

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау
МЕНЕДЖЕРІ
МЕНЕДЖЕР
здравоохранения Республики Казахстан



Журналдың аты:
Қазақстан Республикасының
денсаулық сақтау менеджері

Бас редактор:
Е.Ә. Байжүнісов

Редакциялық кеңес:
Қ.Қ. Ермекбаев, М.Е. Шоранов,
Н.М. Исатаева, А.А. Ақанов, Г.М. Алпысбекова,
С.Қ. Оралов, В.З. Кучеренко, Л. Ковач

Редакция алқасы:
А.Ж. Әзербайбаева, Д.С. Әбілғазина, Д.Е. Айтуарова,
Б. Т. Қаупбаева, А.А. Нұрғожаев, Г.Т. Жангереева,
В.В. Койков, А.Б. Цепке, О.Б. Сәкенов

Редакция хатшысы:
А.В. Беликова

Техникалық редакторлар:
А.В. Беликова, А.Е. Тәпенова

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

Редакцияның мекен-жайы:
Астана қ., Иманов к-сі, 13, 206 кеңсе
e-mail: imzrk@bk.ru

Баспахана мекен-жайы:
Астана қ., Иманов к-сі, 13,
e-mail: imzrk@bk.ru

Жарияланатын мәліметтердегі
ақпараттардың нақтылығы, авторлардың
жауапкершілігінде

Наименование журнала:
Менеджер здравоохранения
Республики Казахстан

Главный редактор:
Байжунусов Э.А.

Редакционный совет:
Ермекбаев К.К., Шоранов М.Е.,
Исатаева Н.М., Ақанов А.А., Алпысбекова Г.М.,
Уралов С.К., Кучеренко В.З., Ковач Л.

Редакционная коллегия:
Азербайбаева А.Ж., Абельгазина Д.С., Айтуарова Д.Е.,
Каупбаева Б.Т., Нургожаев А.А., Жангереева Г.Т.,
Койков В.В., Цепке А.Б., Сәкенов О.Б.

Секретарь редакции:
Беликова А.В.

Технические редакторы:
Беликова А.В., 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:
2 раза в полугодие

Тираж:
500 экземпляров

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

Адрес редакции:
г. Астана, ул. Иманова, 13, офис 206
e-mail: imzrk@bk.ru

Адрес типографии:
г. Астана, ул. Иманова, 13,
e-mail: imzrk@bk.ru

Ответственность за достоверность информации,
публикуемой в журнале,
несут авторы

МАЗМҰНЫ/СОДЕРЖАНИЕ

СТРАТЕГИЯ И ПОЛИТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ/ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ СТРАТЕГИЯСЫ МЕН САЯСАТЫ

Рекомендации по расчету штатных нормативов медицинских кадров стационаров с учетом оплаты за пролеченный случай.....6
Емделген жағдай үшін төленетін ақыны ескере отырып стационарлардың медициналық кадрларының штаттық нормативтерін есептеу жөніндегі ұсынымдар

Анализ результатов адаптации и онлайн анкетирования по проектам профессиональных стандартов системы здравоохранения.....10
Денсаулық сақтау жүйесінің кәсіби стандарттарының жобалары бойынша онлайн сауалнама жүргізу және бейімдеу нәтижелерін талдау

Стратегии в управлении здравоохранения ПМСП.....19
МСАК денсаулық сақтауын басқарудағы стратегиялар

Особенности формирования бизнес-плана в организациях здравоохранения с учетом государственной стратегии.....22
Денсаулық сақтау ұйымдарында мемлекеттік стратегияны ескере отырып бизнес-жоспарларды қалыптастырудың ерекшеліктері

УПРАВЛЕНИЕ УСЛУГАМИ/ ҚЫЗМЕТ КӨРСЕТУДІ БАСҚАРУ

Результаты внедрения практики рационального назначения лекарственных средств в Республике Казахстан.....26
Қазақстан Республикасында дәрі-дәрмекті ұтымды тағайындау тәжірибесін енгізудің нәтижелері

Скрининговая методика прогнозирования возникновения мозговых инсультов и их профилактика.....31
Ми инсульттарының туындауын болжаудың скринингтік әдістемесі және олардың профилактикасы

Планирование противотуберкулезной помощи населению в г.Алматы.....37
Алматы қаласындағы тұрғындарына туберкулезге қарсы көмек көрсету жоспары

Паллиативная помощь в Республике Казахстан.....41
Қазақстан Республикасындағы паллиативтік көмек

ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И УПРАВЛЕНИЯ ФИНАНСАМИ/ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЭКОНОМИКАСЫ ЖӘНЕ ҚАРЖЫНЫ БАСҚАРУ

Финансовый маркетинг – основополагающий раздел
бизнес-планирования деятельности медицинской организации.....46
*Қаржылық маркетинг – медициналық ұйымның қызметін бизнес-
жоспарлаудың негізін қалаушы бөлім*

УПРАВЛЕНИЕ КАДРАМИ/ КАДРЛАРДЫ БАСҚАРУ

Оптимизация номенклатуры медицинских специальностей.....50
Медициналық мамандықтардың номенклатурасын оңтайландыру

Практические подходы к обучению специалистов системы
здравоохранения основам доказательной медицины.....56
*Денсаулық сақтау жүйесінің мамандарына дәлелдік медицина негіздерін
үйретудің практикалық тәсілдері*

Медициналық жоғарғы оқу орындарында оқитын
студенттердің интеллектуалдық және шығармашылық
әлеуетін дамыту әдістері.....60
*Методы развития обучения студентов интеллектуально-творческого потенциала и
клинического мышления*

Совершенствование процедуры квалификационных экзаменов в
области здравоохранения.....63
*Денсаулық сақтау саласындағы біліктілік емтихандары процедураларын
жетілдіру*

УПРАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИЕЙ И СТАТИСТИКОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ/ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ АҚПАРАТЫ МЕН СТАТИСТИКАСЫН БАСҚАРУ

Анализ онкологической заболеваемости и смертности по
Городскому центру ПМСП за 2008-2013 годы.
Скрининги злокачественных образований.....66
*Қалалық МСАК орталығы бойынша 2008-2013 жылдар үшін онкологиялық
ауруға шалдығу мен өлім-жітімнің талдауы.
Қатерлі пайда болған түйіндердің скринингі*

ДОСТИЖЕНИЕ И НАИЛУЧШАЯ ПРАКТИКА/ ЖЕТІСТІКТЕР ЖӘНЕ ЕҢ ОЗЫҚ ТӘЖІРИБЕ

Развитие АО «Национальный научный центр материнства и детства»71
«Ана мен бала ұлттық ғылыми орталығының дамуы» АҚ



Байжунусов Эрик Абенович

*Генеральный директор
РГП на ПХВ «Республиканский
центр развития здравоохранения»
МЗСР РК*

УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ!

В обеспечении эффективности функционирования системы здравоохранения Республики Казахстан ключевая роль принадлежит человеческому фактору. Внедрение новых управленческих технологий, реформирование системы здравоохранения Республики Казахстан невозможны без грамотного профессионального развития руководящих кадров медицинских организаций, способных на деле обеспечить успешное проведение реформ в рамках государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.

Здравоохранение Казахстана сейчас находится на этапе становления Единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ), основой которого является внедрение новых принципов и подходов к регулированию системы здравоохранения. В первую очередь, это – внедрение рыночных механизмов, обеспечивающих решение наиболее острых проблем отрасли, в частности, таких, как: качество и доступность медицинской помощи, свободный выбор врача и ме-

дицинской организации, прозрачность оказываемых медицинских услуг, страхование профессиональной ответственности и др.

Развитие рыночных отношений в здравоохранении дает толчок менеджерам для внедрения новых управленческих технологий, методов мотивации персонала в ежедневную практическую деятельность с целью повышения конкурентоспособности своих медицинских организаций. Так, в частности, в рамках второго этапа внедрения ЕНСЗ в амбулаторно-поликлиническом секторе произошли кардинальные перемены. С января 2014 года первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) получает комплексный подушевой норматив, который позволяет развивать самостоятельность ПМСП в части эффективного, качественного и своевременного определения субподрядных организаций для оказания консультативно-диагностических услуг прикрепленному населению. Причем, право на получение субподряда имеют как государственный, так и частный сектор здравоохранения. Соответственно, повышается конкуренция, так

как, ПМСП реализует свое право в отборе для субподряда тех медицинских организаций и тех специалистов, которые удовлетворяют их требованиям в части качества оказываемых медицинских услуг. Специалисты, оказывающие консультативно-диагностические услуги, должны обладать высокими профессиональными качествами в конкурентном рынке и планировать работу в соответствии с запросами ПМСП.

Руководителям данных медицинских организаций для того, чтобы удержать профессиональные кадры нужно будет активизироваться в плане изысканий новых механизмов мотивации, в то время как руководителям ПМСП необходимо будет проводить мероприятия по расширению и усложнению объема оказанных услуг на уровне ПМСП. В результате, пациенты должны получить значительное увеличение объема услуг на уровне ПМСП. Это только один из механизмов,

где требуется профессионализм, активная позиция, креативное мышление руководителей медицинских организаций.

В условиях сегодняшнего стабильного финансирования и формирования конкурентной среды все больше повышается роль руководителей медицинских организаций, топ-менеджмента для успешного решения задач, поставленных перед медицинской организацией в нынешних рыночных условиях.

Уверен, что статьи, предлагаемые вашему вниманию в журнале и затрагивающие наиболее актуальные аспекты развития системы здравоохранения, будут полезны в вашей практической деятельности и поспособствуют еще более успешному укреплению нашего сотрудничества, тесному взаимодействию и совместным усилиям для достижения поставленных целей на ниве укрепления здоровья населения нашей страны.

С уважением, Главный редактор

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ СТРАТЕГИЯСЫ МЕН САЯСАТЫ/ СТРАТЕГИЯ И ПОЛИТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Рекомендации по расчету штатных нормативов медицинских кадров стационаров с учетом оплаты за пролеченный случай

Абдрахманова А.О.

К.м.н., доцент, ведущий эксперт отдела развития медицинского образования

Калиева М.А.

Начальник отдела развития медицинского образования

Турумбетова Т.Б.

Ведущий специалист Национальной обсерватории кадровых ресурсов здравоохранения РК

Ким М.Е.

Доктор PhD, начальник Национальной обсерватории кадровых ресурсов здравоохранения РК

Мусина Г.А.

Ведущий специалист Национальной обсерватории кадровых ресурсов здравоохранения РК, магистр экономики

Кабдуллина М.М.

Магистр медицины, специалист Национальной обсерватории кадровых ресурсов здравоохранения РК, РГП на ПХВ «РЦРЗ» МЗСР РК, Астана

Резюме

Сокращение коечного фонда и введение дифференцированной оплаты труда медицинских кадров за пролеченный случай, повсеместное сокращение коечного фонда требует новых подходов для расчета потребности в медицинских кадрах, оказывающих стационарную помощь.

Предложенные формулы расчета потребности в медицинских кадрах позволят снизить отклонение в штатной численности медицинских кадров, максимально эффективно использовать кадры.

Ключевые слова: круглосуточные стационары, штатные нормативы, оплата труда по пролеченным больным, дефицит кадров, расчет потребности в медицинских кадрах.

Түйіндеме

Төсек орын қорының жаппай қысқаруы және медициналық кадрлардың еңбегіне әр емделген жағдай үшін сараланған ақы төлеуді енгізу стационарлық көмек көрсететін медициналық кадрларға деген қажеттілікті есептеуге арналған жаңа тәсілдерді талап етеді.

Медициналық кадрлар қажеттілігін есептеу үшін ұсынылған формулалар медициналық кадрлардың штаттық санының ауытқуын төмендетуге және оларды барынша тиімді қолдануға мүмкіндік береді.

Түйін сөздер: тәуліктік стационарлар, штаттық нормативтер, кадр жетіспеушілігі, медициналық кадрларға деген қажеттілікті есептеу.

Abstract

Reduction in number of beds and implementation of differentiated payment for personnel requires new approaches for calculating need for inpatient care providers.

Suggested formulas for calculating need for medical personnel will reduce the deviation in numbers of medical staff and maximize the effective use of staff.

Key words: hospitals, staff standards, staff deficit, the calculation of need for health personnel, wages for the treated patients.

Введение.

Повсеместное сокращение коечного фонда и введение дифференцированной оплаты труда с учетом пролеченных больных требует новых подходов для расчета потребности стационаров в медицинских кадрах. Долгие годы стационарное лечение было основным видом оказания медицинской помощи, вплоть до 1937 года приоритеты были на стороне стационарного лечения. В 90-ые годы коечный фонд Казахстана был самым высоким в Европе и среди всех республик постсоветского пространства, в эти же годы произошло резкое сокращение числа стационарных коек по всей республике на 10-20% [1,2], которое продолжается вплоть до сегодняшнего дня, но с меньшими темпами (рис.1).

Сложившаяся за многие годы тенденция максимального обеспечения стационаров медицинскими кадрами сохраняется и сегодня, несмотря на повсеместное сокращение коек. Сравнительный анализ обеспеченности стационаров и первичного звена здравоохра-

нения врачебными кадрами на 10 тыс. населения республики (по данным статистической отчетной формы 30)[3] наглядно свидетельствует о преобладании кадров в стационарах по сравнению с первичным звеном и продолжающемся росте числа врачебных кадров в стационарах (рис. 2).

Расчет потребности врачебных кадров в стационарах в соответствии с действующим приказом Министра здравоохранения (МЗ) Республики Казахстан (РК) №238 от 7 апреля 2010 г. ведется из расчета количества коек на одного врача с учетом профиля койки (хирургическая, терапевтическая и т.д.), не учитывая занятость койки, ее оборот, число пролеченных больных. Расчет потребности врачей на 10 тыс. населения для оказания стационарной помощи также не актуален.

С введением дифференцированной оплаты по числу пролеченных больных определение потребности штатной численности врачебных кадров, необходимых для оказания помощи в круглосуточных стационарах, стало

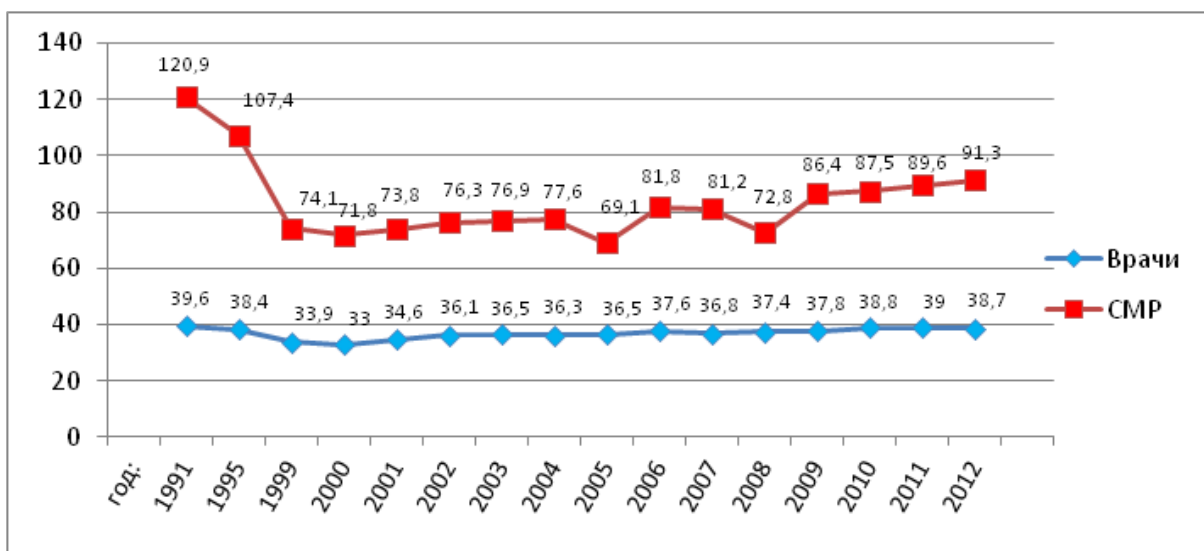


Рисунок 1.

Динамика обеспеченности медицинскими кадрами на 10 тыс. населения с 1991 по 2012 гг.

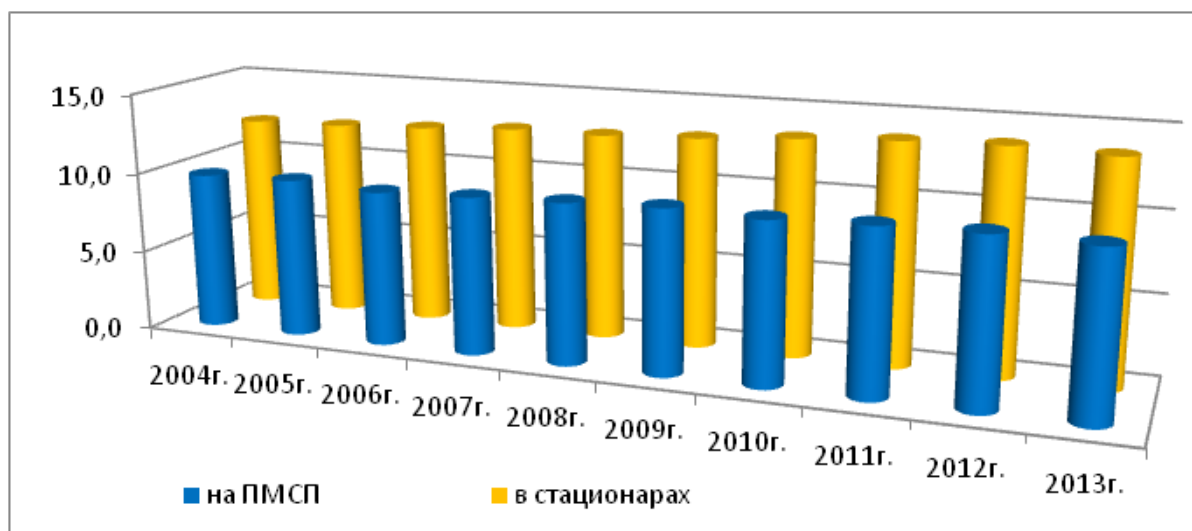


Рисунок 2.

Обеспеченность врачебными кадрами стационаров и ПМСП на 10 тыс. населения РК в период с 2004 по 2013 гг.

актуальным и требует пересмотра действующих нормативов.

Цель исследования.

Оптимизация расчета потребности в медицинских кадрах с целью снижения отклонений в штатном расписании медицинских организаций и предупреждения профицита врачебных должностей в стационарах.

Расчет потребности во врачебных кадрах, оказывающих стационарную помощь, мы предлагаем определять исходя из количества планируемых или пролеченных больных за прошедший год на одного врача по каждой специальности и с занесением этих данных и предлагаемой формулы расчета потребности в таблицу (таблица 1) формата

Excel:

$PВ_{стационар} = ПБ_{профиль} / ПБ_{профиль} / норма$,
где:

$PВ_{стационар}$ – потребность во врачебных должностях, оказывающих стационарную помощь соответствующего профиля (графа 7 таблицы 1);

$ПБ_{профиль}$ – пролеченное количество больных за прошедший год по соответствующему профилю или планируемое на предстоящий год (графа 5 таблицы 1);

$ПБ_{профиль} / норма$ – количество больных на одного врача соответствующего профиля в год в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами (графа 4 таблицы 1).

При этом количество больных на одно-

№	Профиль койки	Количество больных на одного врача соответствующего профиля в год (рекомендуемые нормативы)	Планируемое количество больных	Фактическая численность врачебных кадров	Потребность врачебных кадров по планируемым больным	Отклонение фактической численности врачебных кадров от потребности
1г	2г	4г	5г	6г	7г	8г
1	x	x	x	x	5г/4г	6г-5г

Таблица 1.

Расчет потребности врачебных кадров круглосуточных стационаров

го врача в год соответствующего профиля определяется в соответствии со штатными нормативами, а фактическая численность врачебных кадров соответствующего профиля устанавливается согласно утвержденному штатному расписанию медицинской организации.

Итоговая потребность во врачебных кадрах, оказывающих стационарную помощь, по организации здравоохранения определяется путем суммирования потребности во врачебных кадрах всех профилей.

Заполнение трех граф (4г, 5г, 6г) позволит автоматически произвести расчет суммарной потребности и по каждой специальности отдельно и наглядно отобразит отклонения от фактической численности врачебных кадров в сторону дефицита или профицита.

Расчет потребности в средних медицинских кадрах (СМР) круглосуточных стационаров производится аналогично расчету врачебных кадров с занесением данных в таблицу Excel для удобства и наглядности:

$ПМ_{\text{стационар}} = ПБ_{\text{профиль}} / (ПБ_{\text{профиль}} / \text{норма})$,
где:

$ПМ_{\text{стационар}}$ – потребность в СМР соответствующего профиля;

Источники:

1. М. Мак-Ки Сокращение больничных коек: какие уроки следует вынести? Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. Реферат № 6. 16с.
2. Аканов А.А., Мейманалиев Т.С., Кумар А.Б. Проблемы оптимизации коечного фонда в Казахстане // Вестник КазНМУ. 2012.
3. Форма 30 для сбора административных данных, 1991 – 2013 гг.

$ПБ_{\text{профиль}}$ – планируемое количество больных в год по соответствующему профилю;

$ПБ_{\text{профиль}} / \text{норма}$ – количество больных в год на одного СМР соответствующего профиля в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами.

Норматив нагрузки больных на 1 пост и одну медицинскую сестру в год соответствующего профиля соответствует штатным нормативам, фактическая численность занятых должностей СМР соответствующего профиля утверждается штатным расписанием. Итоговая потребность в кадрах СМР, оказывающих помощь в КС, определяется путем суммирования потребности в кадрах СМР всех профилей.

Выводы.

Расчет потребности медицинских кадров стационаров с учетом пролеченных больных, планирования на предстоящий год и нормативами на одного медицинского работника (врача, СМР соответствующего профиля) в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами позволит правильно и своевременно произвести расстановку кадров, перепрофилировать и обучить специалистов, предупредить дефицит/профицит по каждой специальности.

Анализ результатов адаптации и онлайн анкетирования по проектам профессиональных стандартов системы здравоохранения

Азербаета А.Ж.

Руководитель Центра менеджмента здравоохранения РЦРЗ МЗСР РК

Рахимова Л.Ж.

Начальник отдела исследований и методического обеспечения обучения менеджменту здравоохранения Центра менеджмента здравоохранения РЦРЗ МЗСР РК

Есполова Г.Д.

Ведущий специалист отдела исследований и методического обеспечения обучения менеджменту здравоохранения Центра менеджмента здравоохранения РЦРЗ МЗСР РК

Резюме

В данной статье описаны результаты адаптации профессиональных стандартов. Профессиональные стандарты необходимы для повышения качества подготовки специалистов и удовлетворения потребностей современного производства в специалистах нужного профиля и нужного уровня подготовки. Для оценки практической необходимости и полезности, качества содержания и степени важности разработанных профессиональных стандартов в анкетировании приняли участие 2274 респондентов и около 80%, считают, что профессиональные стандарты – это первый и самый главный шаг на пути становления эффективной системы управления кадровым потенциалом.

Түйіндеме

Бұл мақалада кәсіби стандарттарды бейімдеу нәтижелері сипатталған. Кәсіби стандарттар мамандар даярлаудың сапасын арттыру және қазіргі заманғы өндірістің қажетті бейіндегі және керекті даярлық деңгейіне ие мамандарға деген мұқтажыңың қанағаттандыру үшін қажет. Әзірленген кәсіби стандарттардың практикалық қажеттілігі мен пайдалылығын, мазмұнының сапасы мен маңыздылық дәрежесін бағалау үшін сауалнамаға 2274 респондент қатысты және шамамен 80%-ы кәсіби стандарттарды кадр әлеуетін басқарудың тиімді жүйесін қалыптастыру жолындағы алғашқы және ең басты қадам деп санайды.

Abstract

This article describes the results of the adaptation of professional standards. Professional standards are needed to improve the quality of training and meet the needs of the modern production in specialists with required level of training. To evaluate the practical necessity and usefulness, quality of the content and the importance of professional standards was developed and conducted the survey for 2274 respondents and about 80% of them believe that the professional standards is the first and most important step in the establishment of an effective system of human resources management.

Среди поручений Главы государства «Социальная модернизация Казахстана: Двадцать шагов к Обществу всеобщего труда» особое место занимает расширение доступности достойной занятости и удовлетворение потребностей развивающейся экономики в трудовых ресурсах. Для решения этой задачи и обеспечения подготовки специалистов в соответствии с

требованиями современного рынка труда, значительные изменения вносятся в Национальную систему квалификаций [1].

В связи с кардинальными переменами за последние годы в стране произошел экономический прогресс и переход к индустриально-инновационной стадии. Этот прогресс сопровождается изменением структуры экономики, появлением новых видов

производства и значительным увеличением спроса на квалифицированную рабочую силу.

Однако, не всегда на спрос можно дать удовлетворительное предложение. Усиливающиеся требования к степени подготовки и практическим навыкам со стороны работодателей зачастую не совпадают с профессиональными компетенциями специалистов, нуждающихся в трудоустройстве. В этой связи, незаполненные вакансии сохраняются, несмотря на наличие в стране безработицы.

С целью преодоления этого разры-

ва, необходимо создание новой системы квалификаций и разработка профессиональных стандартов, соответствующих современным требованиям рынка труда и направленных на повышение качества подготовки специалистов.

С учетом данной потребности и накопленного в этом отношении международного опыта, в 2012 году в Трудовой Кодекс РК введена новая глава (10-1) «Национальная система квалификаций» [2].

В ее структуру входят:



Рисунок 1.

Структура Национальной системы квалификаций

- национальная рамка квалификаций – структурированное описание квалификационных уровней, признаваемых на рынке труда;
- отраслевые рамки квалификаций – структурированное описание квалификационных уровней, признаваемых в отрасли;
- профессиональный стандарт – стандарт, определяющий в конкретной области профессиональной деятельности требования к уровню квалификации и компетентности, к содержанию, качеству и условиям труда;
- система сертификации – стандарт оценки профессиональной подготовленности и подтверждение соответствия квалификации специалиста (рисунок 1) [3].

В создании новой системы квалификации особая роль отводится разработке и внедрению профессиональных стандартов. Глава государства в своей программной статье «Социальная модернизация Казахстана: Двадцать шагов к обществу всеобщего труда» отмечал,

что они должны стать «дорожной картой» для каждой профессии. Основной функцией, решаемой профессиональными стандартами во всем мире, является установка требований к качеству труда, знаниям и умениям; сближение сферы труда и сферы подготовки кадров. Такой подход закреплен и в Трудовом Кодексе РК (ст. 138-1) [2].

Отправной точкой в разработке профессиональных стандартов является информация рынка труда (спрос работодателя). Ведь профессиональные стандарты должны отразить требования рынка труда к квалификации работников. Эта информация позволяет определить основное содержание профессионального стандарта. По мере разработки профессиональный стандарт становится тем профессиональным минимумом, которому должны соответствовать все работники и руководители той или иной отрасли. Предприятия и организации могут использовать его для создания своих внутренних

(корпоративных) стандартов, найма, отбора или аттестации работников (рекрутинг).

Профессиональные стандарты необходимы для повышения качества подготовки специалистов и удовлетворения потребностей современного производства в специалистах нужного профиля и нужного уровня подготовки.

Таким образом, использование профессиональных стандартов несет в себе несомненные преимущества, для:

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

Преимущества профессионального стандарта для работодателя, это:

- выбор качественных персоналов на рынке труда, поскольку они служат основой для определения критериев оценки при найме, подборе и отборе персонала;
- обеспечение качества труда персонала;
- обеспечение повышения потенциала персонала;
- поддержание и улучшение стандартов качества в организации через контроль и повышение профессионализма своих работников;
- повышение мотивации персонала в своей организации;
- повышение эффективности, обеспечение стабильности и качества труда, следовательно, высокие экономические результаты.

Преимущества профессионального стандарта для работника, это:

- определение собственного профессиональ-

ного уровня и направлений/задач профессионального обучения и совершенствования;

- эффективное функционирование на предприятии;
- обеспечение собственной востребованности на рынке труда, сокращение сроков поиска подходящей работы;
- карьерный рост и увеличение дохода.

В рамках обсуждения разработанных проектов профессиональных стандартов было проведено онлайн анкетирование при помощи программы Survey Monkey [4]. 25 проектов профессиональных стандартов системы здравоохранения, отраслевую рамку квалификаций респонденты могли просмотреть на официальном сайте Республиканского центра развития здравоохранения <http://www.rcrz.kz> [5].

Целью анкетирования было выявление замечаний, получение рекомендаций для дальнейшего усовершенствования разрабатываемых профессиональных стандартов.

Для оценки практической необходимости и полезности, качества содержания и степени важности разработанных профессиональных стандартов в анкетировании приняли участие 2274 респондентов, из них 888 (42,1%) – специалисты, работающие в организациях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, 952 (45,2%) – специалисты, работающие в организациях, оказывающих стационарную помощь, 55 (2,6%) из организаций скорой медицинской помощи и санитарной авиации, респонденты из остальных медицинских организаций составили – 60 (2,7%) (рисунок 2).

На рисунке 3 представлен результат доли регионов, принявших наибольшее участие в анкетировании из 2274 респондентов, на первом месте Акмолинская область – 27,9%, следом Актюбинская область – 10,0% и Алматинская область – 9,7%, а также наименьшее из Восточно-Казахстанской области – 0,7%, из городов Астаны – 0,3% и Алматы – 0,1%.

Из числа всех опрошенных медицинских сотрудников, наибольшее число оценивших профессиональный стандарт сотрудники сестринского дела, врачи терапевты и сотруд-



Рисунок 2.

Доля организаций, принявших участие в анкетировании

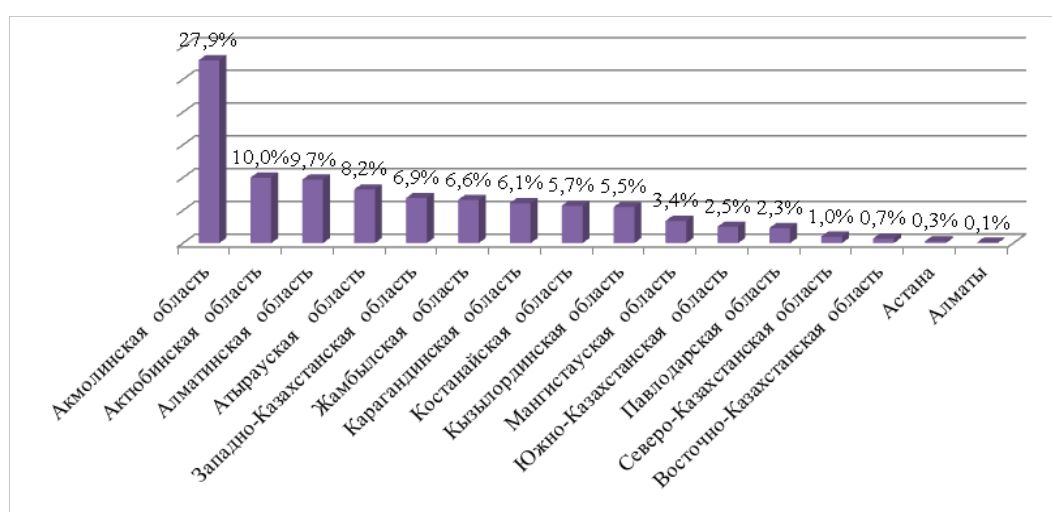


Рисунок 3.

Доля регионов, принявших участие в анкетировании

№	Наименование профессионального стандарта	Количество респондентов	
		абс.	%
1	Сестринское дело (медицинская(ий) сестра/брат специализированная (ый), общей практики, по ФЗОЖ, медицинский статистик)	545	24,0%
2	Сестринское дело (медицинская(ий) сестра/брат, по уходу, помощник медицинской сестры/брата, массажист)	460	20,2%
3	Сестринское дело (бакалавриат)	225	9,9%
4	Терапия (терапия подростковая, скорая и неотложная медицинская помощь, диетология)	171	7,5%
5	Лабораторная диагностика (лаборант, помощник врача лаборанта)	100	4,4%
6	Клиническая лабораторная диагностика	98	4,3%
7	Педиатрия	86	3,8%
8	Акушерство и гинекология (детская гинекология)	74	3,3%
9	Акушерское дело (акушер, акушер общей практики)	73	3,2%
10	Психиатрия (наркология, психотерапия, сексопатология, медицинская психология, судебно-психиатрическая экспертиза, судебно-наркологическая экспертиза)	63	2,8%
11	Лечебное дело (фельдшер, фельдшер общей практики)	54	2,4%
12	Анестезиология и реаниматология (взрослая, детская)	45	2,0%
13	Кардиология (взрослая, детская), в том числе интервенционная	45	2,0%
14	Общая врачебная практика (семейная медицина)	45	2,0%
15	Невропатология (взрослая, детская)	42	1,8%
16	Фтизиатрия (взрослая, детская)	34	1,5%
17	Неонатология	27	1,2%
18	Медицинская реабилитология, восстановительное лечение (физиотерапия, лечебная физкультура, курортология) (взрослая, детская)	15	0,7%
19	Нейрохирургия (взрослая, детская)	15	0,7%
20	Детская психиатрия	11	0,5%
21	Гематология (взрослая)	10	0,4%
22	Онкология (химиотерапия, маммология) (взрослая)	10	0,4%
23	Гастроэнтерология (взрослая, детская)	9	0,4%
24	Лучевая терапия (радиология)	9	0,4%
25	Судебно-медицинская экспертиза	8	0,4%
	Итого	2274	100,0%

Таблица 1.

Число респондентов, оценивших тот или иной профессиональный стандарт

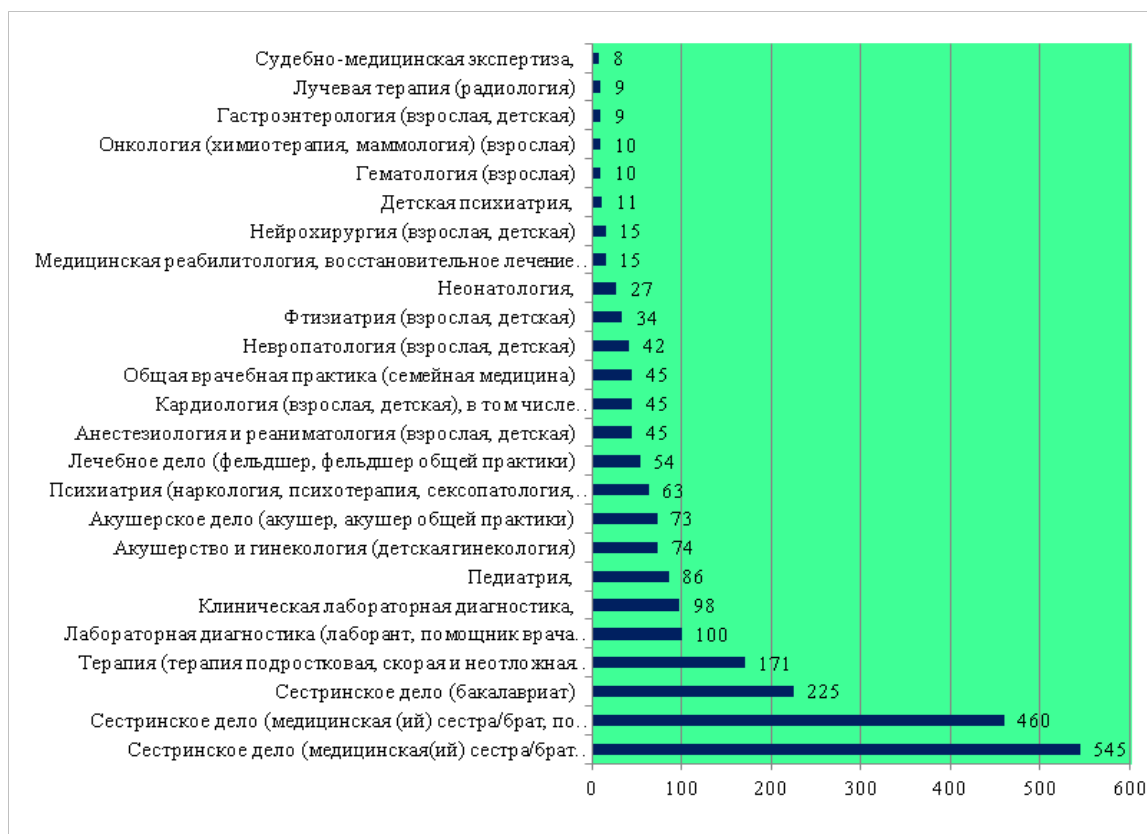


Рисунок 4.
Количество респондентов, оценивших профессиональный стандарт

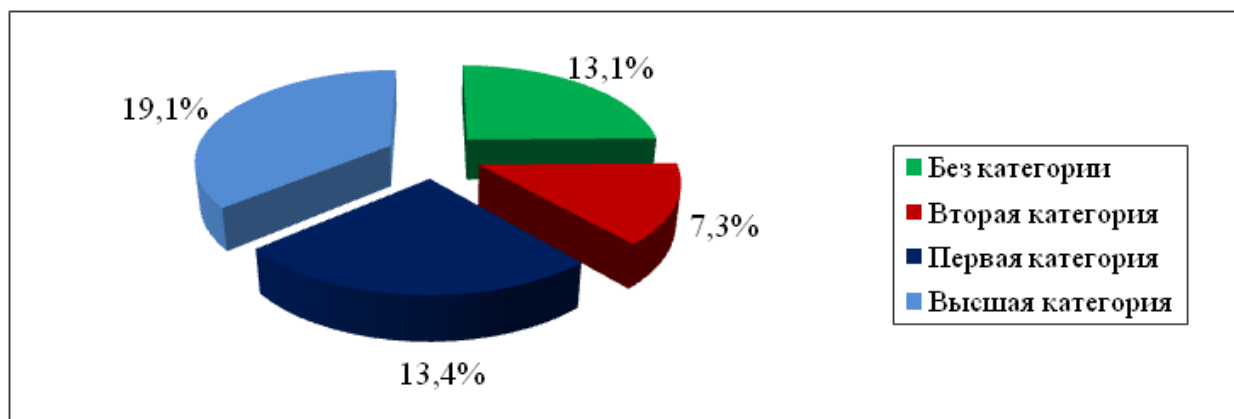


Рисунок 5.

Доля врачей с категорией, оценивших профессиональные стандарты

ники лаборатории (таблица 1, рисунок 4).

Доля врачей, оценивших профессиональные стандарты с высшей категорией – 19,1%, с первой категорией – 13,4%, врачи имеющие сертификат без категории – 13,4% и врачи со второй категорией – 7,3% (рисунок 5).

Оценка объема представленных требований к условиям труда, образованию и опыту работы специалиста ПС респонденты оценили следующим образом:

81,8% опрошенных считают, что объем

представленных требований к условиям труда, образованию и опыту работы специалиста ПС соответствует в полном объеме, 8,5% – не в полном объеме, 7,5% респондентов считают, что объем представленных требований требует дополнений и 2,2% – требует исправлений (рисунок 6).

Из числа опрошенных респондентов 84,1% считают, что объем отраженного перечня трудовых функций по профессиям соответствует – в полном объеме, 6,6% – не в полном

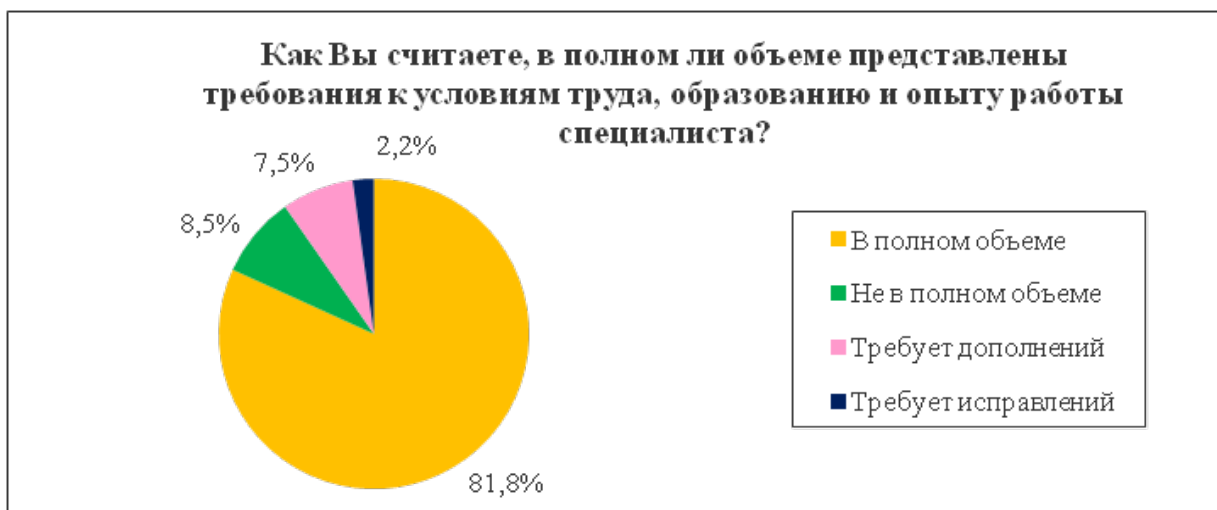


Рисунок 6.

Оценка объема представленных требований к условиям труда, образованию и опыту работы специалиста



Рисунок 7.

Оценка объема отраженного перечня трудовых функций по профессиям

объёме, 6,5% полагают, что перечень трудовых функций по профессиям требует дополнений, и 2,2% – категорически требует исправлений в профессиональный стандарт (рисунок 7).

42,0% врачей оценили перечень содержащихся задач в профессиональном стандарте, входящих в каждую трудовую функцию и формирующих ее содержание на отлично, 43,1% – хорошо, 10,3% – удовлетворительно, 4,6% врачей считают, что требуется корректировка (рисунок 8).

На вопрос «Соответствуют ли средства и предметы труда задачам функциональной карты?» респонденты ответили следующим образом: да, соответствуют –

82,3%, не соответствуют – 3,8%, требуют дополнений – 11,1% врачей, 2,8% – требуют изменений (рисунок 9).

Уровень соответствия перечня знаний, личностных и профессиональных компетенций, представленных в проекте профессиональных стандартов из числа всех опрошенных 84,7% респондентов считают, что соответствует, категорически не согласны с предложенным перечнем – 2,9%, требует дополнений – 9,8%, требует изменений – 2,7% (рисунок 10).

На вопрос «Соответствует ли перечень умений и навыков, представленных в проекте профессионального стандарта



Рисунок 8.

Оценка перечня задач, входящих в каждую трудовую функцию и формирующих ее содержание

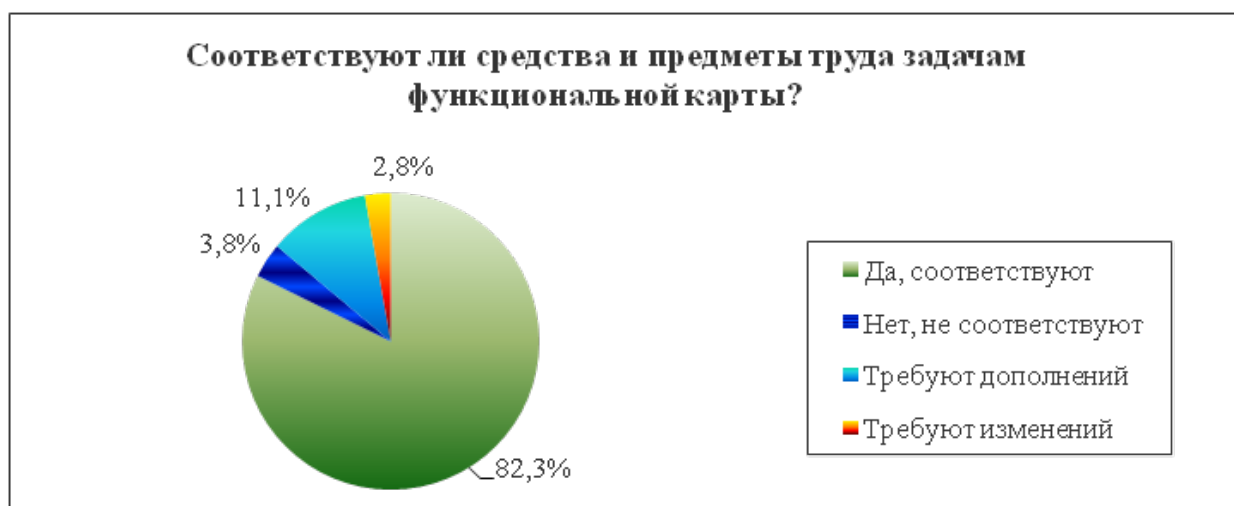


Рисунок 9.

Уровень соответствия средств и предмета труда задачам функциональной карты



Рисунок 10.

Уровень соответствия перечня знаний, личностных и профессиональных компетенций



Рисунок 11.

Уровень соответствия перечня умений и навыков, представленных в проекте профессионального стандарта личностным и профессиональным компетенциям по данной специальности

личностным и профессиональным компетенциям по данной специальности?» 85,2% врачей ответили – да, соответствует, 2,8% врачей ответили – нет, не соответствует, а другие 8,8% – требуют дополнений, и 3,2% – требуют изменений (рисунок 11).

На вопрос «Как Вы считаете, достигнута ли цель разработки профессионального стандарта?», респонденты ответили следующим образом:

81,6% врачей считают, что цель разработки достигнута в полном объеме и пред-

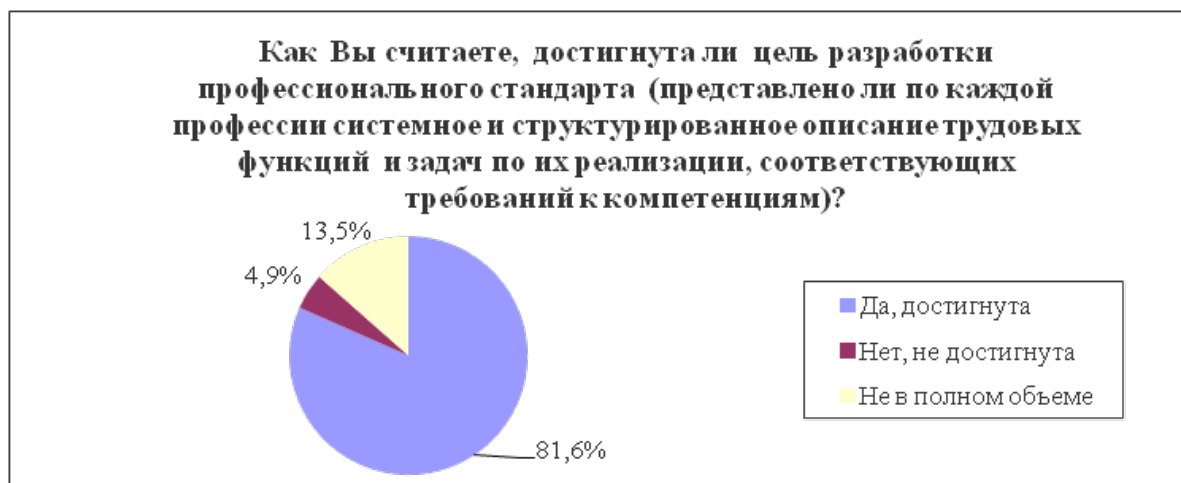


Рисунок 12.

Доля достигнутой цели разработки профессионального стандарта

ставлены системное и структурированное описание трудовых функций и задач по их реализации, соответствующие требования к компетенциям;

13,5% считают, что системное и структурированное описание трудовых функций и задач отражено не в полном объеме;

А остальные 4,9% полагают, что цель разработки не достигнута вообще (рисунок 12).

Таким образом, следует отметить, что по результатам анкетирования около 80% респондентов из числа специалистов, работающих в организациях амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи, считают, что цель разработки профессиональных стандартов достигнута.

Также анализ существующих в стране подходов к созданию профессиональных

стандартов показал истинную необходимость и актуальность в построении новой системы классификации профессий; в разработке новых форматов и структур профессиональных стандартов, в соответствии с системой международных стандартов менеджмента и учиты-

вающих отечественную специфику; в создании системы новых профессиональных стандартов в соответствии с требованиями современного рынка труда и являющихся основой для создания системы сертификации как механизма подтверждений компетенции работников.

Источники:

1. Поручение Главы государства Н.А. Назарбаева «Социальная модернизация Казахстана: Двадцать шагов к Обществу всеобщего труда»;
2. Трудовой кодекс Республики Казахстан от 15 мая 2007 года № 251-III (с изменениями и дополнениями по состоянию на 17.01.2014 г.);
3. Совместный приказ Министра образования и науки Республики Казахстан от 28 сентября 2012 года № 444 и и.о. Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 24 сентября 2012 года № 373-п-м «Об утверждении Национальной рамки квалификаций»;
4. Анкетирование проектов профессиональных стандартов системы здравоохранения <https://www.surveymonkey.com/s/BVT7QYF>;
5. 25 проектов профессиональных стандартов системы здравоохранения <http://files.rcrz.kz/centers/cmz/pps.zip>.

Стратегии в управлении здравоохранения ПМСП

Мухамеджанова Г.Б., Мусирепова С.К.

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

Резюме

Развитие и совершенствование первичной помощи позволит повысить удовлетворенность граждан предоставляемыми услугами при относительно низких затратах, а также открыть возможность профилактики болезней и пропаганды ЗОЖ.

Түйіндеме

Алғашқы медициналық-санитариялық көмек көрсету жүйесін жетілдірудің негізгі мақсаты аурулардың алдын алу және салауатты өмір салтын насихаттау, ал бұл денсаулық сақтау саласындағы тұрғындардың сұранысын аз шығынмен қамтамасыз етуге мүмкіндік береді.

Abstract

Development and further improvement of primary health care will help to provide medical services satisfaction with relatively low costs, as well as open the way for the disease prevention and healthy lifestyle promotion.

Более 35 лет назад ВОЗ была принята Алма-Атинская декларация по первичной медико-санитарной помощи. В ней четко обозначена 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 отме-

тить, что ПМСП охватывает не только систему здравоохранения, но и смежные секторы, 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 Алма-Атинской декларации не теряют своей актуальности. Отличительной

чертой данного вида оказания помощи от вторичной, третичной, а также скорой является ее продолжительность, направленность на решение большинства индивидуальных проблем со здоровьем в рамках семьи и населенного пункта. Именно учреждения ПМСП направляют пациентов в другие системы здравоохранения. Акцент внимания на первичной помощи позволяет повысить удовлетворенность граждан предоставляемыми услугами при относительно низких затратах, открывает возможность для профилактики болезней и пропаганды ЗОЖ.

По данным ВОЗ реформирование системы ПМСП носит комплексный характер и осуществляется в следующих четырех направлениях:

- реформы, обеспечивающие всеобщий охват. Реформы должны позволить достичь равенства в отношении здоровья, социальной справедливости, ликвидации социальной изоляции. Это связано с таким недостатком оказания медицинской помощи, как предоставление ее в порядке обратной пропорциональности. Наиболее обеспеченные люди, имеющие сравнительно меньше потребностей в медицинской помощи, потребляют большую часть этой помощи, тогда как люди, располагающие самыми скудными средствами и имеющие серьезные проблемы со здоровьем, потребляют наименьшую ее часть [2, с. xiv]. Кроме того, неравенство в уровне здоровья проявляется в ценовой доступности и неравенстве качества предоставляемых услуг;

- реформы сферы предоставления услуг. Смысл таких реформ заключается в ориентации системы здравоохранения на нужды, ожидания и потребности людей;

- реформы государственной политики. Рациональная государственная политика во всех секторах должна способствовать повышению уровня здоровья граждан. Одним из способов для выполнения данной реформы может служить разработка грамотной национальной концепции, программы или стратегии, направленной на решение первоочередных задач здравоохранения, а также проведение крупномасштабных мероприятий в области общественной гигиены, профилактики заболеваний

и пропаганды ЗОЖ. Говоря о политике, необходимо помнить и об эффективной политике в области обеспечения профессиональными кадрами различных служб, использования технологий, лекарственных средств и т. д.;

- реформы управления призваны улучшить работу органов здравоохранения. Правительственные и неправительственные организации, обеспечивающие руководство здравоохранением, не могут более оставаться лишь администраторами системы, они должны стать обучающими организациями. Для этого требуется всестороннее руководство, готовое к взаимодействию с самыми разными заинтересованными сторонами за пределами государственного сектора – от практикующих врачей до гражданского общества и от общин до исследователей и научного сообщества [2, с. xx].

Однако предложения ВОЗ относительно реформирования ПМСП носят рекомендательный характер, т.к. требуют увязки с особенностями развития той или иной страны. Это связано в первую очередь с неравномерностью экономического роста стран. Кроме того, не всегда уровень благосостояния страны является определяющим фактором в определении состояния здоровья населения. Большое значение имеют методы, объект и адресат расходования денег.

Реформы ПМСП не могли не затронуть и Казахстан. Попытки реформирования ПМСП проводились в рамках различных государственных программ, стратегических планов по развитию здравоохранения. В Казахстане предпринимался ряд мер по реформированию сектора ПМСП, но в целом они были несогласованными, зачастую противоречили друг другу и проводились без надлежащего и устойчивого политического руководства. Законом «Об охране здоровья граждан в Республике Казахстан» от 19 мая 1997 г. установлено, что ПМСП должна быть бесплатной и общедоступной для всех граждан страны (Министерство здравоохранения, 2002). Реформа ПМСП была одобрена приказами №500 и №501 Министерства здравоохранения (которое в тот период называлось Комитетом по здравоохранению).

В соответствии с этими приказами семейные врачи также получили разрешение на самостоятельную практику [3, с. 122].

Другим примером могут служить меры по совершенствованию ПМСП РК, принятые постановлением Правительства от 28 декабря 2005 года (в рамках Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы), главными задачами которой были оснащение медицинским оборудованием, санитарным автотранспортом, поэтапное размещение участков терапевтов и педиатров подготовленными и переподготовленными врачами общей практики.

На данном этапе в нашей стране реализуется программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы». Нынешние реформы носят комплексный характер по сравнению с предыдущими попытками. Приоритетными задачами относительно развития ПМСП являются стратегическое планирование и финансирование, ориентированное на результат по принципу общей врачебной практики; бесплатного и льготного лекарственного обеспечения, профилактических осмотров (детей, скрининговые исследования взрослого населения на предмет раннего выявления болезней системы кровообращения, сахарного диабета, глаукомы, вирусных гепатитов В и С, рака шейки матки, рака молочной железы, рака толстой и прямой кишки, рака печени, рака пищевода и желудка, рака предстательной железы); уделяется внимание профилактике болезней, пропаганде ЗОЖ, организационной структуре поликлиники, включающей три подразделения; внедрению системы управления качеством медицинской помощи (CQI), разработке целевых индикаторов, отражающих эффективность ПМСП, организации и внедрению института социальных работников в систему здравоохранения и т.д.

В организациях ПМСП продолжается работа по созданию модели взаимоотношений «мотивированный сотрудник и удовлетворенный пациент». Эта модель ориентирована на повышение уровня удовлетворенности населения качеством оказываемых медицинских

услуг и заинтересованности врача в конечных результатах своей работы. С целью улучшения качества оказываемой амбулаторной помощи в здравоохранении был введен двухкомпонентный подушевой норматив, состоящий из базового тарифа и стимулирующего компонента.

Система оценки медицинских услуг по конечному результату, оказанных каждым медработником и соответственно увеличение заработной платы через стимулирующий компонент подушевого норматива, способствует мотивации сотрудников. Сегодня врач и медицинские сестры каждой участковой службы рассчитывают свои индикаторы ежемесячно. Именно мониторинг показателей стимулирует медработников работать на улучшение конечного результата, согласно которым и проводится дифференциация заработной платы.

Отсюда следует вывод, что в условиях рынка появился важный мотивационный рычаг поощрения труда медицинских работников – СКПН, за улучшение качества предоставляемых медицинских услуг населению. С учетом того, что 10% от СКПН направляется на повышение квалификации, расширяются возможности для непрерывного образования сотрудников как в республике Казахстан, так и за рубежом. Хочется отметить, что внедрение дифференцированной оплаты за конечные результаты позволяет создать конкурентную среду, повышает престиж медицинских работников и соответственно влияет на удовлетворенность пациентов качеством предоставляемых медицинских услуг.

Как известно, все принципы единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ) беспрепятственно реализуются с всесторонним развитием менеджмента организаций здравоохранения, что с большой вероятностью достигается в автономном статусе поставщика. Поэтому сейчас многие организации ПМСП перешли на право хозяйственного введения. Также, для дальнейшего совершенствования финансирования амбулаторно-поликлинической помощи с 2014 года проводится через комплексный подушевой норматив.

Главная цель комплексного подушевого норматива – повысить ответственность врачей первичного звена за состояние здоровья прикрепленного населения, также обе-

спечить их мотивацию к улучшению качества медицинской помощи. В связи с этим разработан механизм увеличения расходов на службу ПМСП и профилактику заболеваний, а также сокращения необоснованных лабораторно-диагностических и консультативных услуг. Введение КПН предусматривает внедрение социально-ориентированной «семейной» медицины, обязательное повышение квалификации и увеличение количества врачей общей практики (ВОП), делегирование части полномочий от врача к медицинским сестрам. В этой связи, стимулирующая составляющая КПН будет зависеть от уровня достижения конечных результатов деятельности работника.

Первичная медико-санитарная помощь является первым уровнем системы здравоохранения, куда пациент/люди приходят со своими жалобами на здоровье, также это уровень, на котором удовлетворяется большинство потребностей в лечебной и профилактической помощи.

Первичная медико-санитарная помощь является основной функцией и сре-

доточием системы здравоохранения любой страны и является первым уровнем контакта человека, семьи и общества с национальной системой здравоохранения, обеспечивающей наибольшее приближение здравоохранения к местам проживания и работы людей. Основными принципами развития ПМСП согласно Алматинской декларации явились: участие самого населения, соответствующие технологии здравоохранения и межсекторальное взаимодействие. И это подтверждение станет главной темой I Республиканского съезда врачей ПМСП и II Алматинского медицинского форума «Инновации и стратегии в управлении здравоохранения первичной медико-санитарной помощи», которая состоится 17-18 ноября 2014 года в Алматы.

Таким образом, можно сделать вывод, что реформы относительно ПМСП в Казахстане не носят фрагментарный характер. Страна поставила амбициозные цели и задачи, которые должны вывести Республику на качественно новый уровень в оказании медицинской помощи.

Источники:

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.
2. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008: первичная медико-санитарная помощь сегодня актуальнее, чем когда-либо. Всемирная организация здравоохранения, 2008.
3. М. Кульжанов, Б. Речел. Казахстан: обзор системы здравоохранения// Система здравоохранения: время перемен, том 9 №7 2007.

Особенности формирования бизнес-плана в организациях здравоохранения с учетом государственной стратегии

Маджуга В.П.,

Консультант Центра менеджмента здравоохранения

РГП на ПХВ «РЦРЗ» МЗСР РК

Абдильманов Г.Т.

Вице-президент АО «Санаторий Казахстан» МВД РК

Резюме

Формирование бизнес-плана должно основываться на принципах, позволяющих оценить возможность руководителя медицинской организации реализовать стратегические задачи, определенные государственной отраслевой программой. К таким принципам относятся: оценка реальности выполнения поставленных задач с имеющимися материально-

техническим, кадровым потенциалом; информация об основных и оборотных средствах, обеспечивающих перспективу развития медицинской организации; оценка специфического рынка медицинских услуг с показателями здоровья прикрепленного населения и характеристикой конкурентной среды; оценка реального соответствия требованиям оснащенности кадрами, оборудованием, медикаментами.

Түйіндеме

Бизнес-жоспарды қалыптастыру медициналық ұйым басшысының мемлекеттік салалық бағдарламамен айқындалған стратегиялық міндеттерді іске асыру мүмкіндігін бағалауға мүмкіндік беретін қағидаларға негізделуі тиіс. Мұндай қағидаларға мыналар: қолда бар материалдық-техникалық, кадрлық әлеуетпен қойылған міндеттерді орындау шынайылығын бағалау; медицина ұйымының даму перспективасын қамтамасыз ететін негізгі және айналым қаражаттары туралы ақпарат; тіркелген тұрғындардың денсаулық көрсеткіштерімен және бәсекелестік ортаның мінездемесімен бірге, көрсетілетін медициналық қызметтердің ерекше нарығын бағалау; кадрлармен, құрал-жабдықтармен, медикаменттермен жарактандырылу талаптарына шын мәніндегі сәйкестігін бағалау жатады.

Abstract

Formation of the business plan should be based on the principles which allow assessing the medical organization manager's ability to realize the strategic objectives defined by the state branch program. These principles include: assessment of the reality to perform the tasks with the existing logistics, human resources; information on fixed and circulating assets to ensure the future development of medical organization; evaluation of specific market of medical services with health indicators of the attached population and characteristics of the competitive environment; assessment of the real compliance to the requirements for the staff, equipment and medicines.

Учитывая важность реализации, поставленных перед практическим здравоохранением задач в Государственной программе «Саламатты Қазақстан», бизнес-план (далее – БП) является инструментом, позволяющим анализировать качество выполнения этих задач на уровне конкретных медицинских организаций (далее – МО). Поэтому формирование бизнес-плана должно основываться на следующих принципах:

1. Необходимость наличия информации, позволяющей понять реальность выполнения поставленных задач с имеющимися материально-техническим, кадровым потенциалом, логистикой (соответствие нормативам удаленности центра оказания МП от населенных пунктов, в зависимости от уровня медицинских организаций, учитывая специфику страны).

2. Необходимость информации об основных и оборотных средствах, без их анализа сложно формулировать перспективу развития МО, тем более это невозможно, если предполагается внедрения ГЧП (ДУ), когда одним из условий привлечения инвестора

является использование инвестиций для реконструкции, строительства, переоборудования, внедрения новых технологий. Это должно найти отражение в планируемой деятельности.

3. Необходимость использования при разработке БП существующего фундаментального нормативного документа, являющегося, по сути, инструкцией по формированию разделов БП в здравоохранении («Методические указания по составлению БП в организациях здравоохранения», 2012 год, РЦРЗ, Министерство здравоохранения РК), которая позволила бы руководителям МО детализировать необходимую информацию для защиты БП, оценить реальную ситуацию на местах.

4. Помимо целевых индикаторов, необходимо в разделе «Анализ ситуации» («синоним» маркетингового анализа, требующего соответствующей информации) представить индикаторы, характеризующие специфический рынок медицинских услуг, показатели, характеризующие здоровье прикрепленного населения и эффективность делового администрирования руководства

медицинской организации, направленного на стабильное динамическое улучшение показателей: численность, структура прикрепленного населения, болезненность, показатель заболеваемости, охват диспансеризацией и т.д., в зависимости от профиля МО.

5. Необходимо отразить реальную ситуацию по соответствию требованиям оснащенности оборудованием, медикаментами, эффективностью их использования (простой оборудования, истечение срока годности медицинских препаратов, не соответствие их заявленному ассортименту, нарушение сроков поставки).

6. Необходимо отразить реальную структуру кадрового потенциала, призванного обеспечить выполнения стратегических задач, включая норматив нагрузки на врача, медицинскую сестру (план – факт), указать их реальный квалификационный уровень, отразить дефицит по конкретным специалистам.

7. В итоге раздела «Анализ ситуации» желательна сводная таблица индикаторов со сравниваемым периодом, которая должна содержать три итоговых столбика: улучшились (со знаком «+» против индикатора), не изменились (соответственно), ухудшились (соответственно). Это даст итоговую сводную картину по эффективности результатов работы и может быть привязано к затраченным средствам.

8. После этого представляется необходимым перечислить причины низкой эффективности работы по отдельным индикаторам, включая вопросы обеспечения кадрами, их квалификации и предлагаемые способы устранения перечисленных проблем.

9. Необходимо в графах, отражающих правовую форму МО, отразить планы по переходу на новые формы хозяйственной деятельности (при планировании перехода к работе в формате государственно-частного партнёрства (ГЧП), с указанием степени подготовленности документов, обученности соответствующих специалистов, выбору инвестора, согласования с уполномоченными органами. Руководителям МО необходимо активизировать поиск «инструментов» для

ускорения реализации желания перехода к ГЧП (ДУ – доверительное управление, или АО – акционерное общество).

10. Необходимо, в ближайшее время, начать масштабное обучение принципам работы в условиях ГЧП с учетом международного опыта, так как это является одним из механизмов интенсификации внедрения рыночных отношений в отрасль, чего давно ждет от здравоохранения Президент страны.

11. В разделе «Планируемая деятельность» необходима информация, отражающая действия руководителя по формированию бюджета, ориентированного на результат (БОР), одного из инструментов управления КМП.

12. Необходимо исходить из того, что объем ГОБМП рассчитывается исходя из потребности покрытия, в основном, сметных расходов на обеспечение деятельности МО по выполнению поставленных стратегических задач (целевых индикаторов). Поэтому, в итоге должно быть видно – куда уйдут деньги, нет ли искусственного дефицита на отдельные статьи, например, обучение и т.д., существуют ли риски, препятствующие достижению цели?

13. Необходимо внедрить в постоянную практику отсутствующий стандартный счет прибылей и убытков, который рекомендован Евросоюзом для бухгалтерского учета в странах постсоветского пространства с целью приближения к международным стандартам, что возможно осуществить с учетом изменений, происходящих в системе бухгалтерского учета и тенденции его сближения с западными стандартами.

14. Необходимо ввести раздел по имевшимся и прогнозируемым «Рискам». Сами риски должны быть структурированы для облегчения работы по их мониторингу, прогнозированию и коррекции. Представляется целесообразным унифицировать понятия «риски», с учетом того, что они могут быть не только финансовыми.

15. Необходимо конкретизировать подраздел, структурирующий один из рисков – кредиторскую задолженность, причины

ее возникновения, влияющие на ресурсное обеспечение МО, с указанием сроков ее погашения и источники.

16. Необходимо акцентировать внимание на необходимости интенсификации обучения (один из важнейших факторов повышения МП), с представлением информации по реальной потребности и фактическому количеству обученных, которая в ближайшие годы значительно возрастет.

17. В «Плане деятельности» ввести пункт, позволяющий оценить действия руководителя по повышению конкуренции

МО, которая, по существу, в отрасли отсутствует, особенно в сельских регионах (тем более – в малонаселенных районах).

Акцент на перечне вышеперечисленных пунктов обусловлен поставленными стратегическими задачами по внедрению рыночных отношений в отрасль, формированию контингента руководителей здравоохранения нового формата, соответствующего уровню менеджера здравоохранения или мастеру бизнес администрирования в здравоохранении, от которых в немалой степени зависит динамика преобразовательных процессов.

ҚЫЗМЕТ КӨРСЕТУДІ БАСҚАРУ/ УПРАВЛЕНИЕ УСЛУГАМИ

Результаты внедрения практики рационального назначения лекарственных средств в Республике Казахстан

Абельгазина Д.С., Жусупова Г.К., Кабдуллина Р.С., Есбатырова Л.М.
РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗСР РК
Лекарственный информационно-аналитический центр

Резюме

В данной статье отражены результаты внедрения практики рационального назначения лекарственных средств в Республике Казахстан. Считается, что рациональное использование лекарственных средств (РИЛС) зависит от навыков и способностей врача выделить основное звено в развитии заболевания у конкретного пациента, правильно выбрать препарат, определить его дозу и режим введения, предвидеть возможные неблагоприятные побочные эффекты, в том числе и от взаимодействия с другими средствами.

С целью изучения текущей ситуации по рациональному назначению лекарственных средств населению в медицинских организациях в разрезе 16 регионов РК, динамики процесса внедрения РИЛС в сравнении с результатами предыдущих исследований, а также определения путей оптимизации рационального использования лекарственных средств, Лекарственным информационно-аналитическим центром (ЛИАЦ) вот уже четвертый год проводятся исследования практики назначения лекарственных средств с использованием рекомендованных ВОЗ индикаторов.

Исследование практики назначения лекарственных средств является индикатором оценки не только состояния вопросов надлежащего применения препаратов в практической медицине, но и может служить одним из показателей эффективности работы ЛИАЦ в части предоставления информации врачам о рациональном применении лекарственных средств.

В свою очередь анкетирование позволяет нам определить необходимость оказания, а также направленность консультативно - методологической помощи врачам, уровень осведомленности врачей в вопросах генерических аналогов, назначения лекарственных средств (ЛС) по международному непатентованному наименованию ЛС, входящих в Республиканский лекарственный формуляр выявления побочных действий ЛС.

Түйіндеме

Аталған мақалада Қазақстан Республикасындағы дәрілік заттарды ұтымды тағайындау тәжірибесінің нәтижелері туралы баяндалған. Дәрілік заттарды ұтымды қолдануда (ДЗҰҚ) белгілі бір емделуші сырқатының негізгі даму себептерін анықтау, препаратты дұрыс таңдау, оның дозасы мен енгізу тәртібін анықтау, болуы мүмкін жанама әсерлер мен олардың басқа препаратпен өзара әсерін алдын ала білу дәрігерден үлкен тәжірибені қажет етеді.

Дәрілік заттарды ҚР 16 аймағының медициналық ұйымдарында ұтымды тағайындау жағдайын және ДЗҰҚ енгізу үрдісінің динамикасын бұған дейінгі зерттеу нәтижелерін салыстыра отырып зерттеп, сонымен қатар, дәрілік заттарды ұтымды қолдануды жандандыру жолдарын анықтау мақсатында. Дәрі-дәрмек ақпараттық-талдау орталығы (ДАТО) дәрілік заттарды ҚР 16 аймағының ДДҰ кеңес берген индикаторларды қолдана отырып, осымен төрт жыл қатарынан дәрілік заттарды тағайындау тәжірибесіне зерттеу жасап келеді.

Дәрілік заттарды тағайындау тәжірибесін зерттеу практикалық медицинада препа-

раттарды тиісінше қолдану индикаторын бағалау мәселелері бойынша ғана емес, сондай-ақ, ұсыну жағынан ДАТО қызметінің нәтижелілігін көрсетті.

Өз кезегінде сауалнама жүргізу бізге ұсыну қажеттілігі мен дәрігерлерге әдістемелік кеңес берудің бағытын, генерик тектес дәрілерге байланысты мәселелермен таныс болуын, олардың жанама әсерлерін анықтау үшін Республикалық дәрілік формулярға кіретін дәрілік заттың халықаралық патенттелмеген атауын тағайындауға мүмкіндік береді.

Abstract

In this article results of introduction of rational medication practice are reflected in the Republic of Kazakhstan. It is considered that rational use of medicines depends on skills and abilities of the doctor to allocate the main link in development of a disease in the specific patient, it is correct to choose a preparation, to define its dose and the mode of introduction, to expect possible adverse side effects including from interaction with other means.

For the purpose of studying of the current situation on rational medication to the population in the medical organizations in a section of 16 regions of the RK, dynamics of introduction process of rational use of medicines in comparison with results of the previous researches, and also definitions of optimization ways of rational use of medicines, the Drug Information and Analytical Center (DIAC) here are conducted the fourth year researches of medication practice with use of the indicators recommended to WHO.

Research of medication practice is the indicator of an assessment not only condition of conforming use of preparations questions in practical medicine, but also can serve one of indicators of the DIAC operational efficiency regarding providing information to doctors on rational use of medicines.

In turn questioning allows us to define need of rendering, and also an orientation is advisory – the methodological help to doctors, the level of doctors awareness in questions of generic analogs, medication (M) according to the International non-propriety name (further – INN), medicines entering the Republican drug formulary (further – RDF), identifications of medicine side effect.



Выбор лекарственных средств, их рациональное назначение, которое может оказаться для конкретного пациента наиболее эффективным и в то же

время безопасным – один из сложнейших процессов в деятельности врача.

Считается, что рациональное использование лекарств зависит от навыков и способности врача выделить основное звено в развитии заболевания у конкретного пациента, правильно выбрать препарат, определить его дозу и режим введения, предвидеть возможные неблагоприятные побочные эффекты, в том числе и от взаимодействия с другими средствами. Успех терапии также зависит от слаженной работы всех звеньев медицинской организации.

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), рациональное

использование лекарственных средств подразумевает правильное, соответствующее и надлежащее использование лекарственных средств. Рациональное использование означает, что пациенты получают надлежащие лекарственные препараты в правильных дозировках, на соответствующий период времени и по самой низкой стоимости для них и их общества (WHO, 1985).

Вот уже четвертый год Лекарственным информационно-аналитическим центром (ЛИАЦ) проводятся исследования практики назначения лекарственных средств с использованием рекомендованных ВОЗ индикаторов.

Исследования направлены на получение информации по 8 индикаторам, определенными ВОЗ в качестве критериев оценки практики прописывания лекарственных средств врачами и как основные элементы помощи пациентам:

I. Индикаторы назначения лекарственных

средств:

- среднее число назначенных лекарств за консультацию;
- процент лекарств, прописанных по генерическому наименованию;
- процент назначения антибиотиков;
- процент назначения инъекций;
- процент назначенных лекарств, которые входят в Республиканский лекарственный формуляр.

II. Индикатор качества оказания услуг пациентам – среднее время консультации.**III. Индикаторы учреждения:**

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

По мнению международных экспертов, исследование практики назначения лекарственных средств на постоянной основе может служить не только индикаторами оценки состояния вопросов надлежащего применения препаратов в практической медицине, но и одним из показателей качества оказания услуг казахстанским пациентам на амбулаторном уровне.

В последние три года, в рамках Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, в нашей республике был проведен ряд мероприятий по совершенствованию амбулаторной помощи населению. Например, такие, как улучшение своевременности и обеспеченности больных по наиболее затратным социально значимым заболеваниям, расширение линейки предоставляемых бесплатных лекарственных средств за счет оптимизации и включения препаратов, эффективность которых подтверждена признанными международными базами данных доказательной медицины и др.

В 2014 году Лекарственным информационно-аналитическим центром проведено данное исследование в четвертый раз с охватом всех регионов Республики Казахстан ретроспективным методом. В каждом регионе было проанализировано по 420 ретроспективных записей, общее количество

составило 6720 записей. Также в этом году, по согласованию с Министерством здравоохранения и социального развития Республики Казахстан, в исследование практики назначения лекарственных средств был добавлен социологический опрос врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (далее – ПМСП), как городских поликлиник, так и районных (сельских). Для проведения данного социологического опроса нашим Центром была разработана анкета, состоящая из 13 вопросов. Выборка составила 15% от общего количества врачей ПМСП Республики Казахстан.

Исследование практики назначения лекарственных средств является индикатором оценки не только состояния вопросов надлежащего применения препаратов в практической медицине, но и может служить одним из показателей эффективности работы ЛИАЦ в части качества информирования врачей о рациональном применении лекарственных средств.

В свою очередь анкетирование позволяет нам определить необходимость оказания, а также направленность консультативно-методологической помощи врачам, уровень осведомленности врачей в вопросах генерических аналогов, назначения лекарственных средств (ЛС) по международному непатентованному наименованию (далее – МНН), ЛС входящих в Республиканский лекарственный формуляр (далее – РЛФ), выявления побочных действий ЛС.

Учитывая репрезентативность выборки предыдущих исследований и связанную с этим небольшую погрешность данных по республике, мы провели сравнительный анализ итоговых показателей по основным индикаторам.

Следует отметить, что полученные результаты значительны и уже сейчас можно наблюдать существенный положительный прогресс, свидетельствующий об эффективности проводимых мероприятий в области совершенствования амбулаторной помощи (рисунок 1).

На рисунке приведены результаты исследования по основным индикаторам назначения лекарственных средств, которые

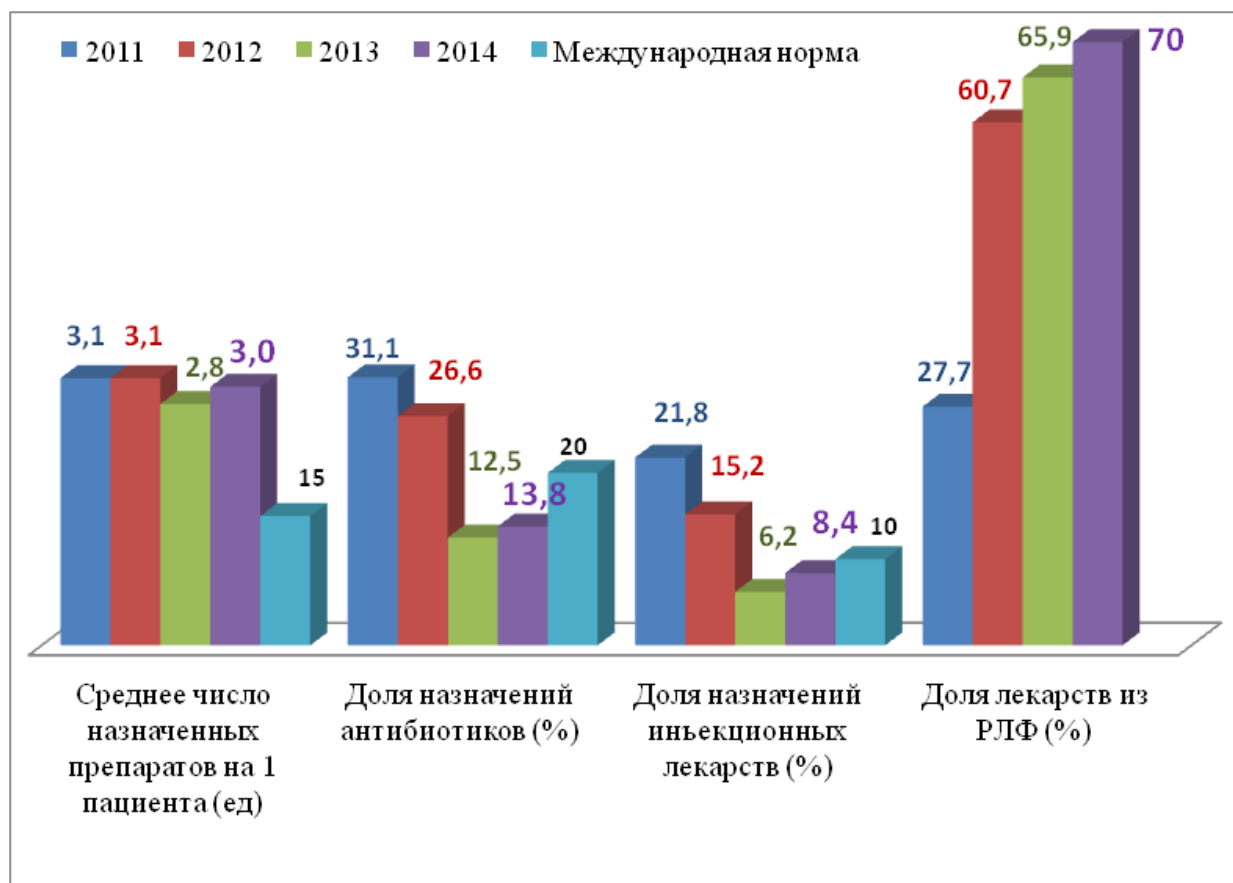


Рисунок 1.

Сравнительный анализ средних данных по основным индикаторам назначения лекарственных средств в Республике Казахстан

являются основной составляющей, характеризующей эффективность фармакотерапии пациентов.

Так, для соблюдения принципов рационального назначения препаратов рекомендуется не превышать показатель по среднему числу лекарственных средств, выписанных врачом на одного больного. Принято, что при одновременном назначении более 3-х различных препаратов одному больному, возможны непредвиденные взаимодействия используемых лекарственных средств в организме пациента. Под взаимодействием понимают качественное и/или количественное изменение эффекта одного лекарственного средства под влиянием другого.

Как видно из полученных данных, в среднем при каждом приеме пациенту назначается около трех лекарственных средств. Однако, несмотря на положительную динамику изменений показателей по данному индикатору, рекомендуемый международный показатель

составляет 1,5 единиц на одного пациента и полученные результаты могут свидетельствовать о признаках полипрагмазии. Вместе с тем, при рассмотрении вопроса о назначении лекарственных средств, необходимо так же учитывать влияние казахстанских пациентов, среди которых распространено суждение о том, что хорошее лечение обязательно должно быть сопряжено с назначением препаратов.

Заслуживает внимания вопрос применения антибактериальных лекарственных средств на амбулаторном уровне. Учитывая острую проблему с развитием антибиотикорезистентности не только в Казахстане, но и во всем мире, немаловажным является изучение показателей по индикатору назначения антибиотиков. Чрезмерное использование антибиотиков усиливает устойчивость к противомикробным препаратам, приводя к тому, что все большее количество лекарственных средств становится не эффективным против инфекционных болезней. Многие хирургиче-

ские процедуры и методы лечения рака не возможны без антибиотиков, используемых для борьбы с инфекцией. Устойчивость приводит к затяжному течению многих серьезных болезней, более длительному пребыванию пациентов в больницах и даже их смерти.

Таким образом, назначение антибиотиков на амбулаторном уровне должно быть обоснованным, поскольку будучи высокоэффективным средством противодействия многим заболеваниям, антибиотики должны оставаться весьма ограниченными в применении. Согласно рекомендациям ВОЗ доля назначения антибактериальных лекарственных средств не должна превышать 20% от всех лекарственных назначений.

По результатам проведенного исследования отмечается нормализация данного показателя, значение которого снизилось в 2013 году более чем в два раза по сравнению с 2011 годом, но с некоторым увеличением на 0,8% в 2014 году по сравнению с предыдущим.

Другим немаловажным индикатором рационального назначения лекарственных средств является доля назначаемых парентеральных препаратов на амбулаторном уровне. По рекомендуемым ВОЗ нормам доля назначения инъекционных лекарственных средств находится в пределах от 0% до 10% всех лекарственных назначений. В результате проведенных исследований было определено, что интенсивность назначения лекарственных средств в форме инъекций на амбулаторном уровне в 2013 году уже находится в пределах рекомендованных международных норм, с положительной динамикой изменений данных практически в четыре раза по сравнению с 2011 годом.

Следует отметить, что на основании международных данных доказательной медицины были разработаны Клинические протоколы диагностики и лечения практически по всем классам заболеваний. Именно проведение этих работ оказало наибольшее влияние на положительную динамику изменений показателей назначения лекарственных препаратов, антибиотиков и парентеральных лекарственных форм.

Особого внимания заслуживает изучение назначений врача на соответствие РЛФ. Проведенные преобразования в области амбулаторного лекарственного обеспечения Республики Казахстан и внедрение формулярной системы, послужили основой для пересмотра формулярных лекарственных средств с позиции доказательной медицины. Сегодня РЛФ насчитывает более 800 наименований (МНН) лекарственных средств, принятых формулярными комиссиями различных уровней.

Как видно из рисунка, наблюдается резкий скачок увеличения назначений лекарственных средств из РЛФ в период с 2012 по 2014 годы по сравнению с 2011 годом. Следует обратить внимание на то, что именно в этот период произведен пересмотр РЛФ и Перечня лекарственных средств, отпускаемых бесплатно на амбулаторном уровне, с позиции доказательной медицины с исключением препаратов с недоказанной клинической эффективностью.

В 2014 году уже 70% врачебных назначений говорит о том, что больше половины врачей доверяют и используют формулярные препараты на практике. В целом, учитывая различия между казахстанским законодательством и международными нормами, а так же тот факт, что в РЛФ содержатся препараты не по всем заболеваниям первичного уровня, получены достаточно высокие результаты и очевиден тот факт, что данные по показателю возросли по сравнению с 2011 годом более чем в 2 раза.

Таким образом, анализ результатов исследования практики назначения лекарственных средств, проведенного ЛИАЦ в 2014 году, показал, что в среднем пациенту назначается около трех лекарственных средств, из которых 23,6% назначается по МНН, 13,8% являются антибиотиками и 8,4% препаратами парентерального применения. Назначение инъекционных препаратов и антибактериальных средств не превышает рекомендуемых норм.

Медицинские работники, назначая лекарства, практически в 76% не используют МНН, но, в сравнении с 2011 годом, на-

блюдается рост доверия и использования формулярных препаратов более чем в два раза.

Очевиден тот факт, что проведенные мероприятия в рамках Государственной про-

граммы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» принесли ощутимые качественные изменения в практическую медицину!

Источники:

1. Зиганшина Л.Е., Галиуллин Н.И., Сафиуллин Р.С. и др. Формулярная система лекарственного обеспечения и ее становление в Республике Татарстан // Казанский медицинский журнал. - 2000. -Т.81, № 2. - С. 108 – 110.
2. Вялков А.И., Полесский В.А., Мартынич С.А. Ключевые стратегии ВОЗ по совершенствованию национальных систем здравоохранения // Главврач. - 2009. - № 5.- С.10-25.
3. Юшков В.В. Концепция рационального использования лекарств - методология фармацевтического образования // Рациональное использование лекарств: Материалы Российской науч.-практ. конф. -Пермь,- 2004.- с. 327-333.
4. Косарев В.В. Бабанов С.А. Значение формулярной системы в рациональном использовании лекарственных средств // Экономика здравоохранения.- 2001.- № 9.- С. 6-9.

Скрининговая методика прогнозирования возникновения мозговых инсультов и их профилактика

Оспанова К.Б., Кадырова И.А.

Карагандинский Государственный Медицинский Университет

Баширова Т.П.

Центр Первичной Медико-Санитарной Помощи №2 г. Караганды

Резюме

Инсульт представляет собой многофакторное заболевание. Одни факторы риска определяют предрасположенность, а другие запускают механизм ее развития. В статье приведен материал по практической реализации скринингового метода профилактики инсульта. Данный метод основан на математической модели вероятности возникновения инсульта в зависимости от исследованных параметров. Модель разрабатывалась методом логистической регрессии. Полученные уравнения позволили определять вероятность наступления инсульта.

Түйіндеме

Инсульт көп факторлы сырқат болып табылады. Бір тәуекел факторлары бейімділікті айқындаса, енді басқалары оның даму тетігін іске қосады. Мақалада инсульт профилактикасының скринингтік әдісін практикалық іске асыру жөніндегі материал келтірілген. Мұндай әдіс зерттелген өлшемдерге байланысты инсульттың туындау ықтималдығының математикалық үлгісіне негізделген. Үлгі логистикалық регрессия әдісімен әзірленді. Алынған теңдеулер инсульттың орын алу ықтималдығын айқындауға мүмкіндік берді.

Abstract

Stroke is a multifactorial disease. Some risk factors predispose it, while others run the mechanism of its development. The article contains material on the practical implementation of a screening method of stroke prevention. This method is based on a mathematical model of the probability of occurrence of the stroke depending on the examined parameters. This model was developed by logistic regression. The obtained equations allow to determine the probability of stroke onset.

Введение.

В современном мире одно из ведущих мест среди причин смертности и инвалидизации населения принадлежит инсультам.

Острое нарушение мозгового кровообращения является не только медицинской, но и социальной проблемой. Инсульт является многофакторным заболеванием. Одни факторы риска определяют предрасположенность, а другие запускают механизм ее развития. Комбинации факторов риска в каждом случае индивидуальны [1].

В России общая смертность при инсультах составляет – 1,28 на 1000 населения. Общая летальность у больных с инсультом составляет 40,3%. Инвалидность с потерей трудоспособности, по разным данным, варьирует от 40 до 80% [2].

В Финляндии ежегодно испытывают нарушение мозгового кровообращения 0,2% населения [3].

В США регистрируется увеличение возникновения ОНМК в год, несмотря на популяризацию здорового образа жизни и развитую систему здравоохранения [4].

В настоящее время заболеваемость инсультами в Республике Казахстан составляет 2,5-3,7 случая на 1000 населения в год, общая летальность – 35,2%. Инвалидность с потерей трудоспособности варьирует от 40 до 80%. В Карагандинской области заболеваемость инсультами достигает 10,02% общего населения [5].

Изучение динамики заболеваемости за последние десятилетия указывает на существование стойкой тенденции к росту, который составляет 0,5-1% в год [6].

Актуальность.

В условиях Республики Казахстан, где тысячи пациентов больны сахарным диабетом, атеросклерозом, артериальной гипертензией и т.д. значимую роль сыграет профилактическая стратегия высокого риска. Она подразумевает под собой отбор группы лиц, имеющих высокий риск возникновения инсульта. Однако, для ее эффективного применения необходимо знание факторов риска и наличие системы прогнозирования, которая позволяла бы не только выделить лиц, име-

ющих высокий риск возникновения острого нарушения мозгового кровообращения, но и определить для них наиболее рациональный и контролируемый путь его предупреждения.

Наболее гуманным и экономически выгодным решением проблемы инсульта является разработка скрининговой методики, прогнозирующей вероятность возникновения инсульта и его своевременная профилактика. Скрининговая методика должна применяться врачами общей практики, участковыми врачами, в центрах профилактики инсульта, так как к невропатологам пациенты попадают уже с отчетливой симптоматикой нарушения мозгового кровообращения.

В Карагандинской области функционируют центры профилактики инсульта, в которых проводится информирование населения о факторах риска острого нарушения мозгового кровообращения, обучение корректному поведению при острой неврологической симптоматике, формированию здорового образа жизни. Внедрение скрининговой методики в центры профилактики инсульта является важной задачей. В этом случае, в инсультных центрах будет реализовываться не только первичная профилактика, но и вторичная, которая подразумевает поиск пациентов с высоким уровнем вероятности инсульта.

На данный момент в поликлиниках Казахстана началось внедрение электронных карт пациента. В связи с этим, наиболее удобным способом использования скрининговой методики является разработка на ее основе компьютерной программы и создание комплекса «электронная карта – прогностическая программа». Это позволит получать риск возникновения инсульта пациента при прохождении обследований и контролировать его показатели на протяжении времени.

Материалы и методы исследования.

Авторами была разработана методика прогнозирования инсульта, основанная на математической модели. В исследование включены 156 участников в возрасте от 40 до 83 лет с равным включением мужчин и женщин.

Первая группа состоит из 32 паци-

ентов с нарушениями мозгового кровообращения. За текущий год 3 пациента перенесли инсульт.

В группу больных с сахарным диабетом включено 94 пациента, имеющих сахарный диабет в компенсаторной стадии, инсульт за текущий год у 9 человек.

Контрольную группу составили 30 практически здоровых людей, сопоставимых по возрасту и полу. Критериями включения в контрольную группу были возраст от 40-80 лет, нормальное артериальное давление, ИМТ в пределах 18,5-25,0, показатели биохимического анализа крови и аппаратных методов диагностики, соответствующих относительной норме.

У всех участников исследования проводилось анкетирование. В анкете представлены вопросы на выявление факторов риска.

Затем были проведены следующие измерения: индекс массы тела (ИМТ), систолическое артериальное давление (САД) и диастолическое артериальное давление (ДАД), частота дыхательных движений (ЧДД) и частота сердечных сокращений (ЧСС). Определение уровня глюкозы крови (в этом и других анализах) утром натощак в стандартных условиях. Гликозилированный гемоглобин определялся иммунологическим методом при помощи реагентов Vital и спектрофотометра DR 2800 с длиной волны 443 нм. Исследования свертывающей системы крови (ПТИ, количество фибриногена, агрегация тромбоцитов, АПТВ) проводились на одноканальном анализаторе параметров гемостаза Clot – 1. Для определения биохимических показателей крови (холестерин, триглицериды, АЛАТ, АСАТ, общий билирубин, прямой билирубин, мочевины, креатинин, общий белок) использовались реагенты фирмы Vital с биохимическим анализатором BioSystemA-15. ЭКГ исследование проводилось в 12 отведениях на электрокардиографе BTL-088D, Великобритания 2011, а ЦДК б/ц ствола проводилось сканером MEDISON SONOACE X8. Линейный датчик 5-12 мГц.

Следующим этапом явилась статистическая обработка измерений, которую проводили согласно общепринятым методам в

программе Statistica 6.1. Для получения коэффициентов корреляции была создана квадратная корреляционная матрица. Распределения параметров подчинялись нормальному закону распределения.

Поскольку данные исследования включали как качественные, так и количественные признаки, появилась необходимость создания матрицы с закодированными значениями. Определялся максимум и минимум изучаемого фактора, полученный интервал разбивался на необходимое количество пронумерованных интервалов (количество и размер интервалов определялся исследователем согласно нормальным значениям показателей, а также частоте появления значений в интервале).

Событие (инсульт) в матрице – зависимая переменная и кодировалась 1 и 0. Остальные же факторы риска явились независимыми переменными и кодировались в зависимости от количества интервалов у данного фактора.

Для ЦДК выделили следующие наиболее часто встречающиеся критерии у участников исследования: атеросклероз сонной артерии, повышение периферического сопротивления в сонных артериях, деформация позвоночных артерий, компрессия позвоночных артерий, ускорение кровотока в бассейне позвоночных артерий, норма. Для ЭКГ критериями выступили следующие данные: аритмия, тахикардия, экстрасистолия, нарушение проводимости, нарушение реполяризации, норма. При наличии признака ячейке присваивалось значение 1, при отсутствии – 2.

Результаты и обсуждение.

На первом этапе были определены коэффициенты корреляции между исследованными параметрами, что позволило исключить момент коллинеарности. Анализ корреляционных связей проводился для двух групп: 1 – участники без СД; 2 – пациенты с СД.

В первой группе мы наблюдаем тесную зависимость инсульта от следующих факторов: повышенный индекс массы тела, длительность АГ, повышение САД, ДАД, ЧСС, изменение показателей мочевины и креатинина. Самым тесно коррелируемым признаком из всех рассмотренных является количество фибриногена. Интересно, что длительность

АГ тесно коррелирует с гликозилированным гемоглобином.

Во второй группе значимая теснота корреляции присутствует между событием инсульт и длительностью АГ и САД. Между факторами длительность заболевания СД и длительность АГ существует значимый коэффициент корреляции. Столь большая разница в количестве коррелируемых факторов в разных группах обусловлена разными путями развития нарушения мозгового кровообращения у больных СД и пациентами, не имеющих данной патологии.

Следующим этапом явилось математическое моделирование. Были определены коэффициенты логистической регрессии, указывающие на независимый вклад каждого фактора на возникновение инсульта в первой и второй группе.

Математическая модель позволяет определить вероятность возникновения ин-

сульта у пациента или тенденцию к возникновению инсульта в социальных группах, изучить характер изменения вероятности появления инсульта при изменении действующих факторов, оценить степень влияния исследованных факторов на величину вероятности, прогнозировать возникновение инсульта для заданных уровней факторов, определение оптимальных уровней факторов для обозначения желаемых или требуемых значений показателей.

Эта модель имеет вид:

$$y = \frac{\exp(b_0 + b_1 \cdot x_1 + \dots + b_i \cdot x_i)}{1 + \exp(b_0 + b_1 \cdot x_1 + \dots + b_i \cdot x_i)};$$

$$0 < y < 1,$$

Где: y – вероятность возникновения инсульта;

b_0 – свободный член;

$b_1 \dots b_i$ – коэффициенты регрессии факторов $x_1 \dots x_i$.

В результате обработки получили ко-

№Х	Фактор	Коэффициент корреляции фактора с событием инсульт		Коэффициент регрессии	
		1 гр	2 гр	1 гр	2 гр
X1	Возраст	0,16	0,19	-2,45497	-0,240133
X2	ИМТ	0,38	-0,05	10,56	-1,93289
X3	Длительность АГ	0,28	0,23	2,7	-4,16929
X4	САД	0,28	0,34	5,06	2
X5	ДАД	0,31	0,08	1,9506	-1,24113
X6	ЧСС	0,36	0,14	1,127639	3,9
X7	ЧДД	0,13	-0,01	3,57748	5,31
X8	Глюкоза крови	0,01	-0,02	-5,67782	-3,24604
X9	Холестерин	0,03	-0,04	-4,47648	-4,43646
X10	Триглицериды	-0,08	0,13	-11,1834	7
X11	ПТИ	-0,07	0,11	3,56	-4,45344
X12	Фибриноген	0,44	-0,02	-3,07065	-4,57874
X13	Агрегация тромбоцитов	-0,22	0,04	2,31037	18
X14	АПТВ	-0,18	-0,03	-0,756821	-4,08824
X15	Алат	-0,14	0,14	-1,28629	-4,01144
X16	Асат	-0,07	0,07	-8,35471	-2,47517
X17	Билирубин общий	0,24	0,14	1,99058	-1,29847
X18	Билирубин прямой	0,07	0,15	-2,20222	-0,666565
X19	Мочевина	0,26	0,07	6	9,62
X20	Креатинин	0,30	0,07	-7,56844	-7,49193
X21	Общий белок	-0,14	-0,10	1,38996	1,42290
X22	Тахикардия	-	-	-5,99556	0,229491

№Х	Фактор	Коэффициент корреляции фактора с событием инсульт		Коэффициент регрессии	
		1 гр	2 гр	1 гр	2 гр
X23	Нарушение проводимости миокарда	-	-	-1,58150	1,776381
X24	Нарушение процессов реполяризации миокарда	-	-	-2,31624	-0,340166
X25	Аритмия	-	-	6,2482	-24,3798
X26	Экстрасистолия	-	-	-11,0942	-27,0057
X27	Норма ЭКГ	-	-	1,149431	1,142954
X28	Стеноз сонной артерии:				
	<50		0, 26	-0,582	6,095
	50-79		0, 41	-0,485	7,01
	80-99		0, 83	-0,931	7,33
X29	Повышение периферического сопротивления	-	-	-4,18548	-5,64649
X30	Деформация ПА	-	-	0,658318	-19,4154
X31	Компрессия ПА	-	-	-4,66957	16
X32	Повышение ускорение кровотока в бассейне ПА	-	-	9,98	16
X33	Норма ЦДК	-	-	-1,63149	29,14
X34	Гликозилированный гемоглобин	0,13	0,02	-7,53494	0,917
X35	Длительность заболевания СД	-	0,18	1,785463	-1,38249

Таблица.
Обобщенная таблица данных

эффиценты регрессии сведенные в таблицу.

Критерии значимости составляли $p = 0,02038$, при $\chi^2 = 54,174$ для второй группы, а для первой группы $p = 0,03683$, при $\chi^2 = 51,352$. Критерии значимости подтверждают работоспособность модели [7].

Для определения вероятности наступления инсульта необходимо вместо $X_1 \dots X_i$ подставить значение показателя конкретного пациента. В результате мы получим вероятность возникновения инсульта обследуемого.

Также мы определили, что шансы развития инсульта в группе с СД в 2,08 раза выше, чем у участников без СД.

На базе математической модели была разработана компьютерная программа InRisk.

Данная программа позволяет врачу общей практики определить вероятность возник-

новения инсульта пациента, подставляя его результаты анализов. При высокой вероятности возникновения инсульта пациент направляется на дополнительные обследования и к невропатологу. При невысокой – назначается последующее обследование через год. При наличии электронных медицинских карт, возможно определение вероятности возникновения инсульта при каждом обновлении анализов.

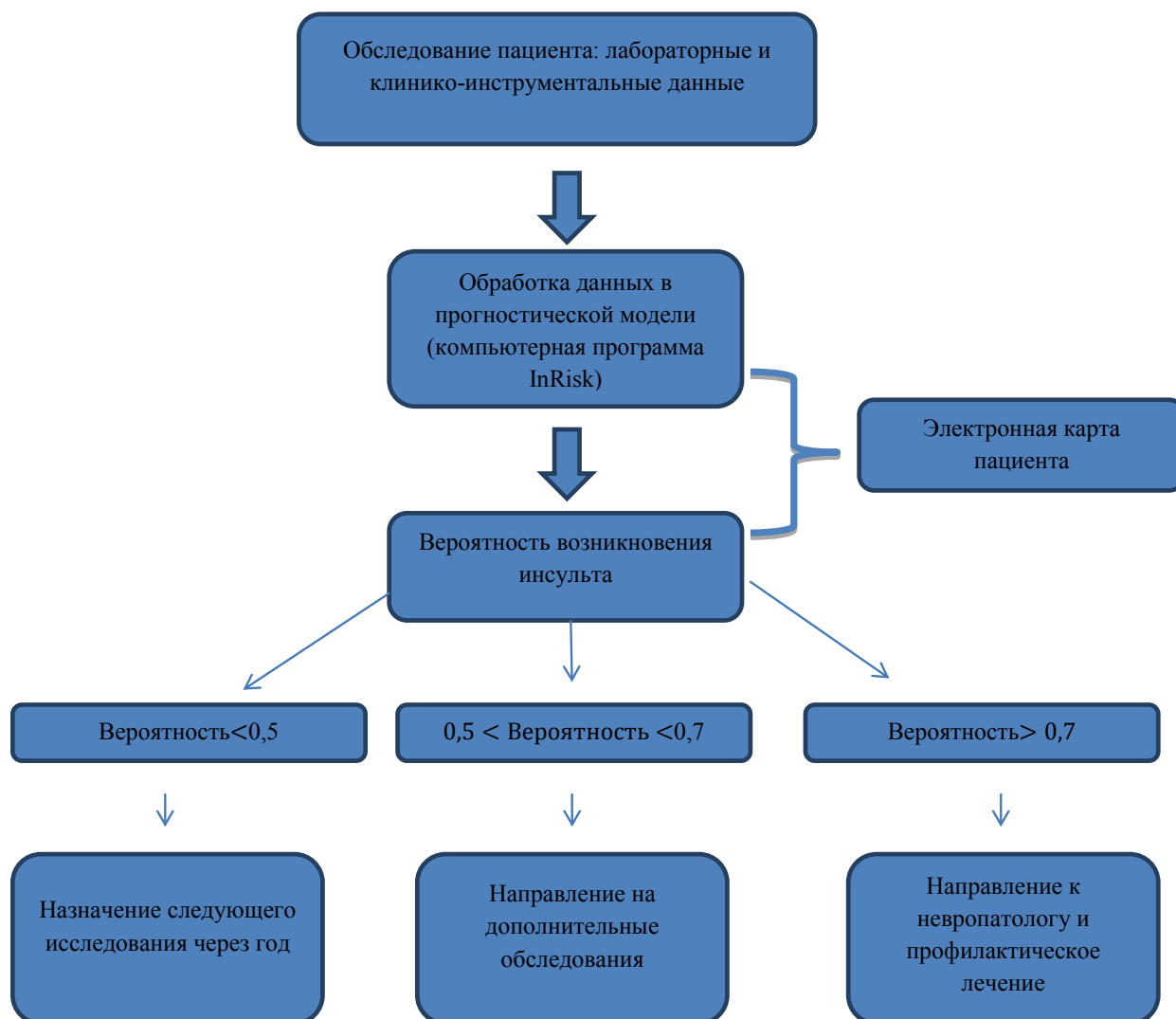
Проведенные исследования доказали перспективность данного направления.

Порядок применения скрининговой методики у пациентов приведен в блок-схеме.

Заключение.

В результате применения полученной скрининговой методики будут достигнуты следующие эффекты в Карагандинской области:

Экономический эффект:



- сокращение расходов на излишние лабораторные и клиничко-инструментальные обследования;
 - сокращение расходов на лечение и госпитализацию больных, путем своевременного предотвращения инсульта.

Социальный эффект:

- снижение заболеваемости мозговым инсультом;
 - уменьшение смертности и инвалидизации вследствие острого нарушения мозгового кровообращения;

- увеличение продолжительности жизни населения;
 - своевременное проведение профилактического лечения;
 - определение сроков госпитализации больного.

Скрининговая программа должна быть обязательной процедурой как флюорография или определение ВИЧ-статуса. Эти данные должны отражаться в электронной карте пациента.

-Источники:

1. Семак А.Е., Карнаевич Ю.С., Борисов А.В. Проблема мозговых инсультов и пути ее решения // Медицинские новости. -2002. - N 1.-С. 3-7
2. Федин А.И. Профилактика инсульта // Неврологический вестник. - 2005. - Т. XXXVII, вып. 1-2. - С.93-104.
3. Касте М. Как улучшить качество медицинской помощи больным с инсультом в общенациональном масштабе? Опыт Финляндии. Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова (ИНСУЛЬТ приложение к журналу).2003; 9: 65-68
4. HowardG., HowardV.J.Stroke incidence, mortality, and prevalence/The prevention of stroke/edited by Philip B. Gorelick and Milton Alter The Parthenon Publishing Group, 2002; 1:1-10.

5. «Скрининговое клинико-эпидемиологическое исследование проблемы ишемического инсульта мозга у населения Карагандинской области с последующей разработкой комплекса первичных профилактических мероприятий № 20-55/372»

6. Гусев Е.И. Проблема инсульта в России//Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова (ИНСУЛЬТ приложение к журналу).2003; 9: 3-7.

7. Гланц С. Медико-биологическая статистика учеб. для вузов. — М.: Практика, 1998. — С. 459с.

Планирование противотуберкулезной помощи населению в г. Алматы

Коккозов Т.М.

Главный врач АПТД, врач-фтизиатр высшей категории

Мясникова Г.А.

Участковый фтизиатр АПТД, врач-фтизиатр высшей категории, к.м.н.

Разбекова Б.Ж.

Участковый фтизиатр АПТД, врач-фтизиатр высшей категории

Алимбекова Б.С.

Специалист АПТД высшей категории по участковой службе

Резюме

В статье представлены данные по одному из звеньев противотуберкулезной помощи населению – диспансерному. С целью усовершенствования и удовлетворения реального спроса населения на амбулаторно-поликлиническую помощь в противотуберкулезных учреждениях предложены пути к ее планированию.

Түйіндеме

Мақалада диспансерлік тұрғындарға туберкулезге қарсы көмек көрсету буындарының бірі бойынша деректер берілген. Тұрғындардың амбулаторлық-емханалық көмекке деген нақты сұранысын қанағаттандыру және жетілдіру мақсатымен туберкулезге қарсы күрес мекемелерінде оны жоспарлау жолдары ұсынылған.

Abstract

This article presents a data of the dispensary branch of the antituberculous help to a population of the city. Here offered the ways of the planning out-patient and polyclinic help with the view of the perfecting and satisfaction of the demand of the population.

Введение.

Правильная организация и планирование противотуберкулезной помощи населению является основой в контроле над эпидемической ситуацией по туберкулезу. В Казахстане организация противотуберкулезной помощи населению осуществляется на всех уровнях системы здравоохранения, начиная с сети учреждений ПМСП. ПМСП и учреждения ОЛС являются первичным звеном, куда впервые обращаются больные с различными жалобами. Обратившийся пациент

подвергается стандартному алгоритму обследования и после установления туберкулеза направляется в региональное ПТУ. основополагающим моментом предлагаемой системы планирования деятельности противотуберкулезных учреждений является учет реальной потребности населения в видах и объемах противотуберкулезной помощи [1-3]. Именно реальный спрос населения на медицинские услуги определяет объемы стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи, штаты и финансовое обеспечение лечебно-профилакти-

ческих учреждений. Концепция развития противотуберкулезной помощи населению предполагает ее смещение со стационарного этапа на амбулаторно-поликлинический [4]. Поэтому планирование объемов оказания амбулаторно-поликлинической помощи имеет важнейшее значение [5-12].

Несмотря на значительное число научных работ в области организации и планирования противотуберкулезной помощи населению Республики Казахстан, до настоящего времени не проводились исследования в области организации и планирования в региональном аспекте на примере одной из отраслей здравоохранения – противотуберкулезной службы.

Целью данного исследования является принятие решений, направленных на эффективное использование ресурсов для удовлетворения потребностей населения во фтизиатрической помощи в условиях перехода от стационарного этапа к амбулаторно-поликлиническому.

Задачи исследования:

Проанализировать деятельность врачей-фтизиатров на уровне диспансерной службы в условиях перехода от стационарного этапа на амбулаторно-поликлинический.

Предложить эффективные подходы к планированию амбулаторно-поликлинической помощи в противотуберкулезных учреждениях.

Материалы и методы исследования.

Проведен ретроспективный анализ деятельности противотуберкулезной службы в разделе посещений в диспансере и на дому по ГККП «Городской противотуберкулезный диспансер Ауэзовского района» Управления здравоохранения г. Алматы за период 6 мес. 2013-2014 гг. на основе статистических талонов по форме № 025-4/у. Всего было проанализировано 68491 статталона на прием к врачам-фтизиатрам больных, направленных в противотуберкулезный диспансер из территориальных учреждений ПМСП.

Результаты и обсуждения. В основе традиционной схемы планирования работы амбулаторно-поликлинического звена лежат отра-

ботанные нормативы советского здравоохранения, которые выглядели следующим образом:

- планирование штатных должностей, исходя из численности населения и штатных нормативов, не дифференцированных ни по территориям, ни по степени заболеваемости или обращаемости;
- планирование объемов работ (количества посещений), исходя из числа штатных должностей и функций врачебной должности;
- планирование затрат на оказание амбулаторной помощи, исходя из численности посещений и стоимости одного посещения.

При определении реального количества посещений во фтизиатрии учитываются следующие данные:

- численность лиц, наблюдаемых в группах диспансерного учета больных туберкулезом;
- количество посещений по каждой группе диспансерного учета в соответствии с действующими директивными документами МЗ РК;
- количество профилактических осмотров;
- количество консультаций;
- средние темпы роста (снижения) количества наблюдаемых лиц в различных группах диспансерного учета.

Кроме того, учитывается, что часть больных активным туберкулезом (1А, 1Б, 1В, 1Г, ГДУ) госпитализируется для проведения химиотерапии. Поэтому численность посещений в поликлинике у данной категории больных уменьшается пропорционально длительности лечения – средней длительности госпитализации. В этой связи следует учитывать следующие параметры:

- численность контингентов больных туберкулезом;
- показатели госпитализации больных туберкулезом из контингентов (в среднем 560 человек на 1000 больных из контингентов);
- средняя длительность пребывания больного в стационаре (норматив ежегодно устанавливается органами управления здравоохранением, в среднем 90 к/дн.).

В таблице 1 представлены данные, отражающие количество посещений к врачам по противотуберкулезному диспансеру Ауэзовского района г. Алматы за 6 мес. 2013-2014 гг.

	2013		2014		Итого		Прирост
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Всего принято и осмотрено	27595	40,3	40896	59,7	68491	100,0	1,2%
В т.ч. дети старше 12 лет	1029	3,7	2037	5,0	3066	4,5	3,9%
В т.ч. взрослые и подростки по поводу заболевания	13544	49,1	19894	48,6	33438	48,8	0,6%
Всего сделано посещений на дому	714	2,6	724	1,7	1438	2,1	
В т.ч. профилактика и патронаж детям до 14 лет	176	24,6	177	24,4	353	24,5	
Справки	1838	6,7	3485	8,5	5323	7,8	

Таблица 1.

Сравнительный анализ посещений в противотуберкулезном диспансере и на дому за период 6 мес. 2013-2014 гг.

Примечание: По основным индикаторам рынка труда по Ауэзовскому району экономически активное население составляло 174280 чел. в 2013 г. Так, согласно официальной статистике, в Алматы на начало 2014 года численность населения составила 1507,5 тыс. человек, из них 820,5 тыс. человек (54,4%) женщины и 687 тыс. человек (45,6%) мужчины. При этом наиболее значительная часть населения города проживает в Ауэзовском (20,6% от общего числа жителей) и Бостандыкском (19,5%) районах. Напомним, в Алматы после расширения границ города на 23200 га возник вопрос об образовании нового района – Наурызбайского. Численность населения на сегодняшний день в Алматы по официальным данным составляет свыше 1 млн. 665 тыс. человек.

Из таблицы 1 следует, что общее количество посещений за I полугодие 2013-2014 гг. составило 68491, из них взрослые и подростки, направленные и обратившиеся по заболеванию, составили 33438 или 48,8%, дети старше 12 лет – 3066 (4,5%).

Следует отметить, что с начала 2014 года в Ауэзовском противотуберкулезном диспансере г. Алматы произошла реорганизация – кроме Ауэзовского к диспансеру присоединился Бостандыкский район г. Алматы, во 2 квартале 2014 г. за счет расширения границ города вошел Карасайский район, что отразилось на увеличении чис-

ленности населения в районе обслуживания и приросте ряда диспансерных показателей, в частности – приемов на 1,2%. Если, за 1 полугодие 2013 г. фтизиатрами Ауэзовского противотуберкулезного диспансера г. Алматы было принято и осмотрено 27595 (40,3%) человек, то за аналогичный период 2014 г. число приемов возросло до 40896 (59,7%) человек. Отмечается лишь незначительный прирост обращений по поводу заболевания среди взрослых и подростков на 0,6%, что в абсолютном выражении составило 13544 и 19894 человека соответственно. За сравниваемый период 2013-2014 гг. в ПТУ произошел выраженный прирост детей старше 12 лет до 3,9%, в абсолютном выражении этот показатель представлен как 1029 и 2037 детей соответственно. Всего сделано посещений на дому 1438 (2,1%), в т.ч. с целью профилактики и патронажа детям до 14 лет – 353 (24,5%). Из общего числа принятых и осмотренных пациентов за справками в различные инстанции обратились 5323 (7,8%). Для оперативного (ежедневного, еженедельного, ежемесячного) анализа нагрузки врачей различных специальностей, в т.ч. и фтизиатров, используют показатель фактической среднечасовой нагрузки врача на приеме в поликлинике, который рассчитывается как отношение числа посещений к врачу на приеме к количеству отработанных часов (за день, неделю, месяц) (таблица 2):

Название показателя	Способ вычисления
*Фактическая среднечасовая нагрузка врача на приеме в поликлинике =	Число врачебных посещений в поликлинике
	Количество отработанных часов

Таблица 2.

Образец расчета среднечасовой нагрузки врача-фтизиатра на диспансерном приеме

Примечание: Этот показатель сравнивается с нормативным показателем нагрузки, который ежегодно утверждается руководителем организации здравоохранения, исходя из нормативного показателя объемов амбулаторно-поликлинической помощи и планируемого фонда оплаты труда (в рамках ГОБМП).

Исходя из показателя среднечасовой нагрузки, рассчитывается показатель плановой функции врачебной должности, который представляет собой годовую нагрузку врача-специалиста на амбулаторно-поликлиническом приеме. Этот показатель используется для расчета необходимого числа врачебных

Название показателя	Способ вычисления
Плановая функция врачебной должности	Расчетная нагрузка врача-специалиста в часах Плановое количество рабочих часов за год
Фактическая функция врачебной должности	Фактическая нагрузка врача-специалиста в часах Количество отработанных часов за год

Таблица 3.

Образец расчета показатель плановой функции врачебной должности

Наименование врачебной специальности	Рекомендуемое значение показателя среднечасовой нагрузки врачей (число посещений в час)	Рекомендуемое значение показателя функции врачебной должности (число посещений в год)
Фтизиатр	4,0 (на дому - 0,8)	3605

Таблица 4.

Рекомендуемые значения показателя среднечасовой нагрузки 1 врача-фтизиатра и показателя годовой функции врачебной должности

должностей с учетом прогнозируемого объема амбулаторно-поликлинической помощи к врачам различных специальностей.

Рекомендуемые значения этого показателя представлены в таблице 3:

Штаты учреждения на амбулаторно-поликлиническом приеме рассчитываются исходя из годового бюджета рабочего времени врача-фтизиатра, коэффициента ис-

пользования рабочего времени и норматива нагрузки врача-фтизиатра в час.

Выводы.

В целях удовлетворения реального спроса населения на амбулаторно-поликлиническую помощь в противотуберкулезных учреждениях предлагается следующий подход к ее планированию:

Определение реальных объемов ра-

бот (количество посещений), исходя из обращения населения за медицинской помощью в противотуберкулезные учреждения.

Планирование штатных должностей, исходя из объемов работ и функций врачебной должности.

Планирование затрат, исходя из стоимости одного посещения и общего количества по-

сещений.

Таким образом, планирование количества консультаций и профилактических осмотров на последующий год будет осуществляться путем их учета в текущем году с поправкой на изменение средних темпов роста (снижения) их количества в предшествующие годы.

Источники:

1. Удальцов Е.А. Этапы планирования интегрированной программы борьбы с туберкулезом животных // Вестник ветеринарии. 2004. Т. 30. №3. С. 13-19.
2. Гарнов И.Ю. Финансовое планирование в бюджетных учреждениях в 2009-2010 годах // Бухгалтерский учет в бюджетных и некоммерческих организациях. 2010. №4. С. 4-19.
3. Приказ Минздравсоцразвития России от 28.12.2007 № 812 «О государственном задании на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет средств федерального бюджета в 2008 году» // Здоровоохранение. 2008. №5. С. 96-111.
4. Гущина И.Е. Проблемы дефицита финансирования системы обязательного медицинского страхования на пороге реформирования // Вопросы экономических наук. 2010. №5. С. 59-66.
5. Акишкин В.Г., Квятковский И.Е., Путина С.А. Обеспечение финансовой сбалансированности деятельности системы здравоохранения через программу государственных гарантий бесплатной медицинской помощи гражданам РФ // Экономика и предпринимательство. 2014. №1-3. С. 163-168.
6. Рузова Л.А., Алифанова Л.И. К вопросу о социально-медицинской профилактике туберкулеза // Наука - промышленности и сервису. 2012. №7. С. 582-586.
7. Винокурова М.К., Кондаков С.Н., Бурнашева А.У., Петухова Н.Ю., Догорова О.Е. Медико-социальные особенности и результаты лечения впервые выявленных больных туберкулезом легких с множественной лекарственной устойчивостью // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. 2011. № 2. С. 22-24.
8. Фрадков М. Постановление от 28.07.2005 № 461 (в ред. От 30.12.2005 № 856) «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2006 год» // Бухгалтерский учет в бюджетных и некоммерческих организациях. 2006. №6. С. 51-60.
9. О ходе реализации программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2007 г. (по материалам Минздравсоцразвития России) // Здоровоохранение. 2008. №10. С. 15-31.
10. Программы модернизации здравоохранения в субъекте РФ на 2011-2012 годы в вопросах и ответах // Менеджер здравоохранения. 2010. №10. С. 64-85.
11. Итоги деятельности системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации за 2005 год (публикуется в сокращении) // Экономика здравоохранения. 2006. №12. С. 17-35.
12. Современное лабораторное обеспечение эпидемиологических исследований и профилактических мероприятий // Инфекция и иммунитет. 2012. Т. 2. №1-2. С. 234-349.

Паллиативная помощь в Республике Казахстан

Суюндикова Э.М.

*РГП на ПХВ «Республиканский Центр Развития Здравоохранения» МЗСР РК
Региональный специалист Центра менеджмента здравоохранения*

Резюме

В статье рассматриваются принципы организации службы паллиативной помощи, затрагиваются вопросы развития и утверждения стандарта паллиативной помощи в Республике Казахстан, а также освещается роль заинтересованных министерств и ведомств РК и участие международных и неправительственных организаций в развитии этой отрасли медицины.

Түйіндеме

Мақалада Қазақстан Республикасында паллиативтік көмек өзекті мәселе болып табылатындығы туралы айтылады. Медицинаның бұл бағыттағы көмегін дамытуда мүдделі министрліктер мен ведомстволардың және халықаралық үкіметтік емес ұйымдардың қатысуымен, Қазақстан Республикасының халқына паллиативтік көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартын бекіту туралы мәлімет баяндалады.

Abstract

The article considers the principles of palliative care services, affected the development and approval of standards of palliative care in the Republic of Kazakhstan, and also highlights the role of concerned ministries and departments of Kazakhstan and the participation of international and non-governmental organizations in the development of this branch of medicine.

По определению Всемирной организации здравоохранения, паллиативная помощь – это активная всесторонняя помощь пациентам, чьи болезни больше не поддаются лечению, основная задача – облегчение физических страданий и купирование боли и решение социальных, психологических и духовных проблем больных [5].

Проблемы организации паллиативной помощи в мире и в Республике Казахстан в частности обостряются с развитием уровня цивилизации общества. Недопустимо тяжело больного, его близких и родных оставлять один на один с тяжелым недугом, им необходимо оказать качественную медицинскую помощь. Тема паллиативной помощи актуальна не только для онкологов, но и для врачей любой специальности. Каждый врач должен знать принципы оказания паллиативной помощи и уметь оказывать её больному. Необходимость развития паллиативной медицины в наше время обусловлено многими причинами. Это, прежде всего, увеличение продолжительности жизни, что влечет за собой проблему ухода за пожилыми и престарелыми людьми, рост онкологической заболеваемости, увеличение числа ВИЧ-инфицированных, а следовательно, больных СПИДом, распространение других социально значимых болезней, возникающих вследствие урбанизации населения, а также роста темпов жизни, все это требует решения вопросов улучшения качества жизни неизлечимо больных, их достойного ухода из жизни [1]. Основное положение паллиативной помощи – каждый человек имеет право на уважение, лечение и достойные условия

жизни и смерти. Даже если возможности интенсивного лечения исчерпаны и излечение бесперспективно, человек не должен оставаться без помощи и поддержки [2].

Одна из основных и главных по социальной значимости причин необходимости паллиативной помощи – это оказание помощи родственникам. Одного умирающего больного окружают условно здоровые полноценные члены общества (родные, друзья, соседи и т.д.), которые находятся в разной степени тяжести психической травматизации: чувство вины перед больным, депрессия, канцерофобия, суицидальные мысли, угроза потери рабочего места. Среди окружения больного формируется так называемый хронический дистресс (по некоторым данным, смертность среди близких родственников онкологического больного возрастает на 40%). Работая с родственниками, паллиативная служба возвращает этих граждан в строй на работу, к исполнению своих гражданских обязанностей, снижает расходы здравоохранения на купирование последствий хронического дистресса [3].

В Республике Казахстан, как и во многих других республиках бывшего Советского Союза, учреждение, которое во всем мире предпочитают называть одним словом – хоспис, появилось лишь в 1990-х годах [4]. Одним из первых на территории РК стал ГКП «Хоспис» в городе Алматы, организованный в 1999 г. Инициатором его открытия стали аким и департамент здравоохранения южной столицы. Адекватная и качественная медицинская помощь различным категориям больных (сочетанное заболева-

ние, сопутствующая и фоновая патология) обеспечивалась организацией необходимых консультаций, консилиумов, а при необходимости для консультации тяжелобольных привлекались узкие специалисты из других специализированных лечебно-профилактических организаций.

Первоначально хоспис был рассчитан на 30 коек, но уже через год напряженной повседневной работы коллектив хосписа доказал, что идея его создания стала реальностью, он занял свое место в системе здравоохранения г. Алматы.

В 2007 году ГКП «Хоспис» было переименовано в Городской центр паллиативной помощи Управления здравоохранения г. Алматы. В 2008 году он мог принять уже до 70 пациентов. Ежегодно в Алматинском городском Центре помощь получают до 2 тыс. пациентов.

Городской центр паллиативной помощи является клинической базой кафедр КазНМУ, Республиканского медицинского колледжа. Здесь совместно с кафедрой пропедевтики внутренних болезней, клинической фармакологии КазНМУ еженедельно проводятся врачебные конференции с клиническим разбором и коррекцией лечения больных, а также плановые ежемесячные врачебные научно-практические конференции [1].

Во всем Казахстане функционирует только 7 хосписов и несколько больниц сестринского ухода: в Алматы (2), Павлодаре, Караганде, Усть-Каменогорске, Семее и Костанае.

Финансирование деятельности большинства хосписов осуществляется из городского бюджета, кроме того, им оказывают благотворительную помощь коммерческие, общественные и религиозные организации.

Сегодня только 30% населения старше 60 лет получают паллиативную помощь, хотя доля лиц пожилого и старческого возраста, нуждающихся в ней значительно выше.

Если доля лиц с онкологической патологией, получивших паллиативную помощь, составила чуть больше 60%, то лиц с герiatricкой патологией – лишь 9%, что свидетельствует о необходимости еще большего

развития и совершенствования паллиативной помощи в республике.

Основной задачей паллиативной помощи является поддержка состояния благополучия, а иногда и улучшение общего самочувствия больного, находящегося в терминальной стадии заболевания. В связи с этим, элементы паллиативной помощи должны осуществляться с первых же дней лечения больного. Это повысит качество его жизни на всех этапах болезни и предоставит врачу больше возможностей для проведения надлежащей терапии [1].

Необходимо обеспечить возможность оказания паллиативной помощи в любых условиях, добиваться того, чтобы она стала неотъемлемой частью общей системы медицинского обслуживания.

Паллиативная помощь – это подход, который улучшает качество жизни больных и их семей вопреки неизлечимой болезни, через предотвращение и облегчение страданий путем распознавания, безупречной оценки, избавления от боли, решения медицинских, психологических, духовных проблем [7].

В Казахстане зарегистрировано 144 тыс. случаев онкозаболеваний и ежегодно является по 30 тыс. новых, а больных туберкулезом зарегистрировано – 24 тыс. человек, около 700 человек страдают устойчивыми (мультирезистентными) формами.

Не снижается количество больных СПИДом, детским церебральным параличом, тяжелыми формами инсульта – вот круг лиц, которые нуждаются в паллиативной помощи.

По данным ООН, Казахстан относится к странам с ускоренными темпами старения, и к 2050 году четверть населения будет относиться к лицам старшего возраста, а значит, будут увеличиваться показатели заболеваемости в пожилом возрасте, онкопатология.

Анализ данных официальной статистики по республике свидетельствует о высоких показателях заболеваемости и смертности по этому классу болезней. Причем 20% онкологических больных – это пациенты со злокачественными новообразованиями в 4-й стадии, нуждающиеся в профессиональной медико-психологической помощи. Поэтому

проблема повышения качества их жизни требует всесторонней разработки и внедрения в лечебный процесс.

Паллиативная помощь направлена на предупреждение или облегчение боли и других соматических и психологических проблем. В РК развитие реабилитации и паллиативной помощи с привлечением заинтересованных министерств и ведомств, международных и неправительственных организаций является приоритетным, что свидетельствует о заинтересованности государства в развитии этой отрасли медицины [7]. Несмотря на множество проблем, с которыми сталкиваются работники хосписов (дефицит кадров, особенно врачей паллиативной помощи, низкая информированность общества, дефицит профессиональных психологов), хосписы существуют и оказывают неоценимую помощь тяжелобольным.

Медицинские работники центра в своей работе руководствуются принципами паллиативного лечения, утвержденными ВОЗ, Европейской Ассоциацией паллиативной медицины, опытом хосписов Польши, Румынии, первого московского хосписа, Зальцбургского семинара по паллиативной помощи, где многие из них прошли обучение.

Эти учреждения нацелены исключительно на помощь безнадежным больным, тем, кто часто становится ненужным «балластом» в обычных больницах. Основные ресурсы обычно направляются на излечение и выздоровление пациента. Если излечить не удастся, то человек оказывается фактически вне интересов системы медицинской помощи. Хоспис же обеспечивает смертельно больного человека не только медицинской помощью, но и оказывает психологическую и духовную поддержку больным и их родственникам [5].

Таким образом, паллиативная служба в Республике Казахстан социально значима, и весьма актуальна, а значит и должна развиваться с привлечением заинтересованных министерств и ведомств и участием международных и неправительственных организаций.

Стандарт организации оказания паллиативной помощи населению Республики Ка-

захстан утвержден приказом Министра здравоохранения от 14 ноября 2013 года №657.

Стандарт организации оказания паллиативной помощи населению Республики Казахстан (далее – Стандарт) разработан в соответствии с подпунктом 6) пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» и подпункта 16) пункта 16 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Казахстан, утвержденного постановлением Правительства Республики Казахстан от 28 октября 2004 года №1117.

Организации, осуществляющие паллиативную помощь, создаются в целях своевременного проведения мероприятий, направленных на улучшение качества жизни и общего состояния пациентов, страдающих неизлечимыми тяжелыми, прогрессирующими заболеваниями.

Настоящий Стандарт устанавливает требования к организации оказания паллиативной помощи больным в организациях здравоохранения на амбулаторно-поликлиническом, стационарном уровнях.

Перечень категорий населения, подлежащих паллиативной помощи и сестринскому уходу, утвержден постановлением Правительства Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года №1938.

Паллиативная помощь для категорий населения, утвержденных Правительством Республики Казахстан, входит в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) предоставляется за счет бюджетных средств и включает профилактические, диагностические и лечебные медицинские услуги, обладающие наибольшей доказанной эффективностью, в соответствии с Перечнем ГОБМП, утвержденным постановлением Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009 года №2136.

В предоставлении паллиативной помощи принимают участие организации здравоохранения государственной и частной формы собственности, а также неправительственные организации, имеющие соответствующую лицензию.

Термины и определения, использу-

емые в настоящем стандарте:

1) **паллиативная помощь** – направление медицинской и социальной деятельности, целью которой является улучшение качества жизни и общего состояния пациентов с неизлечимыми заболеваниями в терминальной (конечной) стадии, подтвержденное медицинским заключением, выданным организацией здравоохранения;

2) **хоспис** – это медицинская (медико-социальная) организация, оказывающая паллиативную помощь (медицинскую, психосоциальную и духовную) в условиях стационара, неизлечимо больным пациентам и их родственникам;

3) **отделение (палата) паллиативной помощи** – подразделение в составе многопрофильной или специализированной больницы, оказывающее квалифицированную медицинскую и психологическую помощь неизлечимым больным в терминальной (конечной) стадии заболевания;

4) **стационарная помощь** – форма предоставления квалифицированной, специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи с круглосуточным медицинским наблюдением;

5) **стационарозамещающая помощь** – форма предоставления доврачебной и квалифицированной и специализированной медицинской помощи с медицинским наблюдением продолжительностью от четырех до восьми часов в течение дня;

6) **доврачебная медицинская помощь** – медицинская помощь, оказываемая медицинскими работниками со средним медицинским

образованием в целях профилактики заболеваний, а также при заболеваниях, не требующих использования методов диагностики, лечения и медицинской реабилитации с участием врача;

7) **квалифицированная медицинская помощь** – медицинская помощь, оказываемая медицинскими работниками с высшим медицинским образованием при заболеваниях, не требующих специализированных методов диагностики, лечения и медицинской реабилитации;

8) **мобильные бригады** – бригады по оказанию паллиативной помощи и сестринского ухода на дому;

9) **мультидисциплинарная группа** – группа по оказанию паллиативной помощи, включающая в свой состав медицинских и социальных работников, психологов, а при необходимости и других специалистов, имеющих специальную подготовку по оказанию паллиативной помощи;

10) **поддержка в период утраты (смерти пациента)** – помощь семье пережить тяжелый момент потери, возникший после смерти пациента;

11) **биологическая смерть (смерть пациента)** представляет собой прекращение жизнедеятельности организма, при котором жизненно важные функции необратимо угасли;

12) **паллиативная помощь во фтизиатрии** – это комплекс мер по отношению к больным, страдающим неизлечимой формой туберкулеза и ТБ/ВИЧ/СПИД, а также членам их семей, с целью облегчения физических, психических, душевных и социальных страданий у больных туберкулезом [8].

Источники:

1. Зайтов М.Р., Каусова Г.К. «Здоровье и болезнь» 2011г., №4(99) 23с
2. Хетагурова А.К. Паллиативная помощь: медико-социальные, организационные и этические принципы. - М., ГОУ ВУНМИЦ МЗ РФ, 2003. 204с
3. Модников О.П., Шарафутдинов М.Г., Емельянова Н.Ф. Введение в паллиативную медицину. Учебно-методическое пособие.
4. Кульжанов М.К., Егеубаева С.А., Досмаилова А.М. Основы современной паллиативной медицины. Паллиативная помощь в Казахстане. 2009. 32-33
5. Информационная служба ZAKON.KZ http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=3140368
6. Новикова Г.А. Паллиативная медицина и реабилитация, Фонд Паллиативной медицины и реабилитации больных, 2001 №3-4
7. ВОЗ. Паллиативная помощь.
8. <http://adilet.zan.kz/>

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЭКОНОМИКАСЫ ЖӘНЕ ҚАРЖЫНЫ БАСҚАРУ/ ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И УПРАВЛЕНИЯ ФИНАНСАМИ

Финансовый маркетинг – основополагающий раздел бизнес-планирования деятельности медицинской организации

Маджуга В.П.,

Консультант Центра менеджмента здравоохранения

РГП на ПХВ «РЦРЗ» МЗСР РК

Абдильманов Г.Т.

Вице-президент АО «Санаторий Казахстан» МВД РК

Резюме

В статье дается подробное описание процесса организации работ, оценивая все факторы, влияющие на себестоимость единицы услуги, койко-дня. Перечисляются все затраты, необходимые для производственного процесса. Разделены производственные факторы, которые в количественном выражении изменяются пропорционально объему производства, и которые не будут изменяться в зависимости от изменения объема производства: пропорциональные (переменные) факторы и непропорциональные (постоянные).

Показаны способы определения точки безубыточности, прибыльности.

Түйіндеме

Мақалада көрсетілетін қызмет бірлігінің, төсек күнінің құнына ықпал ететін барлық факторларды бағалай отырып, жұмысты ұйымдастыру үдерісінің егжей-тегжейлі сипаттамасы беріледі. Өндірістік үдеріске қажетті барлық шығындар тізіп беріледі. Сандық мәнінде өндірістің көлеміне пропорционалды түрде өзгертін және өндіріс көлемінің өзгерісіне қарай өзгермейтін өндірістік факторлар бөліп берілген: пропорционалды (құбылмалы) факторлар және пропорционалды емес (тұрақты) факторлар.

Зиянсыздық, пайдалылық нүктелерін айқындау амалдары көрсетілген.

Abstract

The article gives a detailed description of the organization of work, evaluating all the factors affecting the cost per unit of service, bed-days. All costs necessary for the production are listed. Production factors are divided, which vary in terms of quantity proportional to the volume of production, and that will not change depending on the volume of production: the proportional (variable) factors and non-proportional (fixed).

Ways of determination of the breakeven, profitability points are shown.

Финансовый маркетинг включает в себя ряд важных компонентов, касающихся анализа ценовой и тарифной политики, возможности рентабельной работы с установленным уровнем тарифов и уровня цен в сравнении с конкурентами (если они есть), возможность влияния на повышение или понижение цен.

В разделе дается подробное описание процесса организации работ, оценивая все

факторы, влияющие на себестоимость единицы услуги, койко-дня.

Основой для всех финансовых расчетов является раздел «Производственные факторы», где существенно важно перечислить все затраты, необходимые для производственного процесса ценностью.

Необходимо четко разделять производственные факторы, которые в количественном выражении изменяются пропор-

ционально объему производства, и факторы, которые не будут изменяться в зависимости от изменения объема производства.

Пропорциональные факторы (переменные): основные сырьевые материалы, дополнительное производство продукции, энергия (уголь, газ, нефть, электричество), трущиеся и изнашивающиеся части, медикаменты, расходные материалы.

Непропорциональные (постоянные) производственные факторы: заработная плата штатного персонала, страховка, расходы на техническое обслуживание, работы по очистке предприятия, мобильное оборудование (которое обычно используется для широкого круга работ, может считаться постоянным производственным фактором).

Производственный план должен отражать колебания поставок «сырья», медикаментов и пр. в течении года, условия их хранения, периоды ожидаемых срывов сроков поставок, необходимость работы в условиях лимитов предельных объемов и штрафных санкций, отсутствие покрытия затрат на работу приемного покоя, возможность работы при расширении зоны обслуживаемого населения без корректировки лимитов, в условиях ограничения производственного процесса (непредвиденные задержки в выполнении ремонтных работ или непредвиденное снижение мощности вследствие определенных условий работы).

В БП должна быть представлена информация по используемой системе контроля качества, позволяющей в любое время осуществлять проверку соответствия оказанных услуг установленным стандартам. Этот процесс должен включать этап проверки соответствия протоколам диагностики и лечения, чтобы настроить процесс оказания медицинской помощи и, при необходимости, пересмотреть процесс оказания услуг с теоретической точки зрения для поддержания необходимого уровня затрат и УКМП.

Формирование раздела по управлению и процессам принятия решений должно основываться на том, что команда управления должна обладать навыками в области маркетинга, финансов и производства.

Необходимо составить план обучения персонала.

В разделе финансов необходимо продемонстрировать основные моменты, выражающиеся в следующих индикаторах:

1. Прибыльность, которая позволяет оценить привлекательность предприятия для инвесторов, чтобы рассмотреть возможность начала их участия с учетом существующих рисков.
2. Поток наличности, позволяющий оценить безопасность привлекаемых инвестиций, показать – будут ли платежи (реальные финансовые потоки), причитающиеся участникам, осуществляться в соответствии с графиком.
3. Не существует автоматической зависимости между прибыльностью бизнеса и его способностью генерировать наличные средства (реально имеющиеся в наличии в единицу времени). Фактически, какой-то бизнес может быть высоко прибыльным, но привести к банкротству в виду нехватки наличных средств. Другие предприятия могут показывать убытки в бухгалтерской документации, но генерировать наличные средства в счет долгосрочной перспективы развития бизнеса.

Финансовый раздел бизнес-плана должен формироваться на основе трех основных финансовых отчетов: балансовый отчет (отражение финансовой платежеспособности бизнеса; счет прибылей и убытков (дает информацию о прибыльности); отчет о потоке наличности (реальных средств, имеющихся в наличии), что дает информацию о способности бизнеса генерировать средства и выполнять свои финансовые обязательства.

Не существует стандартного периода планирования. Фактически, различные виды деятельности требуют различного периода планирования (от одного до пяти лет), но продолжительность периода планирования должна быть достаточной для генерирования проектом необходимых наличных средств. Это означает, что в прогнозе потока наличности – поступления наличных средств постоянно превышают наличные платежи без привлечения дополнительных внешних источников финансирования.

Счет прибылей и убытков.

Существует незначительное различие

между стандартами, используемыми в СНГ и Европейском Союзе. С учетом изменений, происходящих в системе бухгалтерского учета, СНГ и тенденции ее сближения с западными стандартами, было решено использовать в этой информации европейский стандарт.

Стандартный счет прибылей и убытков.	
Продажи	A
Переменные затраты	
сырьевые материалы	
налоги с продаж	
прочие переменные затраты	
изменение запасов	
Итого переменные затраты	BB
Валовая прибыль	C=A-B
Постоянные затраты	
амортизация	
персонал	
аренда	
страховка	
реклама	
коммунальные услуги	
прочие налоги	
(за исключением налога на прибыль)	
прочие	
Итого постоянные затраты	D
Чистая прибыль до уплаты процентов по займам и налогов	E=C-P
Проценты по займам	F
Чистая прибыль до уплаты налогов	G=E-F
Налог на прибыль	H
Чистая прибыль после уплаты налогов	I=G-H

Балансовый отчет

С учетом изменений, происходящих в системе бухгалтерского учета и тенденции его сближения с западными стандартами, было решено использовать европейский стандарт.

Стандартный балансовый отчет

Активы (1)	Пассивы (1)
Основные средства	Долгосрочные обязательства
земля и здания	

станки и оборудование
 средства транспорта
 другие долгосрочные займы
 ценные бумаги
 нераспределенная прибыль
Итого основные средства **Итого** **долгосрочные обязательства**
Оборотные средства **Текущие обязательства**
 сырье
 продукция в процессе производства
 законченная продукция
 счета дебиторов
 предоплата, которая может быть получена
 остаток на банковском счете
 наличные краткосрочные займы
 накопившиеся задолженности по выплате налогов.

Итого оборотные средства **Итого: текущие обязательства**

Итого активы **Итого: пассивы**

В некоторых случаях приводится третья категория активов и пассивов: промежуточные активы и пассивы.

Оценка общей прибыльности

Для оценки общей прибыльности какого-либо проекта используются три метода:

1. Расчет внутренней нормы рентабельности;
2. Расчет чистой дисконтированной стоимости;
3. Период окупаемости. Определяет необходимое число лет работы для возмещения сделанных инвестиций.

БП обязательно должен содержать анализ существующих рисков (финансовые, социальные, технические) и способы управления ими.

Управление финансовыми рисками осуществляется через расчет точки безубыточности предприятия. Анализ безубыточности позволяет ответить на вопрос: «Сколько нужно оказать услуг, чтобы предприятие стало прибыльным?». Известно, часть выручки идет на покрытие фиксированных затрат и называется валовой прибылью, она равна сумме, вырученной от продажи продукции (услуги) за минусом прямых затрат. Поэтому для проведения анализа валовая прибыль должна быть умножена на количество про-

данной продукции (оказанных услуг, пролеченных больных): точка безубыточности достигается в том случае, когда общая валовая прибыль становится равной постоянным затратам (медицинская организация должна доказать способность зарабатывать средства не менее уровня «точки безубыточности», что, в противном случае, свидетельствует, либо о недостаточно эффективном руководстве руководителя, либо о существующих несбалансированных рисках).

Еще один показатель для эффективной деятельности предприятия – «анализ чувствительности», с помощью которого определяются значения ключевых параметров, которые могут подвергнуть сомнению успех бизнеса.

Очень важно установить, какие изме-

нения данных параметров могли бы повысить ожидаемую прибыльность, например, 25%-ое увеличение цены на сырье или потребление электроэнергии, или 20%-ое уменьшение цены услуги или объема выпуска продукции. Если бизнес является слишком чувствительным к некоторым изменениям параметров, руководство компании должно регулярно их контролировать.

Применение международных принципов бизнес планирования в сфере оказания медицинских услуг, позволит повысить уровень компетенции руководителей МО, повысить эффективность делового администрирования в здравоохранении, приблизить реализацию требований к руководителю МО, как к менеджеру здравоохранения.

КАДРЛАРДЫ БАСҚАРУ/ УПРАВЛЕНИЕ КАДРАМИ

Оптимизация номенклатуры медицинских специальностей

Абдрахманова А.О.

*К.м.н., доцент, ведущий эксперт отдела развития медицинского образования
РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»
МЗСР РК, Астана*

Резюме

Реформы во всех сферах здравоохранения Казахстана: сокращение коечного фонда, приоритет первичной медико-санитарной помощи, расширение функциональных обязанностей врачей общей практики, а также повсеместный дефицит врачебных кадров, вызванный чрезмерной узкой направленностью специалистов и неоднородная их загруженность, требует пересмотра и оптимизации номенклатуры медицинских специальностей и подготовки многопрофильных, гибких специалистов, способных быстро перестроиться и оказать медицинскую помощь с учетом эпидемиологической, демографической ситуации и потребности населения.

Түйіндеме

Қазақстан денсаулық сақтауының барлық салаларындағы қайта құрулар: төсек қорын қысқарту, медициналық-санитариялық алғашқы көмекке басым көңіл аудару, жалпы тәжірибе дәрігерлерінің қызметтік міндеттерін кеңейту, сондай-ақ мамандардың шамадан тыс тар бағытталуынан болған дәрігерлік кадрлардың жаппай жетіспеушілігі және жүктеменің біркелкі болмауы мамандардың номенклатурасын қайта қарастырып, оңтайландыруды және эпидемиологиялық, демографиялық ахуал мен халықтың қажеттілігін ескере отырып, тез икемделе және медициналық көмек көрсете алатын көп бейінді, икемді мамандар даярлауды талап етеді.

Abstract

Reforms in all health spheres of Kazakhstan: reducing the number of beds, priority of primary health care, expanding the role of general practitioners, and widespread shortage of medical staff, caused by specialists' excessive narrow specialization and their incoherent workload. It is required to review and optimize the nomenclature of medical specialties, as well as training of multidisciplinary and flexible professionals able to retrain quickly and provide medical care taking into account epidemiological, demographic situation and population needs.

Главная задача здравоохранения Республики Казахстан (РК) – улучшение здоровья граждан для обеспечения устойчивого социально-демографического развития страны [1].

Для достижения поставленной задачи и лучших показателей здоровья населения требуется эффективная система здравоохранения с высокоспециализированными, гибкими кадрами. Сегодня здравоохранение

Казахстана испытывает дефицит медицинских кадров, в большей степени в сельской местности и на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

Проблема нехватки медицинских кадров особенно остро встала в начале 90-х годов с распадом Советского союза и приобретением независимости, что было связано с массовым уходом из профессии не только молодых специалистов, но и опыт-

ных врачей и медицинских сестер. Введение обязательного двух-четырёх годичного обучения в резидентуре еще более обострит ситуацию с дефицитом кадров, а более по-

ловины выпускников, не поступивших в резидентуру, окажутся невостребованными и нетрудоустроенными, и это при том, что ситуация с обеспеченностью врачевны-



Рисунок 1.

Динамика обеспеченности врачевными кадрами на 10 тыс. населения с 1991 по 2013 гг.

ми кадрами остается нестабильной (рис. 1).

Долгие годы медицинское образование было ориентировано на стационарные услуги. Современные реформы здравоохранения направлены на сокращение коечного фонда, что также может негативно сказаться на дефиците кадров, так как освободившиеся «узкие» спе-

циалисты могут оказаться невостребованными, а работа по другой специальности будет требовать от них необходимости пройти обучение в резидентуре.

Оценка ситуации по обеспеченности врачевными кадрами организаций здравоохранения РК наглядно свидетельствует о дисба-

Год	Численность врачей ПМСП	Численность врачей стационаров
2004 г.	9,8	12,2
2005 г.	9,9	12,3
2006 г.	9,6	12,5
2007 г.	9,8	12,8
2008 г.	9,9	12,8
2009 г.	10,1	13,0
2010 г.	10,0	13,4
2011 г.	10,1	13,7
2012 г.	10,2	13,8
2013 г.	10,1	13,6

Таблица 1.

Динамика обеспеченности стационаров и ПМСП врачевными кадрами на 10 тыс. населения РК

лансе кадров в стационарах и ПМСП (табл. 1).

Нехватка медицинских кадров отражается и на соотношении врач/МС, которое меняется прямопропорционально динамике

обеспеченности врачебными кадрами на 10 тыс. населения с 1991 по 2013 гг. (рис. 1), но остается значительно ниже рекомендованного Всемирной организацией здравоохра-

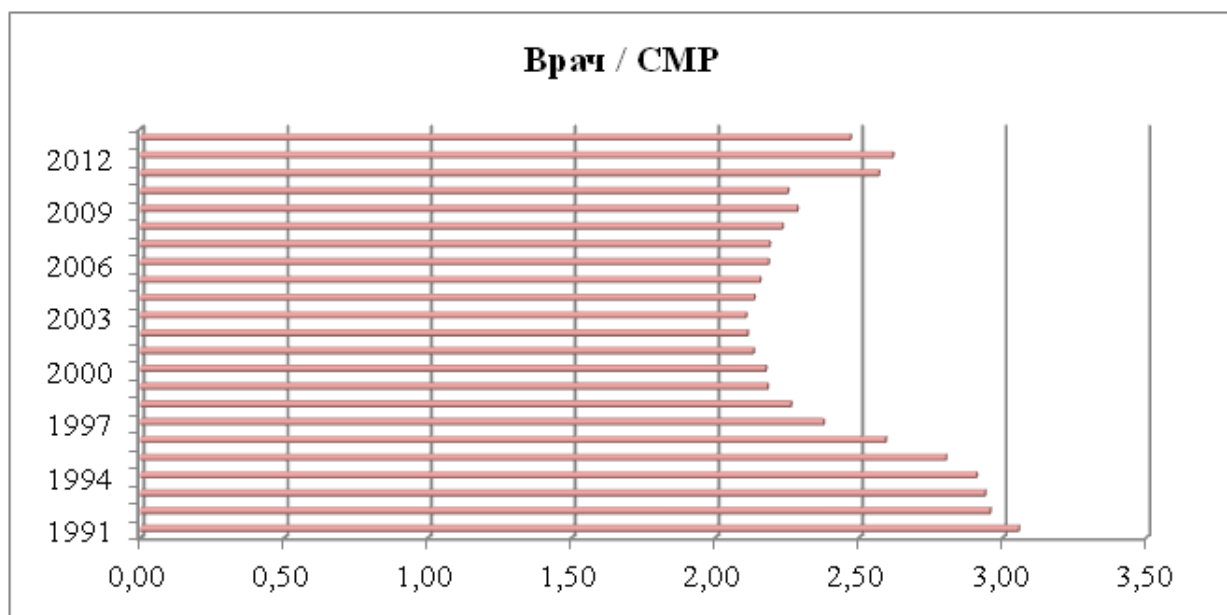


Рисунок 2.

Динамика изменения соотношения врач/СМР в период с 1991 по 2012 годы

нения (ВОЗ) – 1:4 (рис. 2).

Залогом успешной реализации Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 гг., приоритетные направления которой – укрепление и развитие первичного звена медико-санитарной помощи, доступность и всеобщий охват населения медицинской помощью, является не только укомплектованность кадрами, но и их востребованность. Анализ посещаемости, а, следовательно, и востребованности специалистов на ПМСП по отчетной статистической форме № 30 позволил выделить три группы «узких» специалистов: с высокой, средней и низкой посещаемостью (рис. 3).

В первую группу вошли специалисты с наиболее высокой посещаемостью, более одного миллиона посещений в год: акушеры-гинекологи, хирурги, офтальмологи, отоларингологи, невропатологи, эндокринологи, кардиологи и травматологи-ортопеды.

Вторую, не менее востребованную группу, составили пять специалистов, входящие в штаты диспансеров: дермато-

венерологи, фтизиатры, психиатры-наркологи и онкологи. Специалисты этих двух групп были расценены как наиболее востребованные. Именно к этим специалистам обращаются пациенты с социально-значимыми заболеваниями, высокой летальностью и инвалидностью.

Наибольшая по численности третья группа специалистов менее востребована и наиболее уязвима с позиции перепрофилирования, из 16 маловостребованных «узких» специалистов у 9 среднегодовая посещаемость от 100 до 300 тысяч, а у четырех – менее 85 тысяч посещений в год.

Чрезмерно узкая специализация врачей и перенасыщение ими ПМСП при низкой востребованности создает искусственный дефицит кадров. Вместе с тем, в квалификационных требованиях врачей смежных специальностей идет дублирование знаний, умений и навыков. Функциональные обязанности «узких» специалистов с успехом могут взять на себя врачи общей практики, терапевты, хирурги, педиатры.

Опыт зарубежных стран свидетель-

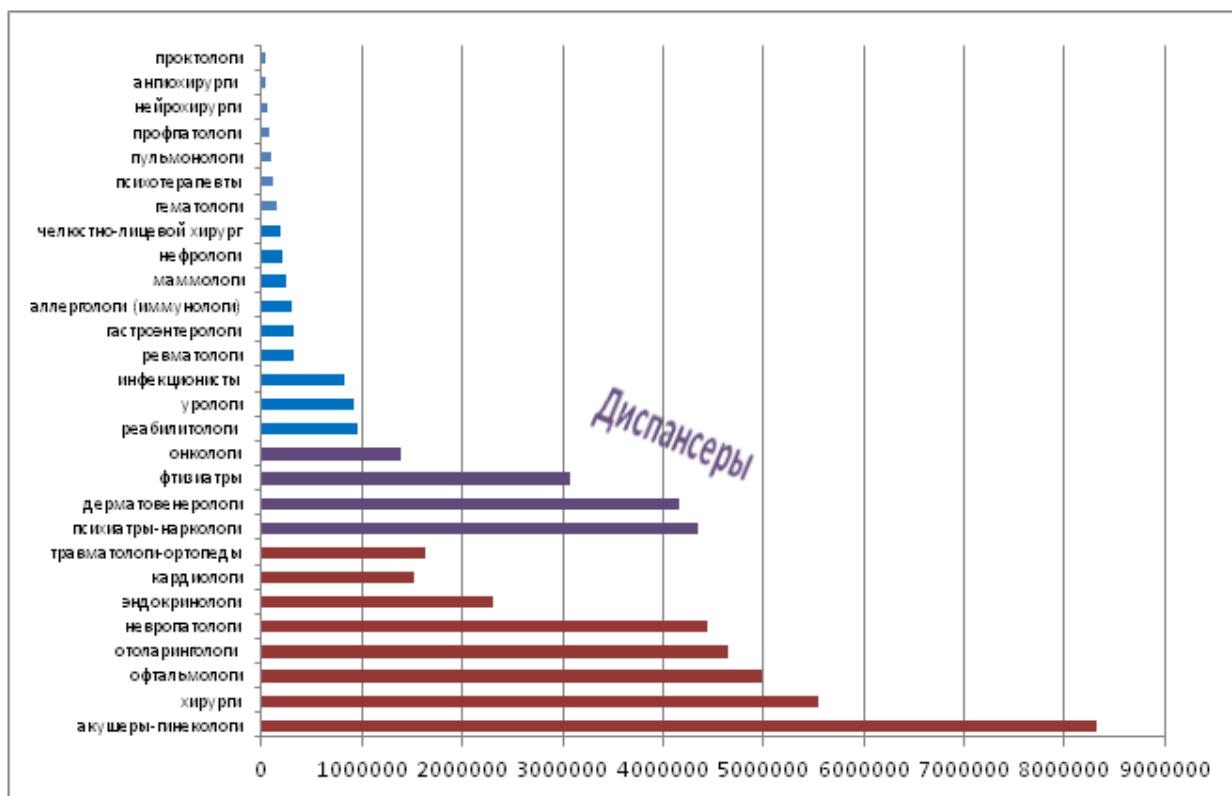


Рисунок 3.

Посещаемость узких специалистов на ПМСП

ствует, что оптимальная доля специалистов узкого профиля от общего количества врачей всех специальностей должна составлять 25%. В России доля узких специалистов составляет 50,5% [2]. В Казахстане в период 2004-2005 годы этот показатель был равен 50,5-50,1%, а в 2012-2013 годы вырос до 54,4-54,7%. При этом численность некоторых специалистов в целом по республике не превышает 40 занятых ставок, как правило, это детские специалисты (детские ревматологи, гастроэнтерологи, пульмонологи, гинекологи). Появляются новые специальности-должности, такие как диабетолог, специалист по диабетической стопе, маммолог, детский онкогематолог, цитолог и другие.

Сегодня единственные специалисты, которые не делятся на взрослых и детских – дермато-венерологи. Однако, с учетом того, что заболеваемость кожной патологией растет, в том числе детского возраста, и имеют массу особенностей из-за особенностей строения кожи в разные возрастные периоды, дермато-венерологи тоже захотят делиться на взрослых и детских, дерматологов и венерологов, возможно, им захочется выделить специалиста по лечению псориаза – псориазолога, как ни абсурдно бы

это звучало, тем более, что доля псориаза в РК, по данным Баева А.И. [3] составляет 2,5%, тогда как в странах СНГ она составляет около 1,5%, в США – 2,0%.

С прогрессирующим ростом количества новых должностей-специальностей и самих узких специалистов, доля врачей участковой службы (участковые терапевты, участковые педиатры, врачи общей практики) с 2004 по 2013 годы увеличилась незначительно – с 12,0% до 17,0% от общего количества занятых врачебных должностей (по данным статистической отчетной формы 30).

Стремительное развитие здравоохранения Казахстана, реформы во всех сферах отрасли: сокращение коечного фонда, приоритет первичной медико-санитарной помощи, расширение функциональных обязанностей врачей общей практики и медицинских сестер требует пересмотра и оптимизации номенклатуры медицинских специальностей и подготовки многопрофильных, гибких специалистов, способных быстро перестроиться с учетом эпидемиологической, демографической ситуации и потребности населения.

За оптимизацию врачебных специаль-

ностей высказывается и Российское здравоохранение, где общее число врачебных специальностей более 100, тогда как в странах Европы их, как правило, не более 50 [4]. В Казахстане Приказом Министра здравоохранения РК от 24 ноября 2009 г. №774 утверждены 55 специальностей работников с высшим медицинским образованием.

Ориентируясь на широкопрофильное медицинское образование за рубежом [5], реформы здравоохранения республики, потребности населения необходимо сократить количество образовательных программ резидентуры, объединив программы смежных «узких» специальностей с целью подготовки многопрофильных специалистов, что позволит избежать фрагментированного оказания медицинской помощи и сократить дефицит врачебных кадров.

Вместе с тем, в ходе обучения резиденту необходимо оставить возможность получить не только основную многопрофильную специальность, а также субспециальность путем углубленного изучения (дополнительного набора элективных часов) одного из направлений, предусмотренных программой.

Например, в резидентуре по специальности «Терапия», резидент может получить субспециальность по пульмонологии или ревматологии, или нефрологии, или гастроэнтерологии или другим направлениям, которые входят в программу резидентуры по данной специальности (табл. 2). В резидентуре по специальности «Общая хирургия» дополнительная специализация дает возможность получить одну из субспециальностей по торакальной, абдоминальной, пластической хирургии, трансплантологии, колопроктологии, анестезиологии или реаниматологии. Точно также, в период обучения по специальности «Онкология» резидент сможет получить субспециальность по химиотерапии, лучевой терапии или детской онкологии.

Для работы по некоторым «узким» направлениям, таким как врач геронтолог, диетолог, по спортивной медицине и др. специалист после окончания резидентуры

должен пройти дополнительное обучение по желаемому «узкому» направлению через факультеты непрерывного профессионального развития (ФНПР) со сдачей тестирования, либо, в случае, если программой резидентуры по данному направлению было предусмотрено не менее 216 часов, сразу сдать тестирование и получить допуск к работе.

Из числа «узких» направлений (табл. 2, третий столбец) выделены узкоспециализированные, которые предусмотрены только для конкретной специальности: дермато-косметологи из дермато-венерологов, сексопатологи, психотерапевты, судебно-наркологические и судебно-психиатрические экспертизы – из психиатров; интервенционные хирурги и рентгенхирурги – из ангиохирургов и т.д.; и универсальные направления, которые могут получить специалисты разных профилей. Так, специализация по медицине чрезвычайных ситуаций и катастроф, патолого-анатомической и судебно-медицинской экспертизе доступны для всех хирургических специальностей; специализация по профпатологии, гериатрии, авиационной и космической медицине, традиционной терапии, диетологии и др. – для всех терапевтических (педиатрических) специальностей; а такие специализации, как функциональная, клиничко-диагностическая диагностика, перфузиология, трансфузиология, скорая и неотложная медицинская помощь и другие доступны для всех клинических специальностей.

Таким образом, оптимизация медицинских специальностей и подготовка многопрофильных специалистов с возможной субспециализацией в период прохождения резидентуры позволит:

- готовить мультиспециалистов, гибких и мобильных, способных быстро переобучиться с учетом потребности населения, эпидемиологической и демографической ситуации;
- сократить число «узких» специалистов и снизить дефицит врачебных кадров, искусственно созданный чрезмерной узкой направленностью в специализации;
- укрепить первичную медико-санитарную службу.

РЕЗИДЕНТУРА		Дополнительная специализация (узкая) через ФНПР	Должность
Основная специальность	Специализации в рамках резидентуры		
Терапия			Врач терапевт
	Пульмонология		Врач пульмонолог
	Ревматология		Врач ревматолог
	Гастроэнтерология		Врач гастроэнтеролог
	Нефрология		Врач нефролог
	Гематология		Врач гематолог
	Кардиология		
	Эндокринология		Врач эндокринолог
	Фтизиатрия		Врач фтизиатр
	Инфекционные болезни		Врач инфекционист
	Скорая и неотложная МП		Врач скорой помощи
		Профессиональная патология	Врач профпатолог
		Медицинская реабилитология (физиотерапия, лечебная физкультура, курортология)	Врач медицинский реабилитолог
		Клиническая фармакология	Клинический фармаколог
		Гериатрия	Врач гериатр
		Токсикология	Врач токсиколог
		Авиационная и космическая медицина	Врач авиационной и космической медицины
		Аллергология-иммунология	Врач аллерголог-иммунолог
		Функциональная диагностика	Врач функциональной диагностики
		Клинико-лабораторная диагностика	Врач клинико-лабораторной диагностики
		Медицинская генетика	Медицинский генетик
		Спортивная медицина	Врач спортивной медицины
		Традиционная терапия	Врач традиционной терапии
	Перфузиология (трансфузиология)	Врач перфузиолог (трансфузиолог)	
	Диетология	Врач диетолог	
Дермато-венерология		Врач дермато-венеролог	
	Дермато-косметология (узкоспециализированная)	Врач дермато-косметолог	

Таблица 2.

Этапы обучения для получения специальности и допуска к клинической работе (на примере терапии)

Источники:

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.
2. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник для студентов. Глава 5. Особенности подготовки медицинских кадров в зарубежных странах / Под ред. В.А. Миняева, Н.И.Вишнякова. - М.: Мед пресс-информ, 2002. – 528 с.
3. Баев А.И. Псориаз: современный взгляд на проблему // Здоровье Казахстана. – сентябрь, 1914. - № 8/28.
4. Список специальностей в вузах будет сокращен. Гурская Н. Газета «Великая Эпоха». – 23.04.2013.
5. Данилова Н.В., Уткина Г.Ю. Классификация медицинских специальностей как фактор улучшения подготовки и деятельности врачей и среднего медицинского персонала // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». – 2010. –№1.
6. <http://vestnik.mednet.ru/content/category/5/44/30/lang,ru/>

Практические подходы к обучению специалистов системы здравоохранения основам доказательной медицины

Сухарева Е.Ю.

Магистр медицинских наук, специалист регионального отдела Центра менеджмента здравоохранения по Восточно-Казахстанской области РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗСР РК

Семенова Ю.М.

*К.м.н., ассоциированный профессор кафедры
«Общая хирургия» ГМУ г. Семей*

Резюме

Доказательная медицина все шире входит в повседневную клиническую практику, предъявляя требования к эрудированности специалистов здравоохранения, гибкости их мышления, готовности воспринимать научную информацию.

Начиная с 2009 года, сотрудники Центра организуют обучающие семинары, мастер-классы, проводят открытые занятия и лекции, популяризируя медицину, основанную на доказательствах в среде преподавателей, студентов и врачей. Одним из составляющих этапов обучения является знакомство с Кокрейновским сотрудничеством и библиотекой, а также входящей в ее состав базой данных систематических обзоров и мета-анализов. Сотрудникам Центра доказательной медицины ГМУ г. Семей удалось достичь ряда положительных перемен в сознании сотрудников здравоохранения, которые могут быть представлены как в количественном, так и в качественном выражении.

Түйіндеме

Денсаулық сақтау мамандарының эрудициялығына, олардың ой-өрісінің икемділігіне, ғылыми ақпаратты қабылдау дайындығына талаптар қоя отырып, дәлелдік медицина күнделікті клиникалық тәжірибеге кеңінен еніп келеді.

2009 жылдан бастап Орталық қызметкерлері оқытушылар, студенттер және дәрігерлер арасында дәлелдерге негізделген медицинаны таныстыра отырып, үйрететін семинарлар, шеберлік сыныптарын ұйымдастырады, ашық сабақтар мен дәрістер өткізеді. Оқыту кезеңдерінің құрамдастарының бірі – Кокрейн ынтымақтастығымен және кітапханасымен, сондай-ақ оның құрамына кіретін жүйелі шолулар мен мета-талдаулардың дерекқорымен та-

нысу больш табылады. Семей қаласы ММУ Дәлелдік медицина орталығының қызметкерлері сандық және сапалық түрде беріле алатын, денсаулық сақтау қызметкерлерінің сана-сезіміндегі бірқатар оң өзгерістерге қол жеткізе алды.

Abstract

Evidence based medicine is increasingly included in routine clinical practice, presenting requirements to health professionals erudition, to flexibility of their thinking, a willingness to accept scientific information.

Beginning in 2009, the staff of the Centre organizing training seminars, master classes, open classes and lectures, popularizing the medicine based on evidence among teachers, students and doctors. One of the components of the stages of training is to familiarize with the Cochrane Collaboration and Library, as well as its database of systematic reviews and meta - analyzes. The evidence based medicine centre staff of the Semey State Medical University, have achieved a number of positive changes in the minds of health workers, which can be presented both in quantitative and qualitative terms.

Доказательная медицина (ДМ) все шире входит в повседневную клиническую практику, предъявляя требования к эрудированности специалистов здравоохранения, гибкости их мышления, готовности воспринимать научную информацию. Основой распространения знаний по доказательной медицине в Республике Казахстан стали центры доказательной медицины (ЦДМ), открытые в 5 медицинских университетах, включая ГМУ г. Семей. Начиная с 2009 года, сотрудники Центра организуют обучающие семинары, мастер-классы, проводят открытые занятия и лекции, популяризируя медицину, основанную на доказательствах, в среде преподавателей, студентов и врачей. Одним из составляющих этапов обучения является знакомство с Кокрейновским сотрудничеством и библиотекой, а также входящей в ее состав базой данных систематических обзоров и мета-анализов [1]. Последнее стало возможным благодаря акту доброй воли Wiley Corporation, обеспечившей бесплатный доступ к Кокрейновской библиотеке, и, начиная с 2012 года, подписке на библиотеку Университетом.

Несмотря на явные преимущества, которые дает неограниченный доступ к ресурсам Кокрейновской библиотеки, возникает ряд проблем, связанных со сложностью понимания основ мета-анализа ввиду недостаточных знаний основ биостатистики и клинической эпидемиологии в среде медицинских работников. Это находит подтверждение у автора одной из популярных монографий по

ДМ Триши Гринхальх: «Весь страх и ненависть по отношению к доказательной медицине у студентов, врачей и потребителей медицинских услуг можно сосредоточить в одном слове – мета-анализ».

Однако, вопреки очевидным трудностям восприятия и интерпретации результатов мета-анализа, сотрудникам Центра доказательной медицины ГМУ г. Семей удалось достичь ряда положительных перемен в сознании сотрудников здравоохранения, которые могут быть представлены как в количественном, так и в качественном выражении.

Таблица 1 отображает прирост числа слушателей семинаров по систематическим обзорам и мета-анализам, организованных сотрудниками ЦДМ для различных категорий медицинских работников в течение 3-летнего периода. Необходимо отметить, что обучение проводилось по «каскадному принципу»: в каждом структурном подразделении (кафедре, центре, отделении) отбирался один сотрудник, прошедший обучение по ДМ, включая синтетические исследования [2]. В дальнейшем, этот сотрудник становился ответственным за внедрение систематических обзоров и мета-анализов и обучал других сотрудников своего подразделения. Таким образом, подготовку по поиску информации и интерпретации результатов мета-анализов прошли, по разным оценкам, 20-30% представителей практического здравоохранения Восточно-Казахстанской области. Это позволило внедрить в практику «дни Кокрейновской библиотеки»,

когда в отделениях обсуждаются результаты мета-анализов по профилю специальности с целью последующего внедрения во врачебную деятельность.

К качественным показателям обучения на семинарах по доказательной медицине можно отнести: рост числа ссылок на систематические обзоры в научных публикациях, увеличение числа скачиваний файлов, выполненных с сервера Университета, уменьшение обращений за консультативной помощью по поиску и отбору синтетических исследований, рост числа решений, принятых на основе результатов мета-анализов (таблица 2).

Ввиду небольшой продолжительности наблюдения, ограниченной лишь 3-летним периодом, нам не удалось выявить положительных сдвигов со стороны основных показателей системы здравоохранения: сокращения смертности, заболеваемости, инвалидности, процента осложнений, уменьшения койко-дней, роста рождаемости и т.д. К тому же благодаря неуклонно проводимой политике Министерства здравоохранения по улучшению качества оказания медицинской помощи, в Республике отмечается положительная динамика по многим индикаторам здоровья населения.

За 3 года проведения семинаров и мастер-классов сотрудники Центра приобрели опыт оптимального обучения основам доказательной медицины, включая принципы интерпретации результатов мета-анализа. Занятия проводятся в Интернет-классе, с доступом в Кокрейновскую библиотеку; слушатели размещаются из принципа 2 человека на одно рабочее место. В краткой мультимедийной лекции преподаватель дает характеристику систематическим обзорам и мета-анализам, очерчивает возможные области их применения, рассказывает об истории их появления и приводит веб-адрес Кокрейновского сотрудничества (www.cochrane.org) [3]. Слушатели семинара открывают главную страницу веб-сайта Сотрудничества и, следуя ссылкам, входят в Кокрейновскую библиотеку. Из числа перечисленных источников каждый участник семинара отбирает интересующий обзор по своей специальности и знакомится с его структурой.

При появлении лесного графика, преподаватель объясняет принципы его построения, начиная с напоминания слушателям основ биостатистики. Рисуя на доске латинский квадрат, в него вносят данные конкретного медицинского исследования и вычисляют основные показатели взаимосвязи между вмешательством и эффектом – относительный риск и отношение шансов. После объяснения интерпретации результатов их вычисления, преподаватель распределяет ситуационные задачи, направленные на закрепление этих основных показателей.

Работая в парах, слушатели семинара докладывают о найденных решениях, делая выводы об эффективности вмешательства. Преподаватель продолжает лекцию, рассказывая о построении лесного графика, и вводит дополнительное понятие – доверительный интервал. В случае появления вопросов или с целью уточнения участники семинара могут прервать лекцию в любое время и выслушать ответ преподавателя. После того, как основные моменты темы становятся ясны и у слушателей не возникает дополнительных вопросов по структуре лесного графика, все возвращаются к интерпретации результатов отобранного мета-анализа. В конце рабочего дня участники семинара получают задание по самоподготовке: найти и проанализировать мета-анализ по своей специальности, результаты которого они докладывают на следующий рабочий день [4].

С целью повышения качества преподавания на семинаре, а также получения обратной связи от его участников, практикуется двойное анкетирование: в начале семинара и по его завершению [4]. Задачей входного опроса является выявление спектра проблем (круга вопросов) по доказательной медицине, на которые слушатели семинара хотели бы услышать ответы. С учетом анализа этих анкет, вносятся коррективы в содержание программы обучения. Анкетирование по итогам семинара ставит перед собой две цели: изучение мнения слушателей о содержании программы и методах преподавания и анализ результатов обучения.

Также интересно изучить, как в ходе

семинаров изменяется отношение к доказательным источникам информации как инструментам принятия решений медицинскими работниками (таблица 3).

№п/п	Категории слушателей	2011	2012	2013
1	Профессорско-преподавательский состав СГМУ	21	39	53
2	Докторанты, магистранты	15	25	35
3	Представители практического здравоохранения	74	127	279
4	Всего	110	191	367

Таблица 1.

Динамика роста числа слушателей семинаров по систематическим обзорам и мета-анализу за 2011–2013 гг.

№ п/п	Показатель	2011	2012	2013
1	Число скачиваний файлов систематических обзоров и мета-анализов, выполненных с сервера ГМУ г. Семей.	8	73	195
2	Число консультаций по поиску и интерпретации результатов мета-анализа, проведенных сотрудниками ЦДМ	7	32	4
3	Число ссылок на систематические обзоры и мета-анализы в научных трудах, опубликованных в рекомендованном ККСОН журнале «Наука и здравоохранение», выпускаемом в ГМУ г. Семей	3	24	42
4	Число решений, принятых на основе систематических обзоров, мета-анализов*	30	105	292

* по результатам анкетирования врачей

Таблица 2.

Качественные показатели обучения систематическим обзорам и мета-анализам в ГМУ г. Семей за 2011–2013 гг.

№ п/п	Инструмент принятия решений	Анкетирование в начале семинара		Анкетирование в конце семинара	
		N	%*	N	%*
1	Личный опыт	133	47,7	133	47,7
2	Знания	243	87,1	243	87,1
3	Врачебная интуиция	124	44,4	92	33
4	Советы коллег	179	64,1	53	19
5	Мнение старших коллег, авторитетов	206	73,8	71	25,4
6	Стандарты и протоколы лечения	279	100	279	100
7	Доказательные источники, в т. ч. систематические обзоры и мета-анализ	0	0	271	97,1

* общий процент превышает 100%, т.к. разрешалось давать несколько ответов на один вопрос

Таблица 3.

Результаты анкетирования медицинских работников об основных инструментах по принятию решений

Источники:

1. Хенеган, Карл. Доказательная медицина 2012/2013 : учебник / К Хенеган, Д. Баденоч ; пер., ред. В. И. Петров . - М : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 144 с. : ил. - (Карманный справочник)
2. Доказательная медицина в вопросах и ответах / Г. А. Дербисалина, Д. Н. Ахметова, Ж. Б. Бекбергенова. - Караганда : ИП «Ақнұр», 2013
3. Дербисалина, Г. Ә. Дәлелді медицина негіздері: учебное пособие / Г. Ә. Дербисалина. – 2-ші толық басылу. - Караганды : ЖК Ақ Нұр, 2013
4. Калиева Ш.С., Минакова Н.А. Информационно-дидактический блок по основам доказательной медицины: учебное пособие. Караганда: ИП «Издательства АҚНҰР», 2013

Медициналық жоғарғы оқу орындарында оқитын студенттердің интеллектуалдық және шығармашылық әлеуетін дамыту әдістері

Хандиллаева Б. М.

«Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы»

ШЖҚ РМК, Астана қаласы

Резюме

Использование активных методов преподавания особенно на клинических кафедрах в наибольшей степени способствует развитию интеллектуально-творческого потенциала будущих врачей: учит анализировать, дискутировать, принимать самостоятельные решения, искать новые пути решения.

Ключевые слова: интеллектуально-творческий потенциал, активные методы обучения, клиническое мышление.

Түйіндеме

Оқытудың белсенді әдістерін қолдану – әсіресе клиникалық кафедраларда, болашақ дәрігерлердің интеллектуалдық-шығармашылық әлеуетін дамытуға, сонымен қатар күнделікті туындап отыратын түрлі жағдайларға дұрыс баға беріп, талдап, жан-жақты ойларды тыңдап өз бетінше шешім қабылдап, мәселені шешудің басқа да жолдарын қарастыра білуге мүмкіндік беретіндігін көрсетіп отыр.

Түйін сөздер: интеллектуалдық-шығармашылық әлеует, білім берудің белсенді әдістері, клиникалық ойлау қабілеті.

Abstract

The use of active teaching methods especially in clinical departments contributes to the development of intellectual and creative capacity in future doctors: learn to analyze, discuss, make independent decisions, search for new solutions.

Keywords: intellectual and creative capacity, active teaching methods, clinical thinking.

Медициналық білім берудің алдына қойылған негізгі мақсаттың бірі – ол жоғары білікті, өз бетінше дәрігерлік қызмет атқаруға қабілетті мамандарды даярлау болып табылады. Кеше ғана студенттік партидан шыққан жас маман өзін жұмыс орнында қалай сезінетіндігімен оның болашақтағы шығармашылық жолы тікелей байланысты. Жап-жас, теориялық тұрғыдан білікті, бірақ

та психологиялық жағынан жағдайды дұрыс бағалауға, өз бетінше шешім қабылдауға дайындалмаған дәрігер міндетті түрде еңбек жолының ең басында «тежеліп» қалары анық.

Қазіргі таңда медициналық білім берудің алдына қойып отырған басты мақсаты – клиникалық ойлауды, студенттің өзіндік интеллектуалдық-шығармашылық әлеуетін жоғарылату, білім алуға және болашақ

мамандығына деген тұрақты қызығушылықты қалыптастыру болып табылады.

Интеллектуалдық-шығармашылық әлеуетті арқылы клиникалық ойлау қабілетін дамыту әр-түрлі қалыптан тыс жағдайлар құратын, бинарлық семинарлар өткізу арқылы қол жеткізуге болады [1]. Бинарлық семинарлардың ең басты тиімділігі – студенттерге бір пәннен алған білімдерін басқа пәнді талқылау барысында қолдануға үйрететіндігінде. Әсіресе физиология, патофизиология, анатомия және патанатомия кафедраларында алған білімдерін клиникалық есептерді шешу барысында қолданған көрнекті болады.

Интеллектуалдық-шығармашылық әлеуетті дамыту арнайы ұйымдастырылған сабақ үстінде емес, ол – көптеген жылдар бойы оқыту барысында дәріс, семинарлық сабақ, тәжірибелік сабақ үстінде дамытылады. Бірақ, дәстүрлі білім-бақылау-баға білім беру түрлерін қазіргі таңда қабылдаған білімді тәжірибе жүзінде қолдану, басқа аралық пәндерде алынған білімдерді тиімді пайдалану, кез-келген, ең қиын деген жағдайларды, есептерді шығармашылық тұрғыдан шешу, тоқтаусыз өзі бетінше ізденісте болу сияқты инновациялық білім беру әдістемелері ығыстырып келеді.

Ойын технологияларына негізделген оқытудың белсенді әдістері қабылдауға өте қиын, берілгендердің игерілуін қызықты үрдіске айналдырады. Оқытудың бұндай әдістері бұрыннан келе жатқан, көп мөлшерде дайын ақпарат беріліп, сұрақ-жауап түрінде өтетін, шығармашылық ойлауға және танушылыққа талпындырмайтын, дәрістік-семинарлық оқыту әдістерімен салыстырғанда әрине ұтымды болады. Мектепке дейінгі дидактиканың – «ойнай отырып оқыту» ережесі қазіргі таңда медициналық білім беруде өзекті орын алып отыр [2].

XX ғасырдың басында Гарвард университетінде дәрігерлерді даярлау барысында клиникада жиі кездесетін жағдайларды сабақ үстінде мысал ретінде талқылауды, тәжірибе мен теорияны ұштастыру мақсатында қолдана бастады. Аталған әдіс ішкі аурулар пропедевтикасы кафедрасында дәрігерлерді даярлау

кезінде тиімді қолданылып келеді – студенттер клиникалық жағдайды талдап, қолданылатын іс-шаралар мен болашақта қандай жағдайлар туындауы мүмкін екендігін ортаға талқыға салады. Осы әдісті қолдану нәтижесінде студенттерде кәсіби ойлау қабілетін дамытып, клиникада жиі кездесетін жағдайларда дәрігер ретінде дұрыс шешім қабылдауға даярлайды.

Клиникалық кафедраларда тұрақты түрде күнделікті өмірге барынша жақындатылған, теориялық материал ретінде берілген түрлі жағдайлық есептерді мәселелік семинарларда қарастырып отырады. Мәселелік семинарлар барысында студенттерді болашақ кәсіби қызметіне барынша жақындастыратын, өз бетінше туындап отырған жағдайдан шығатын тиімді жол табуға дайындайды.

Сабақты жүргізу әдісін таңдамас бұрын сабақтың мақсатын, оқыту әдістеріне қойылатын талаптарды және осы әдіспен білім беруден күтетін нәтижелерімізді анықтап алуымыз керек. Қазіргі таңда білім беру саласында студенттерді ынталандыру үшін келесі әдістемелер жиі қолданылуда:

- ізденістік және ойлану іс-әректіне талаптан-дыру;
- әр-түрлі ақпарат көздерінен өз бетінше іздену;
- басқа аралық пәндерден алған білімдерін қолдана білу;
- кәсіптік дағдыларын қалыптастыру;
- ғылыми зерттеушілік дағдыларын дамыту;
- практикалық жұмыс барысында шығармашылық қабілетін дамыту;
- клиникалық дағдыларды дамыту;
- командамен жұмыс істеу дағдысын дамыту;
- кәсіпқойлық дағдысын дамыту;
- коммуникативтік дағдыларын дамыту.

Оқыту әдісін таңдау пәннің спецификасына, зерттеуге жататын затына байланысты, сондықтан білім беру үрдісінің бірнеше деңгейлерін қамтитын оқыту әдісін таңдаған жөн. Сонымен қатар, оқыту әдістемесін таңдаған кезде келесі мәселелерге көңіл бөлген жөн:

- 1) оқыту әдісі сабақтық мазмұнына, тақырыбына, мақсаты мен қарастыратын сұрақтарына сай келуі керек;
- 2) әдістің күрделілігі студенттердің қабілетінен

және дайындық деңгейінен аспауы керек.

Медициналық жоғары білім беру орындарында «эксперттік топ жиналысы», «ми шабуылы», «қар жентегі» сияқты дәрігерлік кеңеске ұқсас жағдай туындататын әдістерді қолдану тиімді болады; «стол ортасында қаламсап» – оқу үрдісіне қатысушылардың барлығына жұмыс істеуге мүмкіндік береді; рөлдік және іскерлік ойындардың әр-түрлері, әсіресе «дәрігер-науқас», «бөлмелік дәрігер», «консилиум» сияқты ойындар өзекті болып табылады. Белсенді дәрістерді де студенттер қызығып және белсенді қабылдайды: мәселелік дәріс, алдын ала қателер енгізіп жоспарланған дәріс, бинарлық дәріс, конференция түрінде өткізілетін дәріс және т.б.

Студенттерде сабақ нәтижесінде жетістікке жететіндіктеріне сенімділік тудыру үшін сабақ барысында оқытушы келесі қағидаларды ұстанғаны жөн:

- студенттердің барлығы материалды қабылдауға, дағдылар мен ептілікті үйренуге қабілетті;
- студенттер өздеріне сенімді болып, оқытушының оларға сенетіндігіне күмәндәнбауы керек;
- студенттердің ізденушілікке белсенділіктерін ынталандыру керек;
- механикалық түрде есте сақтауға емес, түсінуге көңіл бөлген жөн;
- оқытудағы мәселелік-ізденістік тәсілді қолдану;
- сабақ үстіндегі психологиялық климат, студент пен оқытушының қарым-қатынасы, бір-біріне деген сыйластығын да назарынан тыс қалдырмауы керек.

Сонымен қатар, бинарлық семинарлар дәрігерге болашақта өте қажетті аудитория алдында сөйлеу, берілгендерді нақты да сауатты жеткізе білу сияқты ептілік пен дағдыларға үйретеді.

Студенттің интеллектуалдық-шығармашылық потенциалының дәрежесі өз бетінше жаңа білімдерге қол жеткізу

қабілетімен белгілі болады. Студенттің өз бетінше жасайтын жұмысы, бағдарлама бойынша қарастырылған материалдардан әлде қайда көп мөлшерде ақпаратты қамту керек. Оқуға бөлінген уақыттың басым көпшілігін студент тек қана мұғалімді тыңдап өткізуіне болмайды, кез-келген оқу үрдісі мейлің ол дәріс болсын немесе семинар не тәжірибелік сабақ болсын, ол – оқыту-іздену күйінде жүріп, өзіндік дағдыларға қол жеткізуге мүмкіндік беруі керек. Сондықтан, білім беру барысында әртүрлі мәселелер тудыратын және де осы мәселелерді шешу барысында алған білімдері мен дағдыларын қолдануды талап ететін, студенттердің өзіндік жұмыстар жасауына, ғылыми жобаларға қатысуларына көбірек көңіл бөлген жөн.

Алға қойған мәселенің дұрыс шешімін табуға итермелеу, оқытушының біліктілігімен, студенттерді қызықтырып, ынталандыра білуімен тікелей байланысты. Білім алушыларды оқу үрдісіне үйіріп әкету, берілген материалдарды енжар қабылдап қана қоймай, оқытудың белсенді әдістерін қолдану арқылы білімге деген құштарлығын арттыра білу - педагогикалық шеберліктің сапалылығының және тиімділігінің көрсеткіші болып табылады.

Қорытынды. Педагогикалық қызметтің көп жылғы тәжірибесі оқытудың белсенді әдістерін қолдану әсіресе клиникалық кафедраларда, болашақ дәрігерлердің интеллектуалдық-шығармашылық әлеуетін дамытуға, сонымен қатар күнделікті туындап отыратын түрлі жағдайларға дұрыс баға беріп, талдап, талқыға салып, жан-жақты ойларды тыңдап өз бетінше шешім қабылдап, мәселені шешудің басқа да жолдарын қарастыра білуге мүмкіндік беретіндігін көрсетіп отыр. Оқытудың белсенді әдістері тек қана семинарлық немесе тәжірибелік сабақты өткізген кезде ғана емес, сонымен қатар дәрістерді түрлі формаларда оқыған кезде қолданған жөн.

Бастаулар:

1. Маргынова Н.Н., Репина А.Е. Бинарные уроки как средство формирования целостности восприятия окружающего мира // Воспитательные и образовательные технологии в современном вузе: сборник тезисов и материалов XV межрегиональная учебно-методическая и научно-практическая конференция. - Архангельск, 2010. - С. 18-21.
2. Потехина С.А., Стопина О.А. Введение элементов теории решения изобретательских задач (триз) в препода-

вании химии и биологии с целью развития творческих способностей учащихся // Воспитательные и образовательные технологии в современном вузе: сборник тезисов и материалов XV межрегиональная учебно-методическая и научно-практическая конференция. - Архангельск, 2010. - С. 24-27.

Совершенствование процедуры квалификационных экзаменов в области здравоохранения

Бейсен Н.Е.

*Председатель Комитета контроля медицинской и фармацевтической
деятельности Министерства здравоохранения и социального развития РК*

Терекулова А.К.

*Руководитель Управления аттестации, аккредитации и
лицензирования Комитета*

Жамбаева А.С.

*Главный эксперт Управления аттестации, аккредитации и
лицензирования Комитета*

Тажибаева Г.Н.

*Главный эксперт Управления аттестации, аккредитации и
лицензирования Комитета*

Система квалификационных экзаменов в области здравоохранения совершенствуется на постоянной основе. В 2012 году квалификационные экзамены были отнесены к категории государственных услуг. По результатам прохождения квалификационного экзамена претенденту выдается сертификат специалиста. В соответствии с установленными требованиями к государственным услугам были разработаны и утверждены стандарты и регламенты оказания государственных услуг по выдаче сертификата специалиста.

Проекты стандартов до утверждения размещались для обсуждения с услугополучателями (медицинскими работниками) на Портале Электронного правительства, а также на официальном интернет-ресурсе Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

Оказание качественной медицинской помощи на современном этапе невозможно без постоянного обучения и профессионального развития медицинских работников в связи с чем, в 2012 году введена накопительная система зачетных единиц – система суммар-

ного учета участия претендента в мероприятиях непрерывного профессионального развития.

Так, если ранее из мероприятий по профессиональному развитию специалистов при присвоении квалификационных категорий учитывались только прохождение курсов повышения квалификации и количество публикаций в печатных изданиях, то после внедрения системы учитываются мероприятия, такие как:

- участие в работе съезда, конгресса, конференции;
- наличие патента на изобретение;
- свидетельство об интеллектуальной собственности;
- участие в мастер-классе;
- номинации (1, 2, 3 место) в профессиональных конкурсах на звание лучшего по специальности и др.

Следовательно, у медицинских работников появилась возможность участвовать в мероприятиях, способствующих его непрерывному развитию, наиболее интересных и

приемлемых для него.

С июля 2013 года выдача сертификата специалиста осуществляется в электронном формате через Портал Е-лицензирование. Таким образом, снизилось число контактов медицинских работников с сотрудниками государственных органов. Претенденты подают заявление и получают сертификат специалиста через Портал Е-лицензирование, а приходят в государственный орган только в день проведения экзамена.

Кроме того, наряду с автоматизацией государственной услуги оптимизировано количество предоставляемых документов. Так, если на получение сертификата без категории ранее необходимо было представить 3 нотариально заверенные копии 3 документов, а с категорией – 9 документов, то на сегодняшний день количество предоставляемых документов снизилось до 2-х: 1) заявление претендента; 2) форма сведений.

При подаче документов через Портал Е-лицензирование претенденты не прикладывают никаких копий документов, в форме сведений претендентом декларируются данные по диплому о профессиональном образовании, повышении квалификации и т.д., которые подписываются электронной цифровой подписью претендента. За достоверность информации, указанной в форме сведений, ответственность несет сам претендент.

Вместе с тем, оптимизирована сама процедура квалификационного экзамена с присвоением категории. Так, этапы квалификационного экзамена: тестирование и собеседование (оценка практических навыков) проводятся в один день, что привело к сокращению сроков оказания государственной услуги до 22 рабочих дней (ранее услуга оказывалась в среднем в течении 2,5-3 месяцев). Сроки оказания государственной услуги по выдаче сертификата специалиста без категории сокращены до 10 рабочих дней (ранее в течении 1 месяца).

Также в плане совершенствования квалификационных экзаменов следует отметить, что в настоящее время отсутствует этапность в присвоении квалификационных категорий (вторая – первая – высшая), так в соответ-

ствии с установленными требованиями, медицинские работники вправе претендовать сразу на первую или высшую категорию.

В случаях, когда специалисту трижды присвоена первая или высшая категория по одной и той же специальности, он вправе получить бессрочный сертификат с равнозначной квалификационной категорией.

Процедура прохождения квалификационных экзаменов географически приближена к претендентам и оказывается во всех 16 регионах территориальными департаментами Комитета.

В соответствии с Государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы Министерством здравоохранения и социального развития Республики Казахстан в августе 2014 года впервые в Казахстане внедрена процедура оценки знаний и навыков для врачей клинических специальностей, претендующих на квалификационную категорию.

Ранее в 2013 году в рамках пилотного проекта по проведению оценки практических навыков и знаний в городах Астана и Алматы 179 врачей продемонстрировали навыки оказания медицинской помощи на симуляционном оборудовании согласно выбранному клиническому сценарию, а также показали коммуникативные навыки общения со стандартизированными пациентами (специально обученными людьми, в роли пациентов).

Пилотная оценка для врачей проводилась по 10 специальностям: терапия, общая врачебная практика, акушерство и гинекология, педиатрия, кардиология, анестезиология и реаниматология, травматология-ортопедия, неонатология, детская хирургия, онкология.

Также прошли оценку профессиональной подготовленности и подтверждения квалификации 100 средних медицинских работников по специальностям: лечебное дело (фельдшер, фельдшер общей практики) и акушерское дело (акушер, акушер общей практики).

Внедрение оценки практических на-

выков в рамках квалификационных экзаменов проводилось, опираясь на опыт пилотного проекта.

В текущем году претенденты на высшую, первую, вторую категорию в ходе оценки практических навыков и знаний демонстрировали владение навыками по оказанию неотложной медицинской помощи при остановке сердечной деятельности, нарушении дыхательной проходимости, при остром коронарном синдроме, анафилактическом шоке и оказании догоспитальной хирургической помощи.

Оценка знаний и навыков у врачей на клинических станциях осуществлялась с применением специализированного симуляционного оборудования, а также с участием стандартизированных пациентов.

Члены аттестационных комиссий, а

также врачи, проходившие экзамен отметили, что оценка практических навыков позволяет объективно оценить уровень профессиональной подготовленности и квалификацию специалистов здравоохранения.

Внедрение оценки практических навыков, будет способствовать в дальнейшем повышению потенциала специалистов практического здравоохранения, в результате приведет к снижению риска возникновения медицинских ошибок и повышению качества медицинской помощи населению.

Таким образом, изменения, произошедшие за последние 3 года с 2012 по 2014 год, позволили существенно улучшить условия прохождения квалификационного экзамена путем устранения формализованных подходов к оценке уровня квалификации специалистов.

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ АҚПАРАТЫ МЕН СТАТИСТИКАСЫН БАСҚАРУ/ УПРАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИЕЙ И СТАТИСТИКОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Анализ онкологической заболеваемости и смертности по Городскому центру ПМСП за 2008-2013 годы.

Скрининги злокачественных образований

Ящук И.В.

Врач статистик высшей категории,

ТОО «Городской центр первичной медико-санитарной помощи»

Резюме

За период пяти лет удельный вес общей запущенности в 2008 году составлял 30%, в 2012 году – 19,2%, снизился на 36%; ранняя диагностика онкозаболеваний составляет – 60,8%, а пятилетняя выживаемость – 62,3%. По итогам 2013 года количество запущенных случаев онкозаболеваний составило 58, против 56. По Городскому центру удельный вес общей запущенности ниже городского в 1,3 раза. Удельный вес пятилетней выживаемости по итогам 2013 года составил 62,3% при областном – 54,8%.

Түйіндеме

Бес жылдық кезеңде жалпы асқынудың үлес салмағы 2008 жылы 30%, 2012 жылы – 19,2% құрады, 36% пайызға төмендеді; онкоаурулардың ерте диагностикасы – 60,8%-ды құрайды, ал бесжылдық өміршеңдік – 62,3%. 2013 жылдың қорытындысы бойынша онкологиялық аурулардың асқынған жағдайларының саны 56-ға қарсы 58-ді құрады. Қалалық орталық бойынша жалпы асқинушылықтың үлес салмағы қалалық көрсеткіштен 1,3 есеге төмен. 2013 жылдың қорытындысы бойынша бес жылдық өміршеңдіктің үлес салмағы облыстық көрсеткіш 54,8% болған кезде 62,3%-ды құрады.

Abstract

Over a period of five years the proportion of total neglect in 2008 was 30%, in 2012 – 19.2%, decreased by 36%; early diagnosis of cancer is – 60.8% and five-year survival rate – 62.3%. According to results of 2013 the number of advanced cases of cancer was 58 against 56. In city center the proportion of the total neglect is below from the city by 1.3 times. The share of the five-year survival rate at the end of 2013 amounted to 62.3%, at the regional – 54.8%.

Из послания Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева народу Казахстана «Социально-экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана» – «...Теперь на первый план выходит вопрос снижения заболеваемости и смертности от онкологии. При грамотно организованной профилактической работе болезни можно предотвратить на ранней стадии. Поэтому в Казахстане необходимо внедрить комплекс национальных программ наблюдения за состоянием здоровья целе-

вых групп населения».

Согласно программе развития онкологической помощи в Республике Казахстан на 2012-2016 годы, основная Цель – повышение ожидаемой продолжительности и качества жизни казахстанцев путем снижения смертности населения от онкологических заболеваний. Ниже представлены показатели заболеваемости и смертности, которые сложились за 2008-2013 годы.

Заболеваемость злокачественными образованиями за 2013 год по ГЦ состави-

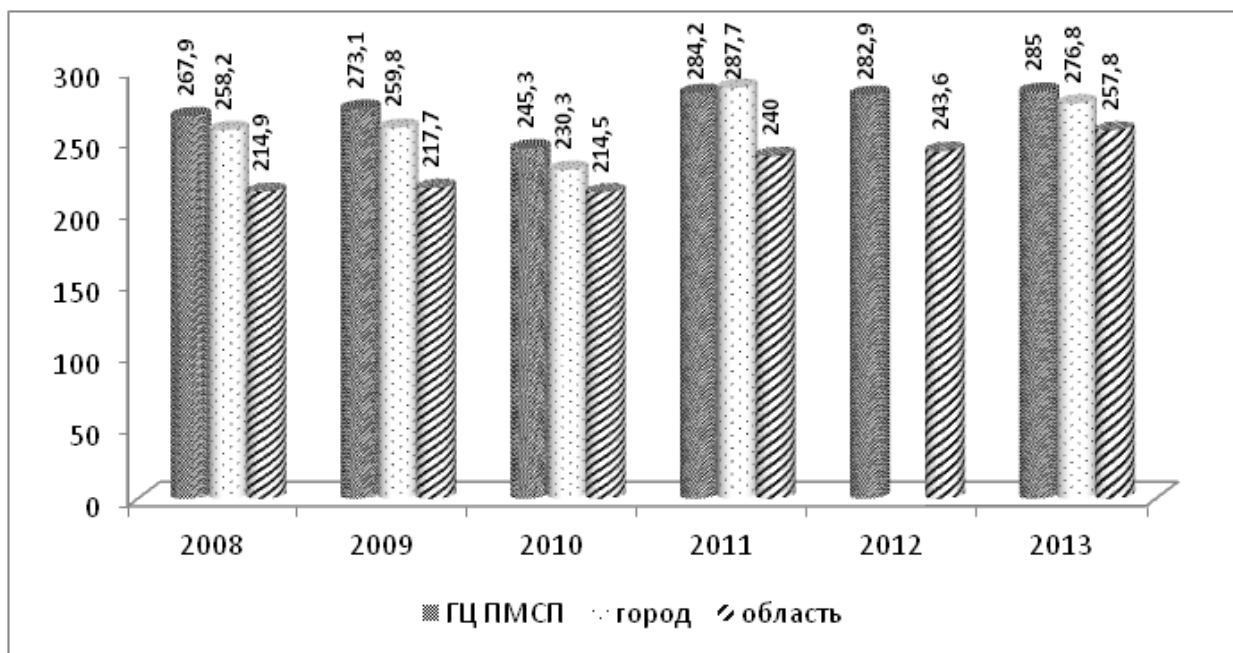


Диаграмма 1

Уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями на 100 тысяч населения по ТОО «Городской центр ПМСП» за период 2008-2013 гг. в сравнении с городскими и областными показателями

ла – 285,0, что выше уровня 2012 года (282,9) на 0,7%. По области так же отмечен рост заболеваемости онкопатологией. Уровень заболеваемости по ГЦ выше областного за счет «старееющего» типа населения. Повышение заболеваемости обусловлено развитием про-

филактических скрининговых медицинских осмотров и выявляемостью. Так в Карагандинской области начиная с 2010 введены обязательные скрининговые программы на выявление рака шейки матки, рака молочной железы и колоректального рака. Более под-

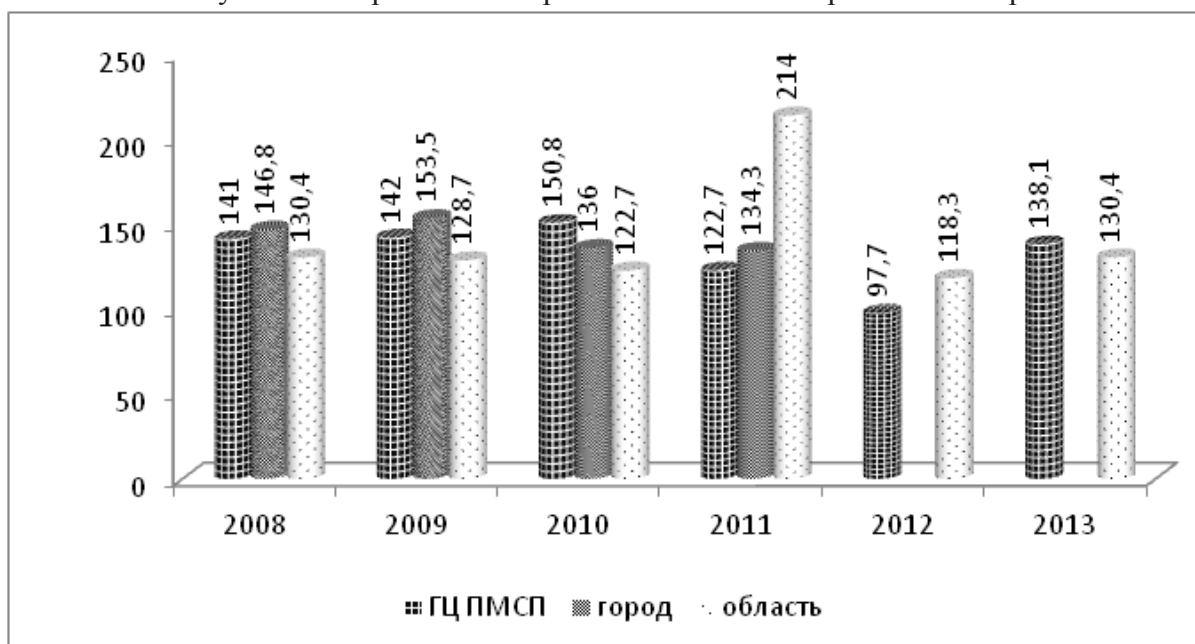


Диаграмма 2.

Смертность от злокачественных новообразований на 100 тысяч населения по ТОО «Городской центр ПМСП» за период 2008-2013 гг. в сравнении с городскими и областными показателями

робно о скрининговых программах будет изложено ниже.

Смертность от злокачественных новообразований в 2013 году возросла и соста-

вила – 138,1 на 100 тысяч населения против 97,3 в 2012 году. Уровень смертности по области в 2013 году составил 130,4, это выше уровня 2012 года – 118,3. Таким образом,

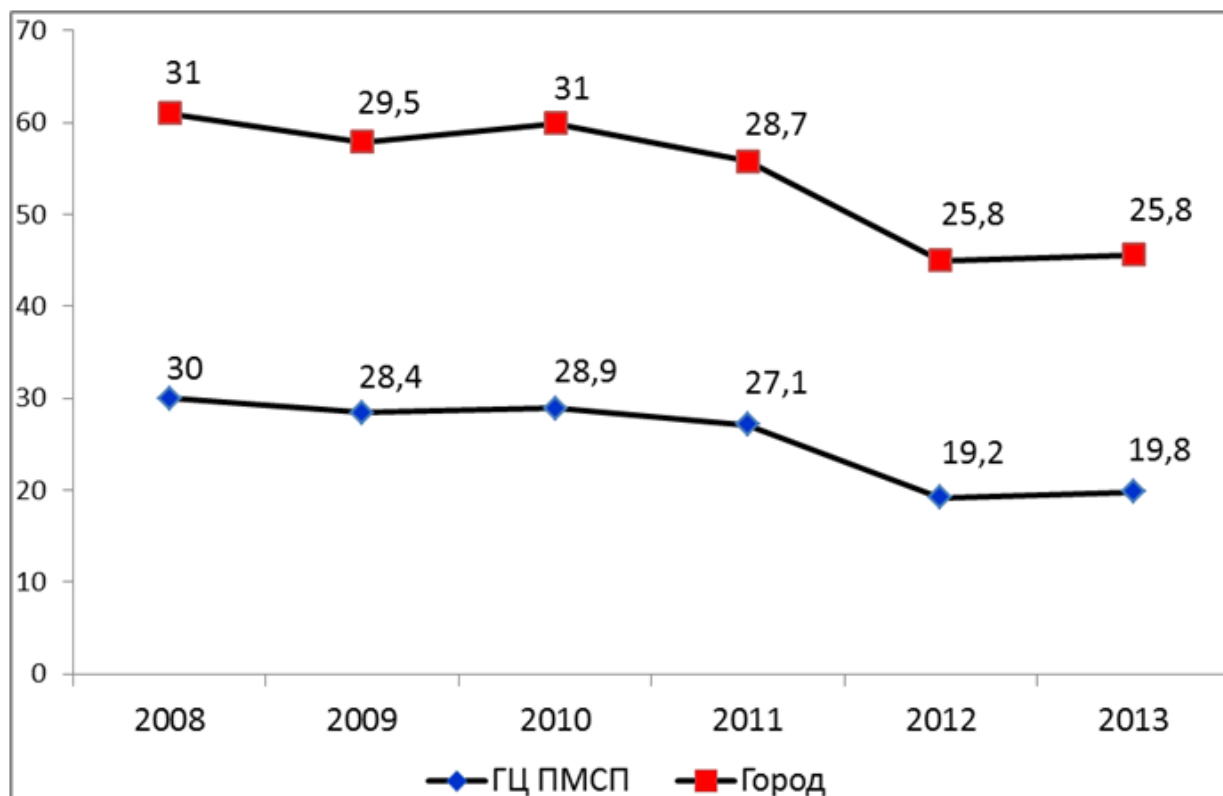


Диаграмма 3.

Удельный вес запущенных случаев среди впервые выявленных случаев онкозаболеваний по ТОО «Городской центр ПМСП» в сравнении с городскими данными за период 2008-2013 гг.

тенденция роста смертности по Городскому центру совпадает с тенденцией по области.

Удельный вес запущенных случаев по Городскому центру по итогам 2013 года составил 19,8% против 19,2% в 2012 году. По городу удельный вес в 2012-2013 годах составил – 25,8%, что в 1,3 выше, чем показатель в Городском центре.

Удельный вес запущенных случаев визуальной локализации (3-4 стадия) составил в 2012 - 2013 годах (6,2-6,5%), что тоже ниже городских показателей (7,8-8,2%). Удельный вес пятилетней выживаемости по итогам 2013 года составил – 62,3%, при областном – 54,8%.

Основной задачей медицинских учреждений ПМСП является совершенствование профилактики онкологических забо-

леваний путем развития программ ранней диагностики. Основные направления:

- совершенствование профилактической направленности системы ПМСП;
- развитие высокотехнологических методов диагностики и лечения онкологических заболеваний;
- укрепление и развитие кадрового потенциала;
- совершенствование инфраструктуры онкологической службы и укрепление ее материально-технической базы.

На уровне поликлиник, в том числе и в Городском центре совершенствуется инфраструктура онкологической службы. Так с 2013 года в штатное расписание введена ставка врача онколога-маммолога. Онкологический кабинет организован с 2010 года. Укрепляется материально техническая база. С начала

скрининга на выявление рака молочной железы поликлиникой был приобретен цифровой маммограф. В 2014 году проводится скрининг на выявления рака пищевода и желудка, и в этой связи было дополнительно приобретено эндоскопическое оборудование, в том числе 2 колоноскопа. Для инфекционного контроля приобрели мощную машину. Совершенствование профилактики происходит путем развития программ ранней диагностики. Ниже в таблице 1 отмечено, с какого года и в каких регионах вводились новые скрининговые программы и так до 2016 года.

Проведение скринингов направленно на выявление заболеваний на ранних стадиях и предупреждение развития заболевания, факторов риска, способствующих возникновению заболеваний, формированию и укреплению здоровья населения. В настоящий момент ведутся обследования по 9 направлениям: болезни системы кровообращения, сахарный диабет, глаукома, колоректальный рак, рак молочной железы, рак шейки матки, рак пищевода и желудка, рак предстательной железы, рак печени. В таблице указаны скрининги на выявление раковых заболеваний.

Таким образом за три года проведения скринингов, мы добились того, что во многих случаях заболевания диагностируются на ранних стадиях. С 2011 года рак и предраковые состояния шейки матки диагностированы у 168 женщин, что составляет 1,6% от осматриваемых (10557 охвачено за три года). В 2-х случаях был диагностирован рак шейки

матки, что составляет 0,02% от осматриваемых (10557), оба случая – 1-2 стадии. Рак и предраковые состояния кишечника диагностированы у 48 человек, что составляет 0,2% от осматриваемых (30660 охвачено за три года). В 7 случаях был диагностирован рак кишечника (0,02%). В 4 случаях (57,1%) была выявлена онкопатология 1-2 стадии, 42,9% пришлось на 3-4 стадию. Рак и предраковые состояния молочной железы выявлены у 452 женщин, что составляет 5,8% от осматриваемых (7765 женщин охвачено за три года). Отмечена высокая выявляемость при проведении скрининга на выявление рака молочной железы. Выявляются фиброаденомы, кисты молочных желез. Рак молочной железы диагностирован у 15 женщин, что составило 0,2% от осматриваемых (7765). В 12 случаях из 15 был диагностирован рак 1-2 стадии, что составляет 80% и только в 3 случаях был выявлен рак 3-4 стадии, что составляет 20%. Из них многие уже прооперированы. Общий эффект от введения скринингов очень позитивный. Если раньше рак у нас выявлялся на поздних стадиях – третьей, четвертой, то сейчас картина сильно изменилась, выявление идет на первой и второй стадиях.

Современная медицина способна справиться с большинством заболеваний, поражающих человеческий организм, но при одном условии – обнаружить патологию медики должны на ранней стадии развития. Именно для этого в нашей стране были введены скрининговые исследования.

Годы	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Скрининг	Рак молочной железы	Рак молочной железы	Рак молочной железы	Рак молочной железы	Рак молочной железы	Рак молочной железы
	Рак шейки матки	Рак шейки матки	Рак шейки матки	Рак шейки матки	Рак шейки матки	Рак шейки матки
	Колоректальный рак	Колоректальный рак	Колоректальный рак	Колоректальный рак	Колоректальный рак	Колоректальный рак
		Рак простаты	Рак простаты	Рак простаты	Рак простаты	Рак простаты
			Рак желудка и пищевода	Рак желудка и пищевода	Рак желудка и пищевода	Рак желудка и пищевода
			Рак печени	Рак печени	Рак печени	Рак печени

Годы	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Регионы Республики	Все регионы	Пилот в ВКО	+ЗКО, КЗО, Павлодарская область, Алматы, Астана	+Актюбинская Атырауская, Карагандинская, Кустанайская области, СКО	+Акмолинская, Жамбыльская, Алматинская, Мангистауская, ЮКО	Все регионы РК

Таблица 1

Развитие скрининговых программ по годам и по регионам Республики Казахстан

Источники:

1. Статистический сборник. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения – Астана-Алматы, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013.
2. Основные показатели здравоохранения за 12 месяцев 2012 года по Карагандинской области. Основные показатели здравоохранения за 12 месяцев 2013 года по Карагандинской области.
3. Статистические материалы по Городскому центру за 2008-2013 годы.
4. «Онкология» ежеквартальный информационный статистический бюллетень. Выпуск № 4 за 2008-2013 годы.

ЖЕТІСТІКТЕР ЖӘНЕ ЕҢ ОЗЫҚ ТӘЖІРІБЕ/ ДОСТИЖЕНИЕ И НАИЛУЧШАЯ ПРАКТИКА

Развитие АО «Национального научного центра материнства и детства»

Бекмухаметова А.А., Мамаева Р.А.



Впервые «Национальный научный центр материнства и детства» открыл свои двери 20 августа 2007 года. За этот период клиника приняла более 50 тысяч пациентов не только со всей страны, но и из Центральной Азии, Европы, Америки, России.

АО «Национальный научный центр материнства и детства», входящий в структуру АО «Национальный медицинский холдинг», является крупнейшим лечебно-диагностическим, научно-исследовательским учреждением в Республике Казахстан в сфере акушерства и гинекологии, педиатрии, в области женского и мужского здоровья, детской хирургии и параклиники.

Миссия Центра – «Улучшая здоровье матери и ребенка, мы создаем здоровое буду-

щее», цель – завоевание лидерских позиций в сфере материнства и детства на территории СНГ по 3-м ключевым направлениям:

- 1) качеству и диапазону медицинских услуг;
- 2) академическому образованию;
- 3) научным разработкам.

Задачи Центра соответствуют программе по снижению материнской и младенческой смертности озвученной в государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 года.

АО «Национальный научный центр материнства и детства» поставил перед собой цель – завоевание лидерских позиций в сфере материнства и детства путем внедрения международных стандартов больничного

управления и инновационных медицинских технологий, формирования эффективной системы оказания медицинских услуг с одновременным повышением доступности и экономической рентабельности, создания ведущего образовательного и исследовательского центра для специалистов Казахстана, стран Средней Азии и СНГ.

Сегодня Национальный научный центр материнства и детства признан на международном уровне. Свидетельством тому является признание Всемирной организацией Здравоохранения в 2011 году вклада Центра в укрепление здоровья матери и ребенка в Республике Казахстан путем награждения за успешное внедрение стратегии ВОЗ «Эффективный перинатальный уход и помощь».

Кроме этого, Центр одним из первых успешно прошел в марте 2012 года международную аккредитацию качества и получил сертификат JCI (Международная объединенная комиссия). Аккредитация JCI является «золотым стандартом» – самым престижным и объективным признанием качества и безопасности услуг среди медицинских организаций в мире.

В начале 2013 года клиника получила награду «Прорыв года» за впервые проведенную трансплантацию костного мозга у детей, по результатам голосования в рамках Ежегодного конкурса «Фармацевтическое созвездие». В том же году была получена аккредитация NCA KZ.И. 01.14.32., Национальным центром аккредитации (отделение лабораторной диагностики).

В августе 2014 года Национальный научный центр материнства и детства получил национальный сертификат «Лидер отрасли 2014» от международного рейтингового Союза «Национальный бизнес-рейтинг».

В Национальном научном центре материнства и детства регулярно проходят благотворительные акции в помощь больным детям с онкологическими заболеваниями. В проведении таких мероприятий помогают многие благотворительные компании и фонды, в том числе общественный фонд «Ассамблея народа Казахстана» и политическая

партия «Бірлік».

В числе достижений Национального научного центра материнства и детства – трансплантация почек детям, аутотрансплантация гемопоэтических клеток, реконструктивно-пластическая хирургия пороков развития у новорожденных и при онкологических заболеваниях, раннее выявление и лечение эпилепсии и нейромышечных заболеваний, заболеваний соединительной ткани и многое другое. Все это свидетельствует о высоком наработанном опыте казахстанских специалистов и открывает новые перспективы развития здравоохранения Республики Казахстан.

За годы функционирования Национального научного центра материнства и детства внедрил более 65 новейших технологий в области медицины. Одним из самых уникальных технологий является внедрение проекта по ретинопатии – «золотой стандарт» лечения – «лазерная коагуляция сетчатки», который позволяет сохранить зрение в 55-88% случаях. Ретинопатия недоношенных (РН) – тяжелое заболевание, развивающееся у недоношенных детей и вовлекающее в патологический процесс сетчатку и стекловидное тело. При не своевременном лечении и не диагностировании пороговых стадий, заболевание переходит в инвалидизирующие стадии и является причиной необратимой слепоты.

Специалисты Национального научного центра материнства и детства доказали, что эмболизации маточных артерий (ЭМА) не приводят к бесплодию или невынашиванию беременности. За годы существования в Центре проведено более 500 процедур ЭМА пациенткам с различными формами и размерами миомы матки с органосохраняющей целью и возможностью сохранить репродуктивную функцию. Принимая пациенток с миомой матки, наши специалисты индивидуально подходят к выбору метода лечения, учитывая анамнез пациентки, и прилагают большое усилие для достижения желаемого результата.

Благодаря усилиям наших высококвалифицированных специалистов, в августе

2014 года впервые в Казахстане применили ботокс в детской нейроурологии (дети со спинальными нарушениями органов малого таза и мочевого пузыря). Ботокс-терапия направлена на улучшение резервуарной функции мочевого пузыря, способствует нормализации уродинамики, и тем самым, предупреждает повреждение почек.

На базе Национального научного центра материнства и детства с 27 августа функционирует Школа экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). Школа ЭКО создана для будущих родителей и для тех, кто хочет знать больше об ЭКО/ВРТ (вспомогательных репродуктивных технологиях). Обучение проводится на базе круглых столов и лекций совершенно бесплатно для всех граждан нашей страны.

В октябре 2014 года состоялось открытие Центра маммологии на базе клиники, где любая женщина старше 18 лет имеющая фоновое заболевание может пройти Check-up (экспресс-диагностика) молочной железы на современном оборудовании. Уникальность центра маммологии заключается в раннем выявлении бессимптомного рака молочной железы и его своевременное лечение. Результаты, полученные вследствие Check-up, направляются радиологам Медицинского Центра Университета Питтсбург для проведения второй читки. Проведя анализ обратившихся женщин после открытия этого центра, было принято решение создать Центр женского здоровья, куда входит скрининг молочной железы и скрининг шейки матки на раннее выявления рака (РАРР-тест, проведение кольпоскопии, УЗИ ОМТ) с последующим лечением и реабилитацией.

Проведение научно-исследовательских

работ, непрерывное обучение медицинского персонала также является одним из приоритетных направлений деятельности Национального научного центра материнства и детства. Так, за время функционирования проведено более 130 мастер-классов международного уровня, с приглашением авторитетных отечественных и зарубежных специалистов в области здоровья матери и ребенка.

Национальный научный центр материнства и детства сотрудничает с признанными во всем мире лучшими клиниками и ведущими медицинскими центрами такими как: «University of Pittsburgh Medical Center» (г. Питтсбург, США); «Great Ormond Street Hospital» (г. Лондон, Великобритания); «Университетская клиника Фрайбурга» (г. Фрайбург, Германия); «Addenbrooks Hospital», Cambridge Medical School, Cambridge University (г. Кембридж, Великобритания); НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова (г. Санкт-Петербург, Россия); Клиника «Шарите», (г. Берлин, Германия); «Международный центр эндоскопической хирургии» (г. Клермон-Ферран, Франция); «Международный центр медицинского сотрудничества» (г.Токио, Япония); Госпиталь «Severance», «Больница Сеульского университета» (г. Сеул, Южная Корея); Медицинский центр «Шемер», (г. Хайфа, Израиль); «Медицинский университет Граца» (г. Грац, Австрия); Госпиталь «Fortis Healthcare Limited» (г. Дели, Индия).

На сегодняшний день Национальный научный центр материнства и детства стал одним из лучших научно-образовательных центров Казахстана, тем самым внося свой вклад в развитие Медицинской Школы Назарбаев Университета, открытие которого запланировано на 2015 год.

МЕДИЦИНА

ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА

ИС «МЕДИЦИНА» – это готовый набор инструментов для оперативного и качественного решения профессиональных задач медицинских и фармацевтических организаций, ставший осознанным выбором тысяч пользователей по всему Казахстану!

Не секрет, что в современных условиях, врачам приходится быть одновременно экономистами, юристами и менеджерами.

В оперативном решении вопросов, связанных с медицинским законодательством, заинтересованы все: главные врачи и эксперты страховых компаний, производители лекарственных средств и медицинской техники, руководители аптечных организаций. Ведь успешное развитие бизнеса на рынке медицинских услуг во многом зависит от того, насколько грамотно и свободно специалисты медицинских и фармацевтических организаций владеют профессиональной медицинской информацией и ориентируются в отраслевом законодательстве.

На помощь им приходят современные информационные технологии. Чтобы быть в курсе всех изменений в нормативных документах по здравоохранению, сегодня им достаточно лишь установить Информационную систему Параграф «МЕДИЦИНА», далее – ИС «МЕДИЦИНА».

ИС «МЕДИЦИНА» является информационной базой данных, предназначенной для установки на персональном компьютере, а также использования в он-лайн режиме в сети Интернет. Она включает в себя нормативные и правовые документы, а также практические комментарии специалистов по медицинскому и фармацевтическому законодательству, справочники по медицинским организациям, лекарственным средствам, медицинскому оборудованию и их фирмам-производителям.

На текущий день, информационный банк системы составляют около 13 тысяч нормативных документов по здравоохранению, 11 профессиональных медицинских справочников и все необходимые формы ме-

дицинской документации.

В ИС «МЕДИЦИНА» регулярно включаются публикации из ведущих отраслевых журналов и книг, ответы с блога Министерства здравоохранения и прочие информационные материалы. Пользуясь данной подборкой публикаций, специалист получает консультации в решении конкретной задачи, а также ответы на вопросы относительно всех изменений и нововведений в медицинском законодательстве.

При правильном использовании, ИС «МЕДИЦИНА» позволяет значительно упростить работу специалистов организаций здравоохранения, как непрерывная форма обучения и повышения квалификации, обеспечивая стабильное получение необходимой медицинской информации и качественное выполнение работы.

Интуитивно понятный интерфейс, удобные и эффективные поисковые инструменты системы не требуют обязательной предварительной подготовки и специальных знаний, а могут быть освоены для повседневной работы медицинскими работниками с основами компьютерных знаний за короткий промежуток времени. Для установки программы пригодны компьютеры с рядовыми характеристиками, требуется лишь стандартное программное обеспечение. Возможно использование системы в интерактивном режиме в сети Интернет.

Использование подобных информационных систем в работе организаций здравоохранения обеспечивает быстрый поиск необходимых сведений, а единое информационное пространство интегрирует финансово-экономическую, медико-статистическую, фармацевтическую информацию и дает возможность одновременно изучать нормативные, справочные и аналитические материалы.

