМСП;

применение самопомощи /самоменеджмента.

**Предпосылки внедрения ПУЗ в Казахстане**

По данным Комитета по статистике Министерства национальной экономики Республики Казахстан численность населения РК увеличилась по сравнению с 2011 годом более чем на 1 млн. человек и на начало 2016 года составила 17 693,5 тыс. человек.

За последние 5 лет отмечается следующая положительная динамика:

1) повышение уровня рождаемости населения на 3% с 22,54 (2010 год) до 23,13 (2014 год) на 1000 населения;

2) снижение показателя смертности на 16% с 8,97 (2010 год) до 7,57 (2014 год) на 1000 населения;

3) увеличение коэффициента естественного прироста населения 15% с 13,57 (2010 год) до 15,56 (2014 год) на 1 000 населения.

Представленные данные, приведённые в та-

**Таблица 1. Результаты исследования с минимальными и максимальными значениями по РК**

Республики Казахстан	Все население (тыс. человек)	в том числе					
		<i>взрослые</i>	<i>%</i>	<i>подростки</i>	<i>%</i>	<i>дети</i>	<i>%</i>
2011 год	16675,4	11740,0	70,4	780,2	4,7	4155,2	24,9
2014 год	17417,7	12119,2	69,6	666,9	3,8	4631,6	26,6

Представленные данные, приведённые в таблице 1, свидетельствуют о том, что в структуре населения республики намечена тенденция увеличения детского населения и снижение удельного веса взрослого населения и подростков.

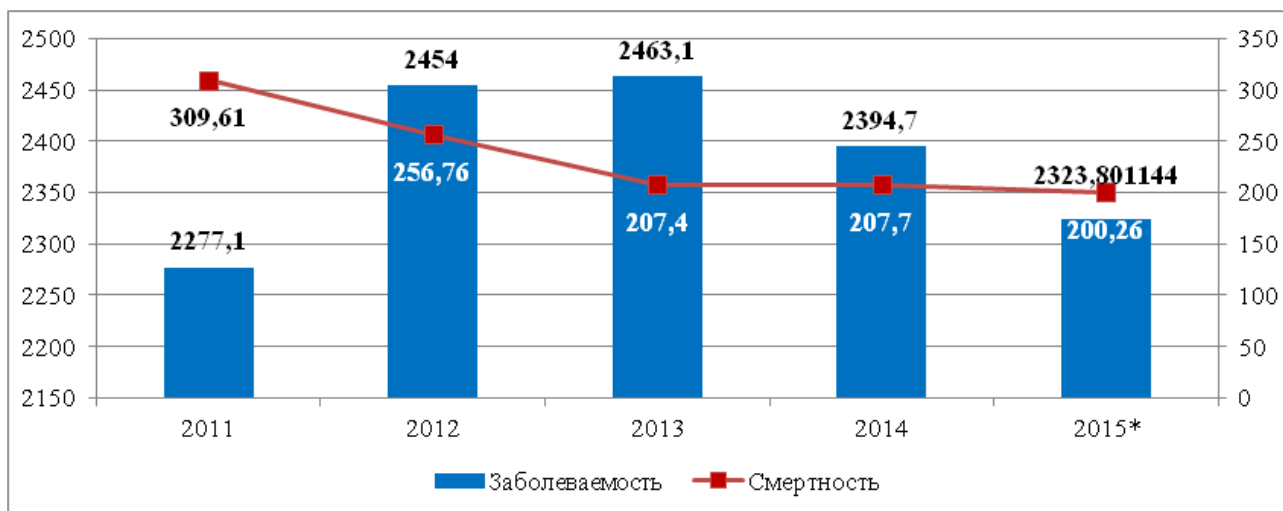
Ожидаемая продолжительность жизни (далее – ОПЖ) в Казахстане в 2014 году по сравнению с 2010 годом (68,45 лет) возросла на 3,17 лет и составила 71,62 лет, что позволило улучшить позицию республики в Содружестве Независимых Государств (далее - СНГ). Вместе с тем, ожидаемая продолжительность жизни в Казахстане значительно ниже, чем в странах Организации экономического сотрудничества и развития (2013 год – 80,4 лет) и Европейского Союза (по оценкам WorldFactbook 2013 – 79,9 лет).

Казахстан относится к странам выше среднего уровня дохода и занимает 151 место в рейтинге 223 стран по величине ОПЖ. Разница между ОПЖ женщин (75,94 лет) и мужчин (67,12 лет) остается высокой, составив в 2014 году 8,82 лет. Наибольший разрыв между ОПЖ женщин и мужчин наблюдался в 2011 году – 9,65 лет. Казахстан остается в списке пяти стран мира с наибольшим различием

в значениях показателя ОПЖ женщин и мужчин наряду с Россией (12), Украиной (11,0), Литвой (10,2), Эстонией (10,2).

Общая смертность населения составляет 7,52 на 1000 населения, что на 16,9% ниже в сравнении с 2010 годом (8,94 на 1000 населения).

В структуре общей смертности ведущей причиной являются болезни системы кровообращения (22,3%), наиболее частые – ишемическая болезнь сердца, сосудистое поражение мозга, от которых ежегодно умирают около 30 тысяч человек. В связи с проведением скрининговых исследований улучшилась выявляемость болезней системы кровообращения, показатель заболеваемости БСК возрос с 2277,1 в 2011 году до 2323,8 на 10 тысяч населения в 2015 году. Показателем эффективности проводимой работы по раннему выявлению заболеваний, лекарственному обеспечению больных является снижение смертности от БСК соответственно с 309,61 в 2011 году до 200,26 в 2015 году. Стандартизованный показатель смертности от БСК составил 296,5 на 100 тыс. населения (мировой стандарт населения). (Рисунок 1)



*Рисунок 1. Динамика показателей заболеваемости и смертности от БСК за 2011-2015 годы*

В структуре общей смертности эндокринные заболевания составляют более 1%. В структуре смертности от эндокринных заболеваний сахарный диабет составляет 90%. Заболеваемость сахарным диабетом за анализируемый период возросла и составила 169,1

в 2015 году по сравнению с 2011 годом – 158,3 на 100 000 населения.

Сахарный диабет – это одно из наиболее опасных заболеваний в плане осложнений. За 10-15 лет болезни, даже при соблюдении больным всех требований лечения, сахарный



диабет постепенно разрушает организм и приводит к развитию серьезных хронических заболеваний. Учитывая, что при сахарном диабете значительно изменяется в патологическую сторону состав крови, можно ожидать хронического поражения всех органов.

Анализ структуры диспансерных больных за 2015 год показал, что артериальная гипертензия, сахарный диабет и хроническая сердечная недостаточность в общей структуре составляют 42,7%. (Таблица 2)

**Таблица 2. Структура диспансерных больных за 2015 год**

	<b>Нозологии</b>	<b>% от общей структуры диспансерных больных</b>
	БСК	46,3%
	в том числе:	
1.	Артериальная гипертензия	32,2%
2.	Хроническая сердечная недостаточность	1,4%
	Психические расстройства	11,7%
	Сахарный диабет	9,1%
	Беременные	5,7%
	Другие причины	9,8%

Высокая распространенность следующих факторов риска сформировала высокую распространенность хронических неинфекционных заболеваний и в Казахстане:

1) несоблюдение здорового образа жизни, неблагоприятное состояние окружающей среды (по данным ВОЗ здоровье человека на 50% зависит от образа жизни (социально-экономические факторы, уровень образованности, приверженность к вредным привычкам, ведение здорового образа жизни и другие) до 20% уровень здоровья зависит от состояния окружающей среды);

2) низкое качество питьевой воды (только 87,7% населения обеспечено безопасной питьевой водой, что в свою очередь отражается на высоком уровне инфекционной заболеваемости);

3) факторы риска (на семь ведущих факторов риска приходится почти 60% общего бремени хронических заболеваний: табакокурение (13,4%), потребление алкоголя в опасных дозах (12,8%), повышенное артериальное давление (12,3%), гиперхолестеринемия (9,6%), избыточная масса тела (7,4%), недостаточное потребление фруктов и овощей (5,5%), низкая физическая активность (3,5%);

4) недостаточная информированность и мотивация населения в вопросах ведения

здорового образа жизни и профилактики заболеваний, здорового питания.

Средний экономический ущерб от потерянных лет жизни в связи с инвалидностью и смертностью в трудоспособном возрасте составил:

- от БСК 72,3 млрд. тенге;
- от сахарного диабета составил 10,3 млрд. тенге.

По итогам 2014 года сумма ущерба от экстренно госпитализированных больных, с обострениями хронических заболеваний, управляемых на уровне поликлиник составила 389,6 млн. тенге или 1,5% от общей суммы расходов на круглосуточный стационар.

При снижении смертности и инвалидности от БСК на 10% сумма пополнения в бюджет в виде подоходного налога от трудоспособного населения составит 7,2 млрд. тенге:

- за счет снижения инвалидности – 6,4 млрд. тенге;
- за счет снижения смертности – 0,8 млрд. тенге.

При снижении смертности и инвалидности от сахарного диабета на 10% сумма пополнения в бюджет в виде подоходного налога от трудоспособного населения составит 1,032 млрд. тенге:

### Описание ПУЗ

ПУЗ является комплексным, многогранным подходом по улучшению ведения хронических заболеваний. Страны всего мира, в том числе Казахстан, испытывают трудности по обеспечению последовательного внедрения наилучших доказательных практик. Международные исследования показывают, что наилучшим практикам по диагностике, лечению или мониторингу следуют около в 50% времени. Это происходит, потому что в традиционной модели ПМСП методы лечения не всегда основаны на доказательствах, пациенты посещают в поликлинику, когда они больны, а не на регулярной запланированной основе, медицинские работники перегружены работой, ограничены во времени и склонны забывать о предоставлении всех рекомендованных наилучших практик, а пациенты не вовлечены в свой уход.

Новая модель ПУЗ нацелена на обеспечение более организованного, прогнозируемого, эффективного, систематического ухода и вовлечение пациентов в свой уход.

В основе ПУЗ лежит «рецепт по улучшению исходов», который состоит из четырех компонентов:

1. Клинические руководства (КР). КР определяют лабораторные тесты, лекарственные препараты, терапию, которые необходимо назначать и рекомендации по образу жизни, которые следует выполнять.

2. Модель ухода при хронических заболеваниях. Данная модель является методом по моделированию системы здравоохранения таким образом, чтобы наилучшие практики в КР внедрялись последовательно. Она включает:

а. Дизайн системы. Процесс обзвона обеспечивает проведение регулярного обзвона пациентов. Пациенты проходят запланированный прием, во время которого систематически выполняются все наилучшие доказательные практики. Выполняется сегментация населения, согласно которой уровень сложности пациентов определяется таким образом, что сложные пациенты получают более интенсивный уход. Существует высоко функциональная команда, в которой

каждый член команды работал, используя навыки на высочайшем уровне.

б. Поддержка принятия решения. Медицинские работники во время каждого приема заполняют Карты наблюдения за пациентами, которые напоминают им о том, какие анализы и препараты назначить. Практические инструменты, такие, как алгоритмы или контрольные листы также служат для этой цели.

с. Клинические информационные системы. Поликлиники вводят данные в регистры пациентов, которые рассчитывают индикаторы качества и формируют списки пациентов, нуждающихся в обзвоне, и списки пациентов, согласно уровням сложности их состояния, а также реестры, показывающие улучшение качества в динамике.

д. Поддержка самоменеджмента. Вместо чтения лекций пациентам, работники используют техники по вовлечению пациентов и повышению их мотивации. Инструменты, в том числе «Спроси-Расскажи-Спроси», помогают определить интересы и информационные потребности пациентов в большем объеме обучения, а краткие планы действий направлены на помощь пациентам в постановке небольших, достижимых целей в непрерывной последовательности, что повышает их уверенность в своей способности вносить изменения в образ жизни.

3. Модель улучшения. Это метод для внедрения изменений и адаптации модели ухода при хронических заболеваниях к местным условиям. Он включает в себя план проекта, в котором четко поставлены цели, измерения и идеи по улучшению, циклы «Планируй-Делай-Исследуй-Действуй» (ПДИД), техника для тестирования вариантов возможных способов внедрения изменения; а также картирование процесса, которое является техникой для понимания и улучшения дизайна шагов, задействованных в оказании медицинских услуг.

4. Обучающий проект. Является методом для изучения / обучения новым навыкам, связанным с тремя вышеуказанными элементами. Он включает в себя четыре обучающих сессии, которые предоставляются в течение

года и обучают группы решению проблем и обмену идеями. Вариант обучающего проекта, рекомендованный для Казахстана, включает в себя наставничество по повышению качества, в рамках которого команды получают индивидуальную поддержку, проводится аудит и предоставляется обратная связь по внедрению всех вышеуказанных компонентов ПУЗ [2].

Промежуточные результаты пилотного внедрения ПУЗ

В соответствии с приказом МЗСР РК с 2013 года проводилось пилотное внедрение ПУЗ в семи поликлиниках в двух городах - Павлодар и Петропавловск.

К концу 2015 года в почти все команды достигли определенных видов улучшений [3]. (Таблица 3)

**Таблица 3. Промежуточные результаты внедрения ПУЗ**

Заболевание	Поликлиника	Индикатор	Изменение
АГ	г. Павлодар, ГП №2	уровень АД < 140/90	от 24% до 46%
АГ	г. Павлодар, ГП №5	уровень АД < 140/90	от 10% до 62%
АГ	г. Петропавловск, ГП №3	уровень АД < 140/90	от 49% до 61%
СД	г. Павлодар, ГП №4	Осмотр глазного дна за последние 12 месяцев	от 20% до 84%
		Анализ на уровень ЛПНП за последние 12 месяцев	от 36% до 74%
		Анализ на определение САК за последние 12 месяцев	от 8% до 14%
СД	г. Павлодар, ГП №1	Осмотр глазного дна за последние 12 месяцев	от 59% до 92%
		Анализ на уровень ЛПНП за последние 12 месяцев	от 83% до 92%
СД	г. Петропавловск, ГП №1	Осмотр глазного дна за последние 12 месяцев	от 7% до 29%
		Анализ на уровень ЛПНП за последние 12 месяцев	от 67% до 92%
		Анализ на определение САК за последние 12 месяцев	от 14% до 81%
ХСН	г. Павлодар, ГП №2	Пациенты, прошедшие эхокардиографию	от 67% до 100%
ХСН	г. Петропавловск, ГП №2		сейчас 100%

В целом, появились признаки улучшения в измерениях процесса, однако относительно небольшое количество изменений произошло в измерениях исходов, за исключением улучшений по артериальной гипертензии. Этого следовало ожидать, поскольку

в рамках данного проекта оказание влияния на исходы за такой короткий период времени является нереалистичным.

Несмотря на то, что основы ПУЗ были объяснены во время обучающих сессий, в процессе внедрения возникли многочислен-

ные проблемы: документы или инструменты заполнялись не полностью или вводились недостоверные данные; неправильное понимание инструкций; отсутствие документации; и использование неактуальных версий инструментов, которые были обновлены. Разные поликлиники столкнулись с различными трудностями по использованию инструментов. У некоторых поликлиник возникли проблемы с доступом к определённым лекарственным препаратам или исследованиям, в том числе лабораторным, которые препятствуют их возможности достичь улучшения некоторых индикаторов. Вероятно, что часть данных проблем возникла из-за сложности типов предлагаемых изменений и необходимости выделить командам время на усвоение предоставленной информации.

Улучшения появились после выполнения следующих действий:

1. Создания более подробных практических руководств по каждому компоненту ПУЗ.

2. Установления чётких ожиданий в отношении достижения определённых задач к конкретной дате.

3. Посещения пилотных поликлиник с проведением аудита на использование инструментов и предоставления обратной связи каждой поликлинике.

4. Внесения изменений в некоторые из инструментов в середине проекта, в связи с замечаниями и предложениями, поступившими от команд или вследствие непредвиденных проблем. В особенности, это касается регистра, полный пересмотр которого был проведён через семь месяцев действия проекта. В результате, в новом регистре теперь есть механизмы, предотвращающие погрешности (когда пользователь предупреждён от ввода ошибочных данных), и он автоматически рассчитывает индикаторы, формирует списки пациентов, нуждающихся в обзвоне, а также списки пациентов согласно уровням сложности. Список индикаторов и Карта наблюдения за пациентом также претерпела незначительные изменения.

5. Предоставления участниками информации о том, каким образом степень про-

гресса определенной поликлиники различается в сравнении с другими поликлиниками. Целью такого шага являлось поощрение отстающих поликлиник достичь результатов опережающих поликлиник.

Конечный результат пилотного внедрения ПУЗ

В результате корректирующих мер:

1. Регистр и Карты наблюдения были усвоены очень хорошо и в одинаковой степени. Это было подтверждено в ходе нескольких посещений поликлиник и проверок. Все команды смогли создать реестры, показывающие улучшения в динамике. Это является основным достижением команд ПУЗ и лежит в основе многих успешных улучшений в индикаторах, указанных выше.

2. Другие элементы, запланированные приёмы, запланированный обзвон и сегментация пациентов, были внедрены с частичным успехом. Команды устно сообщили о том, что они внедряли данные идеи по улучшению и определили сотрудников, задействованных в выполнении каждого шага. Тем не менее, они не задокументировали то, как выглядел данный процесс. И проект закончился прежде, чем можно было провести детальную проверку.

3. Практические инструменты были обновлены/разработаны в июне, а затем во время октябрьской обучающей сессии по ним было проведено обучение. По мере того, как участники стали положительно реагировать на обучение, оказалось, что уже поздно и не осталось времени на проверку и оказание поддержки по использованию инструментов.

4. Аналогичным образом, с частичным успехом был внедрён самоменеджмент. В то время, пока одни участники с энтузиазмом принимали участие в обучающих сессиях и положительно отзывались об изменении в идеологии, некоторые из участников испытывали трудности в соблюдении нового подхода во время моделирования клинических ситуаций, демонстрирующих необходимость внедрения в непрерывной практике и получении обратной связи. Во время посещения пилотных поликлиник, некоторые краткие

планы действий были чрезмерно клинически направленными и, возможно, не отражали целей, ориентированных на пациента. Стимул к изменению сохранялся на протяжении всего проекта и это является хорошим индикатором непрерывного улучшения.

5. Инструменты по повышению качества также внедрялись частично. Команды ПУЗ предоставили несколько циклов ПДИД, хотя и не с желаемой периодичностью. Из этого можно сделать вывод, что команды могли внедрять идеи перед необходимым тестированием. Все команды ПУЗ завершили заполнение процесса картирования пациента по ПУЗ, документирование текущего состояния и желаемого уровня для процессов приёма пациентов с хроническими заболеваниями.

#### Ожидаемые результаты

1) улучшение самоменеджмента, что существенно повлияет на снижение числа

обострений и осложнений;

2) сокращение избыточного использования ресурсов здравоохранения с помощью поддерживающего подхода, приемлемого для пациентов;

3) снижение нагрузки на врачебный персонал, путем активного вовлечения среднего медицинского персонала и немедицинского персонала;

4) повышение сотрудничества между специалистами различного профиля иразного уровня, которые традиционно действовали порознь;

5) повышение солидарной ответственности пациентов и профилактика здорового образа жизни.

Реализация настоящей Программы позволит повысить качество медицинских услуг, улучшить исходы и облегчить течение хронических заболеваний

#### Источники:

1. World Health Organization - «GLOBAL STATUS REPORT on non-communicable diseases 2014»
2. Методические рекомендации по внедрению ПУЗ в РК канадской консалтинговой компании CSIH
3. Отчеты по внедрению ПУЗ в РК канадской консалтинговой компании CSIH

## УПРАВЛЕНИЕ УСЛУГАМИ

### ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ВО ФТИЗИАТРИИ ПУТЕМ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ

**Г.А. Мусабеева, Б.Т. Каупбаева, Р.Т. Туманова**

*РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»,  
г. Астана, Республика Казахстан*

#### **Тұжырым**

Осы мақала бүкіл мемлекет бойынша мониторинг және бағалау жүйесін индикаторлық негізде енгізуге байланысты туберкулезге қарсы іс-шаралардың әр түрлі аспектілерінің сапасын арттыру мәселелеріне арналған.

Бағалау және мониторинг индикаторларының тапсырмалары, мақсаты, индикаторларды таңдау критерийлері, сонымен қатар 2015 жылдың қорытындысы бойынша 2014-2020 жылдарға арналған Туберкулезбен күрес бойынша кешенді жоспардың орындалуына индикаторлардың стратегиялық қатысуы туралы деректер сипатталған.

Денсаулық сақтаудың мақсатты көрсеткіштеріне жетуіне және жергілікті тұрғындарға көрсетілетін медициналық қызметтің өз уақытында толықтай орындалуы мен тиімділігін арттыруына тигізетін оңтайлы мониторингтің әсері көрсетілген.

Кілтті сөздер: сапаны тексеру, мониторинг, индикаторлар, туберкулез.

#### **Резюме**

Данная статья посвящена вопросам повышения качества различных аспектов противотуберкулезных мероприятий в связи с внедрением по всей стране системы мониторинга и оценки на индикаторной основе.

Описаны цель, задачи, индикаторы мониторинга и оценки, критерии отбора индикаторов, а также приведены данные по индикаторам стратегических вмешательств по выполнению Комплексного Плана по борьбе с туберкулезом на 2014-2020 годы по итогам 2015 года.

Показано влияние надлежащего мониторинга на достижение целевых показателей здравоохранения и на повышение эффективности, полноты, своевременности оказания медицинских услуг населению.

Ключевые слова: оценка качества, мониторинг, индикаторы, туберкулез.

#### **Summary**

This article explores issues of enhancing the quality of various aspects of TB control activities in connection with the introduction of nationwide indicator based monitoring and evaluation system.

It describes the purpose, objectives, and monitoring and evaluation indicators, criteria of indicators selection, as well as presents data on indicators of policy interventions in implementation of the 2014-2020 Comprehensive TB Plan by the end of 2015.

It demonstrates the effect of proper monitoring for the achievement of target health indicators and improvement of effectiveness, completeness, timeliness of the delivery of health services to the population.

Keywords: quality assessment, monitoring, indicators, TB.

#### **Введение.**

Понятие качества в здравоохранении занимает ключевое место на любом уровне оказания медицинской помощи, а вопрос качества оказания медицинской помощи является основным в организации деятельности медицинских учреждений. Для реше-

ния проблемы повышения уровня качества медицинской помощи предлагаются различные пути, разработаны определенные механизмы, среди которых - система аккредитации медицинских организаций, в которой особое место занимают развитие соответствующих методов обеспечения качества

медицинской помощи, оценки соответствия стандартам всего процесса деятельности медицинской организации и прогнозирование на определенные сроки поддержания этого высокого качества деятельности. Только в результате мониторинга и оценки медицинской услуги можно подтвердить достижение положительных результатов по конкретному направлению, чем и обеспечивается запланированное качество медицинской помощи [1]. Принципы управления качеством носят универсальный характер и применимы практически ко всем аспектам оказания медицинской услуги [2]. Проведение системного анализа лечебно-диагностического процесса путем мониторинга и оценки (далее – МиО) позволяет найти его слабые стороны и разработать конкретные предложения по их устранению [3]. Важность МиО подчеркнута и внесена в резолюцию 67 сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (Женева, 2014 год), где указано: «обеспечить осуществление, мониторинг и оценку предлагаемых в стратегии действий сектора здравоохранения и многосекторальных действий, касающихся проблемы туберкулеза, при поддержке на высоком уровне и адекватном финансировании, принимая во внимание местные условия» [4].

История создания системы мониторинга и оценки в противотуберкулезной программе Республики Казахстан, какие результаты были достигнуты после внедрения МиО и дальнейшие перспективы по повышению качества фтизиатрической службы явились целью данной статьи.

В противотуберкулезной службе Республики Казахстан для оценки качества оказания противотуберкулезной помощи населению Приказом МЗ РК от 23 апреля 2007 года №245 создана вертикальная мультидисциплинарная система мониторинга и оценки: учрежденческий уровень – районный – региональный – областной (городской) – национальный [5]. Целью мониторинга является улучшение внедрения Национальной противотуберкулезной программы на всех

уровнях, основной задачей - определение степени соответствия между выполнением программы и установленными стандартами, что позволяет выявить оперативные проблемы, которые возникают в процессе деятельности медицинских работников на местах. Национальным центром проблем туберкулеза Республики Казахстан (далее – НЦПТ РК) разработаны и утверждены методические рекомендации по МиО, контрольные листы или чек-листы, положение о группах МиО, функциональные обязанности специалистов группы МиО и учебные программы по подготовке специалистов МиО [6]. В дальнейшем контрольные листы с индикаторами измерения качества выполнения мероприятий по выявлению, диагностике, регистрации и учету, лекарственному обеспечению, лечению, когортному анализу, инфекционному контролю были обновлены и разработаны совершенно новые, не имеющие аналогов в мире, контрольные листы для оценки качества мероприятий по контролю за туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью (далее – М/ШЛУ ТБ).

За период с 2007 по 2014 годы при финансовой поддержке Гранта Глобального фонда по борьбе с малярией, СПИД и туберкулезом (8 и 10 раунд) проводилось обучение специалистов ПТО по МиО и по МиО МЛУ ТБ. В процессе тренинга участники получали информацию о понятии качества в здравоохранении, о целях, задачах, методах и определениях мониторинга и оценки, требованиях к индикаторам, обучались навыкам работы с чек-листами, по составлению отчета по МиО.

Для того, чтобы непосредственно или опосредованно измерить изменения и оценить степень достижения программных целей и задач, используются контрольные листы с индикаторами, обращалось особое внимание к индикатором - инструментам измерения качества выполнения. Все индикаторы должны соответствовать критериям, указанным в таблице 1.

Таблица 1 - Критерии отбора индикаторов

№	Характеристика	Описание
1	Действительность	Показатели должны измерять условия или события, для измерения которых эти показатели предназначены
2	Надежность	Показатели должны быть объективными, давать одинаковые результаты, когда проводится более одного измерения одинаковых условий или событий. Все должно быть эквивалентным (например, должны использоваться одинаковые методы/приборы/инструменты).
3	Специфичность	Показатели должны измерять одни и те же условия или события.
4	Чувствительность	Показатели должны отражать изменения условий или событий в процессе наблюдения.
5	Оперативность	Показатели должны быть соизмеримы с определениями, которые разработаны и тестированы на уровне программы.
6	Допустимость	Стоимость измерения показателей должна быть разумной
7	Выполнимость	Должна иметься возможность осуществлять сбор предложенных данных при нормальных условиях работы
8	Измеримость	Показатели должны быть измерены объективно
9	Сравнимость	Показатели должны быть сопоставимы по времени и по различным географическим зонам

Во всех противотуберкулезных организациях (далее - ПТО) областного, городского, регионального уровней были организованы группы МиО в составе от 3 до 5 человек, работа которых контролируется и анализируется специалистами группы МиО Национального центра проблем туберкулеза РК (далее – НЦПТ РК). На национальном уровне группа МиО состоит из координаторов по лечению, лекарственному обеспечению, информатике, лабораторной службе, по миграции, по ТБ/ВИЧ, межведомственному взаимодействию. При необходимости, привлекаются сотрудники НЦПТ РК, курирующие вопросы инфекционного контроля, фтизиопедиатрии, фтизиохирургии, санитарно-просветительной работы. На учрежденческом и районном уровнях мониторинг проводимых мероприятий осуществлялся в форме самооценки с использованием стандартных контрольных листов.

Во время мониторинга используются все методы: наблюдение, интервью с медицинскими работниками, с пациентами, обзор и изучение документации.

Как один из методов мониторинга в противотуберкулезной программе используется система динамического и комплексного слежения за эпидемическим процессом туберкулеза (далее – ТБ) на всей территории РК в целях рационализации и повышения эффективности профилактических и противоэпидемических мероприятий по ТБ. На уровне страны проводится непрерывный сбор, передача и анализ эпидемиологически значимой информации по ТБ, постоянная диагностическая оценка эпидемиологической ситуации и тенденций ее развития, разработка на этой основе оптимальных управленческих решений.

На национальном уровне помимо ежемесячного мониторинга данных электронного Регистра больных туберкулезом (ЭРБТ), проводятся плановые мониторинговые визиты специалистов Министерства здравоохранения РК, НЦПТ РК, Департамента защиты прав потребителей (ДЗПП), Комитета уголовно-исполнительной системы Министерства внутренних дел (КУИС МВД) во все регионы не менее 1 раза в год в соответствии с планом, утвержденным МЗ РК. Визиты областных команд по мониторингу в районные противотуберкулезные программы осуществляются в соответствии с планом, утвержденным в Управлении здравоохранения на год, не реже 1 раза в 4-6 месяцев.



Во время МиО визитов проводится оценка выполнения противотуберкулезных мероприятий за текущий и предыдущий отчетные периоды по следующим 11 аспектам:

1. Выявление случаев туберкулеза на уровне ПМСП среди групп риска и среди лиц с подозрением на туберкулез.
2. Лабораторная диагностика туберкулеза.
3. Система регистрации и отчетности по туберкулезу.
4. Профилактика и лечение туберкулеза.
5. Лекарственное обеспечение больных туберкулезом.
6. Инфекционный контроль.
7. Санитарно-просветительная работа.
8. Тренинги, обучение медицинских работников ПТО и ПМСП.
9. Оказание социальной помощи больным туберкулезом.
10. Мероприятия по ТБ/ВИЧ.
11. Межведомственное взаимодействие.

Результаты выполнения предыдущих рекомендаций, а также основные проблемы, выявленные во время Республиканского мониторингового визита, и пути их решения доводятся до сведения заместителей Акимов областей, курирующих вопросы здравоохранения, а также до руководителей управления здравоохранения. Краткий отчет по визиту с принятыми решениями, с указанием ответственного исполнителя и временных рамок выполнения рекомендаций, согласовывается на заключительной встрече.

Кроме того, в последний день мониторингового визита проводятся конференции с участием специалистов Управлений здравоохранения, Департамента уголовно-исполнительной системы, областных противотуберкулезных диспансеров (далее – ОПТД), руководителей городских и районных ПМСП и ПТО, где доводятся до вни-

мания присутствующих основные успехи и недостатки, выявленные во время МиО и за отчетный период, а также республиканские показатели за прошедший год в сравнении с предыдущим годом.

Выполнение рекомендаций предыдущего года по итогам МиО контролируются кураторами регионов - специалистами группы МиО НЦПТ РК на ежеквартальной основе.

Официальным форматом распространения информации после МиО является письменный отчет (бумажный и в электронном варианте), который с практическими рекомендациями представляется в течение 10 дней после окончания МиО визита по электронной почте в вышестоящие уполномоченные органы с обязательным уведомлением о его получении. При написании отчета по мониторингу проводится сравнительный анализ с данными предыдущих визитов специалистов НЦПТ РК, отражается динамика процесса и выполнение практических рекомендаций. В случае отсутствия положительной или наличия отрицательной динамики, подробно описываются причины этого.

В результате внедрения мониторинга и оценки различных аспектов противотуберкулезных мероприятий с использованием утвержденных индикаторов, были достигнуты успехи и положительные перемены по многим оцениваемым показателям. Так, заболеваемость туберкулезом в 2014 году составила 66,4 на 100 тысяч населения против 126,4 в 2007 году, смертность – 4,7 и 18,1 на 100 тысяч соответственно. Охват адекватным лечением больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью достиг стандарта ВОЗ (не менее 85%) впервые в 2012 году (86,9%) и составляет не менее 99% с 2013 года против 33% в 2007 году. Эффективность лечения больных с чувствительными формами туберкулеза соответствует стандартам излечения – не менее 85%. Показатель эффективности лечения больных МЛУ ТБ является одной из высоких в мире – 74,9% (стандарт ВОЗ не менее

75%). Достигнуты стандарты по бесперебойному обеспечению больных туберкулезом противотуберкулезными препаратами (далее – ПТП) первого, второго и третьего ряда, а также по обеспечению работников ПТО респираторами высокой степени защиты. Выделение финансовых средств из местного бюджета на оказание социальной поддержки больным туберкулезом увеличилось с 65,6 млн. тенге в 2007 году до 553,6 млн. тенге в 2014 году.

Прогресс по многим аспектам противотуберкулезных мероприятий в сравнении с результатами предыдущей расширенной оценки реализации Национальной противотуберкулезной программы Республики Казахстан был озвучен в отчете Миссии ВОЗ в Казахстане, состоявшейся в мае 2012 года [7]. Миссией ВОЗ отмечены значительные улучшения во всех аспектах профилактики, контроля и лечения туберкулеза в нашей стране, в частности выявление туберкулеза путем ежегодного скрининга в группах риска, доступность всех противотуберкулезных препаратов, наличие электронной базы данных на всех больных туберкулезом хорошего качества, а также проведение мониторинга и оценки на всех уровнях.

Повсеместное внедрение системы МиО во фтизиатрической службе с 2007 года с обязательным обучением специалистов противотуберкулезных учреждений гражданского и пенитенциарного секторов здравоохранения, руководителей и участ-

ковых специалистов ПМСП по вопросам мониторинга и оценки как способа повышения качества проводимых мероприятий, сыграла значительную роль в достижении ранее намеченных сроков целевых индикаторов по туберкулезу, которые были указаны в Государственной программе развития здравоохранения «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы (снижение заболеваемости туберкулезом к 2015 году - до 66,4 вместо 71,4 на 100 тыс. населения) [8,9].

Результаты всестороннего анализа противотуберкулезных мероприятий с момента внедрения системы мониторинга и оценки в Республике Казахстан позволили определить основные достигнутые успехи, наиболее слабые места и пути по устранению причин, препятствующих достижению соответствующих стандартов. Данный анализ явился доказательной базой при обосновании стратегических направлений в период подготовки проекта Комплексного Плана борьбы с туберкулезом в Республике Казахстан на 2014-2020 годы, который был представлен на рассмотрение 5 сентября 2013 года на заседание Национального Координационного совета по охране здоровья при Правительстве Республики Казахстан и утвержден Постановлением Правительства Республики Казахстан 31 мая 2014г. № 597 «Об утверждении Комплексного Плана по борьбе с туберкулезом в Республике Казахстан на 2014-2020 годы» [10].

**Таблица 2 - Индикаторы стратегических вмешательств Мониторинга и Оценки реализации Комплексного плана по борьбе с ТБ в Казахстане на 2014-2020 годы**

№ п/п	Индикатор	Целевой показатель 2020г
1	Смертность от ТБ (на 100 тыс. населения)	3,8
2	Заболеваемость ТБ (на 100 тыс. населения)	55,6
3	Заболеваемость ТБ с учетом рецидивов	-
4	% сокращенных коек в ПТО	35%
5	% сокращенных ПТО	15%
6	% сокращенных дней госпитализации	55%
7	% больных ТБ и М/ШЛУ-ТБ, начавших лечение в амбулаторных условиях	50%
8	% ежегодного госбюджета для контроля ТБ	90%

9	% охвата экспресс молекулярно-генетическими тестами (G-Xpert)	100%
10	% охвата больных ТБ ТЛЧ к ПТП первого ряда	100%
11	% охвата больных МЛУ ТБ ТЛЧ к ПТП второго ряда	100%
12	% успешного лечения новых случаев легочного ТБ с МБТ (+)	85%
13	% успешного лечения больных МЛУ ТБ	75%
14	% охвата лечением МЛУ ТБ	100%
15	% охвата больных ТБ ПТП первого ряда	100%
16	% охвата больных ШЛУ ТБ ПТП третьего ряда	100%
17	% больных ТБ, получающих социальную поддержку регулярно (не менее 1 раза в месяц) на амбулаторном этапе лечения	90%
18	% охвата химиопрофилактикой детей из контакта	100%
19	% охвата вакцинацией БЦЖ новорожденных	98,5%
20	% охвата ЛЖВ химиопрофилактикой изониазидом	95%
21	Заболеваемость ТБ среди медицинских работников (на 100 тыс. населения)	100
22	% охвата охвата работников ПТО респираторами с высокой степенью защиты	100%
23	% обученных специалистов по МиО	98%
24	% укомплектованности фтизиатрами	100%
25	% обученных врачей ПМСП менеджменту МЛУ-ТБ	70%
26	% больных ТБ, освобожденных из мест лишения свободы и взятых на диспансерный учет	90%
27	% обращений со стороны ПТО по поиску больных ТБ, уклоняющихся от лечения, удовлетворенных территориальными учреждениями МВД РК	95%
28	% больных ТБ, охваченных тестом на ВИЧ	99%
29	% охвата больных ТБ/ВИЧ профилактическим лечением котримоксазолом	100%
30	% охвата АРТ больных ТБ/ВИЧ	100%
31	Число НПО, вовлеченных в НТП	15
32	Число мигрантов, обследованных на ТБ	140 000
33	Число работников и волонтеров неправительственных организаций (НПО), обученных в рамках программы	329)
34	Число медицинских работников, обученных в рамках программы	427
35	% мигрантов с ТБ получивших психосоциальную поддержку	90%
36	% населения пилотных областей, охваченного информационно-образовательной деятельностью	50%

В рамках Комплексного плана по борьбе с туберкулезом на 2014-2020 годы (далее - КП) разработан план мониторинга и оценки (далее - План МиО), который включает методологию мониторинга результатов реализации КП и его воздействие на эпидемиологическую ситуацию в стране. План МиО содержит 36 индикаторов, относящихся к стратегическим вмешательствам и индикаторам структуры, процесса и результата (таблица 2).

С целью мониторинга выполнения стратегических индикаторов Комплексного

плана борьбы с туберкулезом на 2014-2020 годы специалистами Национальной группы МиО НЦПТ РК проводится ежеквартальный анализ и оценка выполнения мероприятий КП в разрезе каждого региона с использованием бальной системы определения рейтинга (0 баллов – отрицательная динамика/ухудшение показателей, отсутствие данных, 1 балл – наличие положительной динамики/улучшение, 2 балла – показатели, выше среднереспубликанских/ достижение стандарта).

Результаты анализа показателей реги-

Таблица 3 – Результаты рейтинговой оценки регионов по итогам 2015 года

№	Область	Набрано баллов	Макс. кол-во баллов	% баллов
1	г.Астана	92	130	70,8
2	Жамбылская область	91	130	70,0
3	Западно-Казахстанская область	90	130	69,2
4	Павлодарская область	89	130	68,5
5	Актюбинская область	87	130	66,9
6	Алматинская область	86	130	66,2
7	Южно-Казахстанская область	84	130	64,6
8	Акмолинская область	81	130	62,3
9	Атырауская область	81	130	62,3
10	Северо-Казахстанская область	79	130	60,8
11	Восточно-Казахстанская область	77	130	59,2
12	г.Алматы	76	130	58,5
13	Костанайская область	76	130	58,5
14	Кызылординская область	71	130	54,6
15	Карагандинская область	66	130	50,8
16	Мангистауская область	65	130	50,0
	<b>Республика Казахстан</b>	<b>1291</b>	<b>130</b>	<b>62,1</b>

онов по индикаторам Комплексного Плана по итогам 2015 года приведены в таблице 3.

Мониторинг и оценка выполнения индикаторов КП позволяет определить, по каким аспектам достигаются или улучшаются показатели, какие индикаторы не выполняются в разрезе регионов.

Как показано в таблице 3 всего были оценены 65 показателей (в том числе 36 индикаторов выполнения КП), при этом из максимальных 130 (100%) баллов среднереспубликанский показатель составил 62,1%. Рейтинговая оценка позволяет определить регионы, где имеет место улучшение показателей или достижение стандартов. По итогам 2015 года такие результаты были отмечены в 9 регионах (г. Астана (70,8%), Жамбылская (70%), Западно-Казахстанская (69,2%), Павлодарская (68,5%), Актюбинская (66,9%), Алматинская (66,2%), Южно-Казахстанская

(64,6%), Акмолинская (62,3%) и Атырауская (62,3%) области).

Анализ достижения пороговых величин по каждому индикатору показал, что за 2015 год в целом по РК выполнение не менее 85% от требуемого стандарта достигнуто по следующим показателям: обеспеченность компьютерами с доступом в интернет на уровне аптечных складов ПТО (достигли 100% все регионы, кроме Карагандинской области); охват лечением больных МЛУТБ препаратами второго ряда (93,8%); наличие круглосуточной охраны принудительных отделений ПТО (96%); профилактика котримоксазолом ТБ/ВИЧ пациентов (87,5%).

Рейтинговая оценка индикаторов, позволяет выявить индикаторы с наименьшим количеством баллов. Так, по итогам 2015 года, слабыми сторонами являются следующие: удельный вес рецидивов ТБ; удельный

вес новых случаев ТБ среди умерших; качество ввода в аптечный компонент НРБТ; удельный вес больных, начавших амбулаторное лечение; охват социальной поддержкой больных ТБ; наличие систем эффективной механической вентиляции в хирургических операционных.

Благодаря совершенствованию системы МиО с внедренной с 2014 года рейтинговой оценки работы регионов, расширились возможности для объективного всестороннего изучения структуры, процесса и результатов выполняемых мероприятий по снижению бремени туберкулеза в стране. Подобный подход минимизирует возможные риски, так как до завершения года есть возможность сравнительного анализа фактических данных с предыдущим периодом и с пороговыми данными (стандартами), что, в свою очередь, дает возможность своевременных вмешательств по устранению недостатков, обоснованию дополнительного выделения финансовых средств, потребности в обучении и коррекции программных целей.

Влияние мониторинга и оценки во фтизиатрической службе РК сказалось и на результатах внешней комплексной оценки ПТО. Так, в 2010 году количество противотуберкулезных организаций, заявивших на прохождение аккредитации, составило 151 (таблица 4), в том числе ПТО национального уровня - 1, областного - 14, городского - 2 и регионального - 4. Из них все ПТО прошли внешнюю комплексную оценку с получением свидетельства об аккредитации, в том числе с максимальными результатами (на 4 года) - 91 (60,3%), а из числа аккредитованных ПТО национального, областного, городского и регионального уровней - 17 (81%) ПТО.

Высокий процент ПТО, аккредитованных на 4 года и отсутствие ПТО, не аккредитованных по причине несоответствия установленным требованиям и стандартам в области здравоохранения, свидетельствует о надлежащем выполнении обязанностей специалистов служб внутреннего аудита, о результативности проводимых тренингов для клиницистов и организаторов здравоохра-

нения по вопросам инфекционного контроля, эпидемиологии заболеваний, качества в здравоохранении, а также об эффективности мониторинга и оценки противотуберкулезных мероприятий на всех уровнях оказания медицинской помощи. Следует отметить, что основой локальных систем управления качеством являются службы внутреннего аудита медицинских организаций. Их деятельность должна быть направлена на внедрении единой системы управления рисками и регулярном аудите клинических процессов с привлечением института независимых медицинских экспертов.

Таким образом, для обеспечения качества в здравоохранении и повышения эффективности медицинских услуг населению, необходим постоянный мониторинг и периодическая оценка показателей на соответствие надлежащим стандартам.

Включение в план мероприятий Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан на 2016-2020 годы «Денсаулық» вопросов касательно «постоянного совершенствования стандартов проведения, мониторинга и оценки эффективности скрининговых программ, внедрения системы мониторинга и оценки эффективности управления медицинскими организациями, в том числе оценки финансового управления» (пп.5.2.3. Обеспечение полноты, качества и доступности медицинской помощи), подтверждает роль аккредитации, мониторинга и оценки в поддержании и дальнейшем повышении качества медицинских услуг.

Таблица 4 - Результаты аккредитации ПТО за 2010-2015 годы

Годы	Всего количество ПТО заявивших на аккредитацию	Количество аккредитованных ПТО			
		Всего	на 4 года на 3 года с высшей категорией	на 3 года с первой категорией	на 2 года на 3 года со второй категорией
2010	151	151	91		60
2011	2	2	1		1
2013	0	0	0		0
2014	1	1	1		0
2015	4	4	0	1	3

**Источники:**

1. Международный стандарт ИСО 9001-2008 Система менеджмента качества. Требования. // <http://www.iso.org>;
2. Международный стандарт ИСО 53092-2008 Система менеджмента качества. Рекомендации по улучшению процессов в учреждениях здравоохранения // <http://www.iso.org>;
3. Болтенкова И.Б. Мониторинг медицинской помощи. ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт туберкулеза», 2012г. - Электронный ресурс. Режим доступа. [www.ngmu.ru/cozo/mos/article/pdf.php?id=774](http://www.ngmu.ru/cozo/mos/article/pdf.php?id=774);
4. Приказ МЗ РК № 245 от 23 апреля 2007 г. «О совершенствовании мероприятий по борьбе с туберкулезом в Республике Казахстан»;

## УПРАВЛЕНИЕ ЛЮДЬМИ И СОБОЙ

### ИЗУЧЕНИЕ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕНЕДЖМЕНТА В ОРГАНИЗАЦИИ НА ПРИМЕРЕ ЧАСТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ «UNIVERSITY SERVICE MANAGEMENT»

**А.К. Искаков**

менеджер Частного учреждения  
«University Service Management»

#### Түйіндеме

- 1) Баптың атауы: Жеке мекемесі «University Service Management» мысалында ұйымдағы ғылыми-зерттеу және басқару жетілдіру.
- 2) Автордың жөні және тегі: Искаков Асет Кадырханович («University Service Management» жеке мекемесінің менеджері, asetinec30@mail.ru, +77769995522)
- 3) Ұйымның атауы: жеке мекемесі «University Service Management»
- 4) Нақты мәтін.

#### Резюме

- 1) Название статьи: Исследование и совершенствование менеджмента в организации на примере частного учреждения «University service management».
- 2) Инициалы и фамилия автора: Искаков Асет Кадырханович (менеджер частного учреждения «University service management», asetinec30@mail.ru, +77769995522).
- 3) Название организации: Частное учреждение «University service management».
- 4) Собственно текст.

#### Resume

- 1) Article title: Research and improvement of management in the organization on the example of a private institution «University service management».
- 2) Initials and surname of the author: Iskakov Asset Kadyrkhanovich (manager of a private institution "University service management", asetinec30@mail.ru, +77769995522).
- 3) Name of organization: Private institution "University service management".
- 4) The actual text.

Основными стратегическими целями сервисных организаций высших учебных заведений в рыночных условиях является удовлетворение потребностей услугополучателей, как по количеству, так и по качеству; повышение конкурентоспособности сервисных услуг за счет роста эффективности оказываемых услуг, максимизации прибыли, завоевание новых ниш для развития своей деятельности.

В этих условиях одним из главных факторов успеха Частного учреждения «University Service Management» (далее - ЧУ

«USM»), являющегося сервисной организацией Автономной организации образования «Nazarbaev University» (далее – АОО «Nazarbaev University»), является управленческая деятельность, которая постоянно совершенствуется в соответствии с объективными требованиями достижения оказываемых сервисных услуг мирового уровня, повышением роли потребителя услуг (студентов, профессорско-преподавательского состава, работников и посетителей АОО «Nazarbaev University») в прямом и/или косвенном фор-

мировании качественных и иных параметров получаемых им услуг.

ЧУ «USM» руководствуется в своей деятельности правилами, стандартами и другими нормами, установленными государственными органами власти, АОО «Nazarbaev University», а также самим ЧУ «USM», образующими нормативную базу ЧУ «USM».

Нормативная база системы управления ЧУ «USM» включает:

- Устав ЧУ «USM»;
- нормативные документы о системе управления ЧУ «USM»;
- нормативные документы АОО «Nazarbaev University», адресованные ЧУ «USM»;
- регламент делегирования полномочий Генерального директора должностным лицам;
- регламенты бизнес-процессов;
- нормативные документы, регламентирующие выполнение бизнес-процессов (положения, порядки, методики, инструкции);
- положения о структурных подразделениях;
- должностные инструкции.

Нормативные документы ЧУ «USM» не должны противоречить действующим нормативным актам и законодательству Республики Казахстан, Уставу ЧУ «USM», нормативным документам АОО «Nazarbaev University».

Высшим органом управления ЧУ «USM» является Учредитель в лице АОО «Nazarbaev University». Руководство текущей деятельностью ЧУ «USM» осуществляется единоличным исполнительным органом ЧУ «USM» - Генеральным директором. Контрольный орган – Ревизор. Полномочия Генерального директора определяются Уставом ЧУ «USM» и трудовым договором.

Экономическая стабильность ЧУ «USM» и его эффективность в условиях рыночных отношений неразрывно связана с его непрерывным совершенствованием и развитием. При этом совершенствование ЧУ «USM» осуществляется по принципу соответствия оказываемых сервисных услуг стандартам, предусмотренных в сервисных организациях,

обслуживающих лучшие европейские, американские и иные высшие учебные заведения мира.

Постоянное стремление поддерживать соответствие сервисной организации мировым стандартам проявляется в динамичном освоении новых видов сервисных услуг, современных технологий оказания услуг, применении прогрессивных форм организации труда и управления, непрерывном совершенствовании кадрового потенциала.

Управление сервисной организацией должно находиться в состоянии непрерывного развития, которое сегодня невозможно обеспечить без исследования тенденций и возможностей, без выбора альтернатив и направлений развития, без анализа и выработки предложений по совершенствованию системы управления в ЧУ «USM». Для достижения поставленной цели необходимо применять прогрессивные методы в управлении ЧУ «USM», включая построение системы мотивации и распределения ответственности между структурными подразделениями.

Необходимо отметить, что управление и его развитие обусловлено в первую очередь определением миссии, стратегии, ценностей предприятия на основе анализа прошлого опыта и видения будущего, а это является главным требованием для создания эффективной системы управления предприятием по мнению Ю. Лехто, А. Матвеевко [1].

Современная парадигма управления предполагает, что ЧУ «USM» должно быть способно изменять свою структуру управления, подстраиваться под внутренние и внешние условия функционирования. Данное положение основано на изменениях, с одной стороны в поведении потребителя сервисных услуг (его предпочтениях, как конечного потребителя данных услуг), а с другой стороны в постоянно меняющихся технологиях оказания сервисных услуг.

Современный рынок услуг все меньше и меньше характеризуется массовыми услугами (стандартизированными и унифицированными). Наоборот, на нем все большее место начинают занимать уникальные услуги с особыми характеристиками.



В связи с этим, в изменившихся условиях создание организационных структур управления может происходить лишь на основе интереса и инициативы ЧУ «USM».

Вместе с этим, организационная структура управления ЧУ «USM» представляет собой совокупность всех подразделений ЧУ «USM», выстроенных в соответствии с их иерархической принадлежностью и взаимосвязей между ними, и она должна динамично изменяться и обладать способностью адаптации к различным изменениям, как внутри ЧУ «USM», так и во внешней среде.

Для организационных структур управления ЧУ «USM» важен учет роли работника в ЧУ «USM». Под ролью в ЧУ «USM» понимают обособленную совокупность задач, функций и работ. Большое значение имеет правильное построение роли, формирование исходных предпосылок в отношении содержания, сущности и места данной роли в системе ЧУ «USM». Роли должны соответствовать целям, которые ставятся перед ЧУ «USM».

В соответствии с ролью работника в ЧУ «USM» сформировалось понятия верхнего (высшего) и низового звеньев (или уровней) управления.

Управляющие верхнего звена управления – это топ-менеджеры, которые осуществляют управление деятельностью всего ЧУ «USM» или занимают ключевые посты в различных видах его деятельности. К ним, в ЧУ «USM» относятся Генеральный директор и его заместители (заместитель Генерального директора по экономике, заместитель Генерального директора по производству, Исполнительный директор).

Управляющие низового уровня (звена) управления осуществляют детализацию и дальнейшую передачу конечным исполнителям работ управленческих задач управляющих высшего уровня управления, а также оперативное управление деятельностью конечных исполнителей работ и выполнение различных оперативных задач. К ним, в ЧУ «USM» относятся начальники различных управлений и служб.

Не меньшее значение в организационной структуре управления ЧУ «USM» придается информации. Нередко владение информацией является более необходимым для принятия тех или иных решений. Ведь использование информации может компенсировать ограниченность других ресурсов, открывает доступ к новым ресурсам, становится эффективным средством принятия управленческих решений. Поэтому организационные структуры управления ЧУ «USM» формируются также за счет перемещения информационных потоков.

При этом, необходимо, отметить, что структура управления ЧУ «USM» удовлетворяет следующим основным требованиям:

- процесс управления ЧУ «USM» соответствует функциональному содержанию ЧУ «USM»;
- имеет в своем составе орган для связи с вышестоящими уровнями управления;
- обеспечивает постоянное прогрессивное развитие управляемого объекта;
- обладает внутренним потенциалом для совершенствования и восприятия инновационных достижений теории и практики управления.

В связи с этим, система управления ЧУ «USM» является одной из самых эффективных систем управления среди организаций АОО «Nazarbaev University», что подтверждается уверенным ростом основных производственно-экономических показателей.

Вместе с тем, для дальнейшего совершенствования структуры управления ЧУ «USM» необходимо следующее:

- рационализация управления (укрупнение подразделений, более четкое разграничение прав, обязанностей и ответственности между различными звеньями управления, отладка механизмов меж функционального взаимодействия, повышение оперативности и гибкости в работе управленческого аппарата, дальнейшее совершенствование автоматизированной системы управления, методов управления);
- нахождение правильного сочетания

централизации и децентрализации функций управления,

- специализация служб и управлений на выполнении ограниченного круга задач, рациональное распределение функций, устранение дублирования (важный резерв совершенствования структур управления ЧУ «USM»),

- разработка инновационных критериев и показателей для определения экономической эффективности системы управления в целом и структур аппарата управления.

Таким образом, использование вы-

шеизложенного позволит руководству ЧУ «USM» своевременно решать выявленные проблемы, качественно выполнять решения АОО «Nazarbaev University» и позволит улучшить систему управления в целом.

Кроме того, современное управление ЧУ «USM» нуждается в исследовательском подходе, что будет способствовать динамичности, перспективности управления, росту потенциала, повышению профессионализма в принятии управленческих решений, научности управления.

### **Источники:**

1. Лехто Ю., Матвеев А. Эффективность управления и возможности российских предприятий.

## УПРАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИЕЙ И СТАТИСТИКОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

### НАПРАВЛЕНИЕ РАЗВИТИЯ ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СООТВЕТСТВИИ С ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММОЙ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН «ДЕНСАУЛЫҚ» НА 2016-2019 ГОДЫ

**Ж.Т. Нургалиева**

*Начальник отдела стандартизации электронного здравоохранения  
РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗСР РК.*

**Н.М. Маденов**

*Главный специалист отдела стандартизации электронного здравоохранения  
РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗСР РК.*

**Аталуы:** Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016-2020 жылдарға арналған «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасына сәйкес денсаулық сақтауды ақпараттандыру дамуының бағыты

**Авторлары:**

Нургалиева Ж.Т., ҚР ДСӘДМ ШЖҚ РМК «Республикалық денсаулық сақтауды дамыту орталығы» электронды денсаулық сақтауды стандарттау жөніндегі бөлім басшысы.

Маденов Н.М., ҚР ДСӘДМ ШЖҚ РМК «Республикалық денсаулық сақтауды дамыту орталығы» электронды денсаулық сақтауды стандарттау жөніндегі бас маманы.

**Түйіндеме:**

2016 жылы ҚР Президентінің Жарлығымен Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016-2020 жылдарға арналған «Денсаулық» жаңа мемлекеттік бағдарламасы бекітілді, оның шеңберінде жүргізілген реформаларды және денсаулық сақтау жүйесінің өзгертуін қолдау үшін ақпараттық және коммуникациялық технологияларды одан әрі жетілдіру деп жоспарлануда. Бұл мақала денсаулық сақтауды ақпараттандыру дамуының негізгі бағыттарын сипаттайды.

**Title:** The direction of healthcare informatization development in accordance with the State Health Development Program of the Republic of Kazakhstan “Densauylk” for the period of 2016-2019

**Authors:**

Zh.T. Nurgaliyeva, head of e-health standardization unit, RSE on REU "Republican Center for Healthcare Development" MHSD RK.

N.M. Madenov, chief specialist of e-health standardization unit, RSE on REU "Republican Center for Healthcare Development" MHSD RK.

**Abstract:**

In 2016, by the Decree of the President the new State Health Development Program of the Republic of Kazakhstan “Densauylk” for the period of 2016-2019 was approved. Within the framework of this Program, for the purpose of supporting the ongoing reforms and healthcare system transformations, further improvement of information and communication technologies is planned. This article describes the main directions of healthcare informatization development

Указом Президента утверждена новая Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2016-2019 годы «Денсаулық» (ГПРЗ «Денсаулық»), которая является во многом логическим продолжением или следующим этапом реализа-

ции всех начатых реформ и преобразований [1].

В частности начато внедрение Единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ), где внедрен принцип ориентированности на пациента. Пациент может выбирать

в какой конкретно медицинской организации будет оказана ему помощь. Дополнительно был внедрен принцип «деньги следуют за пациентом» и финансирование по клинико-затратным группам. Для реализации таких масштабных преобразований была необходима разработка порталных решений для функций контроля и мониторинга исполнения мероприятий ЕНСЗ (регистры социально значимых заболеваний, портал Бюро госпитализации, кадровые ресурсы здравоохранения и др.). В одном из положений ГПРЗ «Денсаулык» в ходе анализа текущей ситуации было отмечено, что «имеющиеся базы данных разобщены и не интегрированы в единое информационное пространство, что осложняет взаимодействие различных уровней и служб здравоохранения, не обеспечивает преемственность информации, ограничивает возможности оперативного анализа. В медицинских организациях не внедряется система электронного документооборота» [1].

Данная проблема нарастала как снежный ком по мере увеличения требований к информационным системам и, кроме того, необходимо было решить проблему структурирования и получения полной информации о здоровье конкретного пациента. Для решения поставленных вопросов была разработана концептуально новая стратегия реализации информатизации здравоохранения, при поддержке международных консультантов Всемирного банка. Концепция развития электронного здравоохранения была разработана в 2013 году и утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан (Концепция) [2]. Данная Концепция описывает ключевые слагаемые по мере достижения которых, будет получено единое интегрированное пространство электронного здравоохранения.

Задачи и мероприятия, утвержденные в Концепции, являются ключевыми и нашли свое отражение в ГПРЗ «Денсаулык» отдельным разделом 5.7.3. Развитие информационно-коммуникационных технологий. Основной целью данного раздела является создание единой интегрированной информационной среды здравоохранения, обеспечивающей до-

ступ к своевременной, актуальной, достоверной, и достаточной информации, способствующей поддержке формирования безопасной, справедливой, качественной и устойчивой системы здравоохранения, ориентированной на потребности пациента [3].

Достижение цели будет обеспечено посредством предоставления организациям здравоохранения высокоскоростного и защищенного доступа к полностью интероперабельным системам электронного здравоохранения, использующим единые электронные паспорта здоровья (ЭПЗ).

Концептуальные мероприятия утвержденные в ГПРЗ «Денсаулык» можно условно разделить на четыре направления:

1. стандартизация процессов и определение функциональных требований на основе стандартов и регламентов;
2. развитие инфраструктуры, в том числе внедрение платформы интероперабельности и информационной системы Фонда обязательного социального медицинского страхования;
3. развитие инноваций и мобильного здравоохранения;
4. сервисная модель реализации инвестиционных проектов по информатизации отдельных организаций, служб, региональных систем здравоохранения на основе Государственно-частного партнерства.

В рамках мероприятий по стандартизации, работа запланирована по трем направлениям:

1. В рамках работ по адаптации международных стандартов (принятие отраслевых стандартов в области информатизации здравоохранения), в течение 2016 года будет разработан стандарт по классификации исходов, который сможет реализовать комплексную систему классификации клинических и клинико-административных результатов, посредством которых станет возможным использование данных, как для клинического анализа, так и для формирования показателей качества услуг здравоохранения и измерения эффективности затрат. Отдельными мероприятиями в рамках стандартизации будут выполнены работы по адаптации международных класси-

фикаторов ICD-10 PCS и LOINC в части соответствия с кодами тарификатора медицинских услуг, а также работы по представлениям рекомендаций по практическому внедрению данных стандартов.

Работы по использованию терминологии SNOMED CT будут начаты с определения части терминологического пространства, планируемого к использованию в первой версии, адаптированного для Казахстана. Данная версия должна охватывать все требования по стандартизации электронного здравоохранения в соответствии с утвержденными стандартами, включая медицинские услуги, закодированные с помощью ICD-10 PCS, и лабораторные исследования, назначенные с использованием LOINC.

На 2017 год запланированы мероприятия по адаптации и внедрению международного классификатора первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) – ICPC-2, обеспечивающего систему таксономии, использование которого может обеспечить сбор и обмен контекстно-связанной информацией по непрерывному процессу ПМСП в соответствии с требованиями к стандартизированной информационной модели ЭПЗ. Эта схема необходима по двум причинам: 1) будет обеспечен механизм для сбора данных о событиях на уровне специализированной помощи (посредством электронной медицинской записи) в контексте продолжающегося вопроса здоровья, и 2) будет обеспечена схема кодирования, которая связывает вместе вопросы здоровья с процессами ПМСП, включая причины обращения к врачу ПМСП и различные типы услуг. Также в течение 2017 года должен быть детализирован стандарт по ведению регистров здоровья и здравоохранения в части дополнительных требований с учетом оцифрованных форм медицинской учетной документации Приказа 907 [4] и расширен стандарт по ведению электронной профилактики заболеваний.

2. Национальная стандартизация в области электронного здравоохранения, осуществляемая в рамках деятельности Технического комитета по стандартизации № 83 "Электронное здравоохранение" КТРМ МИР

РК [5], за период реализации данного проекта должна обеспечить разработку и утверждение 2 предварительных национальных стандартов (ПНС), включая: ПНС регулирования сбора клиничко-административных данных в соответствии с DIN EN 13940 [6] и ПНС Функциональной модели электронного паспорта здоровья в соответствии с FM ISO 10781 [7].

3. Работы по учетной регистрации международных стандартов в области электронного здравоохранения для применения на территории Республики Казахстан должны обеспечить необходимыми международными стандартами для легитимного их использования в секторе информатизации здравоохранения в течение всего периода реализации проекта.

Центральным звеном новой архитектуры электронного здравоохранения будет являться Платформа информатизации и интероперабельности здравоохранения. Платформа будет выполнять роль интеграционной шины, единого хранилища данных и репозитория электронных паспортов здоровья. Все работы по реализации Платформы планируется завершить в 2017 году. Тогда же планируется начать внедрение электронного паспорта здоровья.

Принципами реализации данных мероприятий являются децентрализация и демополизация усилий по развитию информатизации здравоохранения. Такой подход будет обеспечен за счет максимально широкого вовлечения заинтересованных лиц в процессы создания, развития, внедрения и эксплуатации информационных систем и ресурсов способствующих совершенствованию здравоохранения на всех уровнях. На национальном уровне будет обеспечиваться формирование политики и стратегии развития, разработка и утверждение единых стандартов, внедрение на их основе механизмов обеспечения интероперабельности различных информационных систем и ресурсов. Кроме того, будет обеспечено развитие и внедрение информационных систем и ресурсов национального уровня, включая создание информационной системы фонда обязательного медицинского страхования, базирующегося на ресурсах

электронного здравоохранения, налоговых органов, банков второго уровня и т.д. На региональном и локальном уровнях будет обеспечиваться реализация проектов по внедрению конкретных медицинских информационных

систем, направленных на решение вопросов автоматизации бизнес-процессов отдельных организаций и служб здравоохранения, а также внедрение безбумажных технологий.

**Источники:**

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2016-2019 годы «Денсаулық», утвержденная постановлением Правительства Республики Казахстан №143 от 16.03.2016;
2. Приказ Министра здравоохранения №498 от 3 сентября 2013 года «Об утверждении Концепции развития электронного здравоохранения Республики Казахстан на 2013 – 2020 годы»;
3. Постановление Правительства Республики Казахстан от 16 марта 2016 года № 143 «Об утверждении Плана мероприятий по реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016 - 2019 годы»;
4. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 «Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения»;
5. Приказ Комитета технического регулирования и метрологии Министерства индустрии и новых технологий РК от 8 января 2014 года № 1-од создан технический комитет по стандартизации № 83 «Электронное здравоохранение»;
6. DIN EN 13940-1:2007 «System of concepts to support continuity of care» Part 1: Basic concepts. «Система понятий обеспечивающих непрерывность оказания медицинской помощи» Часть 1: Основные понятия;
7. ISO/HL7 10781 Electronic Health Record-System Functional Model, Release 2. «Функциональная модель электронного паспорта здоровья, Версия 2»