



Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау
МЕНЕДЖЕРІ
МЕНЕДЖЕР
здравоохранения Республики Казахстан



Журналдың аты:

Қазақстан Республикасының
денсаулық сақтау менеджері

Бас редактор:

Ж.Қ. Исмаилов

Редакциялық кеңес:

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

Редакция хатшысы:

Г.Т. Назарова

Техникалық редакторлар:

А.Е. Тәпенова

Меншік иесі:

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

Жазылу индексі:

74608

Мерзімділігі:

жылда 4 рет

Таралымы:

500 дана

Құрылтайшылары:

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

Редакцияның мекен-жайы:

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

Наименование журнала:

Менеджер здравоохранения
Республики Казахстан

Главный редактор:

Исмаилов Ж.К.

Редакционный совет:

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

Секретарь редакции:

Назарова Г.Т.

Технические редакторы:

Тәпенова А.Е.

Собственник:

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

Подписной индекс:

74608

Периодичность:

4 раза в год

Тираж:

500 экземпляров

Учредители:

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

Адрес редакции:

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

Жарияланатын мәліметтердегі
ақпараттардың нақтылығы, авторлардың
жауапкершілігінде

Ответственность за достоверность информации,
публикуемой в журнале,
несут авторы

Уважаемые коллеги!



Рада приветствовать Вас на конференции, посвященной итогам реализации проекта «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан»!

Как Вы знаете, создание современной и эффективной системы здравоохранения относится к числу первостепенных целей в политическом курсе Казахстана, озвученном Главой государства Н. Назарбаевым в стратегии «Казахстан 2050».

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

Результаты исследований и разработок, проведенных в рамках Проекта, повышение потенциала различных категорий специалистов системы здравоохранения, в том числе за рубежом, консультативная

помощь ведущих международных экспертов, позволили обеспечить основную часть реформ и преобразований, предусмотренных в рамках Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.

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

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

Желаю всем участникам конференции успехов, удачи, здоровья, терпения и достижения всех поставленных целей и задач!

Дуйсенова Т. К.

Министр здравоохранения и социального развития
Республики Казахстан

МАЗМҰНЫ/СОДЕРЖАНИЕ

«ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ СЕКТОРЫНДАҒЫ ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫ БЕРУ ЖӘНЕ ИНСТИТУЦИОНАЛДЫҚ РЕФОРМА ЖҮРГІЗУ» ЖОБАСЫ ҚОРЫТЫНДЫ КОНФЕРЕНЦИЯСЫНЫҢ МАТЕРИАЛДАРЫ

МАТЕРИАЛЫ ИТОГОВОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ПРОЕКТА «ПЕРЕДАЧА ТЕХНОЛОГИЙ И ПРОВЕДЕНИЕ ИНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ РЕФОРМЫ В СЕКТОРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН»

Цой А.В., Токежанов Б.Т., Танирбергенов С.Т., Камзебаева Л.Ж., Граф М.А., Спатаев Е.М., Бейсенбаева А.А., Карсыбекова Н.М.

Основные итоги реализации Проекта «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан».....7
«Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау секторындағы технологияларды беру және институционалдық реформа жүргізу» жобасын іске асырудың негізгі нәтижелері

Байгенжин А.К., Исмаилов Ж.К., Ахметниязова Л. М., Исатаева Н.М.

Перспективы развития системы здравоохранения Республики Казахстан.....12
Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау жүйесінің даму келешегі

Исмаилов Ж.К., Сыздыкова А.А., Исатаева Н.М., Байсеркин Б.С., Тлемисова В.Б.

Текущая ситуация системы здравоохранения Республики Казахстан.....17
Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау жүйесінің ағымдағы ахуалы

**Курмангалиева А.Д., Токежанов Б.Т., Надыров К.Т., Танирбергенов С.Т.,
Шайхыбекова Г.Т., Ермекбаев К.К.**

Проект Закона Республики Казахстан «Об обязательном социальном медицинском страховании».....24
«Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру туралы» Қазақстан Республикасы заңының жобасы

А.Дюран

Стратегические закупки в условиях социального медицинского страхования.....28
Әлеуметтік медициналық сақтандыру жанындағы стратегиялық сатып алу

Mike Jones

Draft Policy Brief: Insitutional Analysis under Decentralization
Институциональный анализ при децентрализации.....34
Орталықсыздандыру кезіндегі институционалдық талдау

Ахметов В.И., Бирганов Е.А., Тастамбеков Б.Ж.

Развитие здравоохранения Казахстана с позиций общественного здравоохранения.....36
Жаңа қоғамдық денсаулық сақтау тұрғысынан Қазақстанның денсаулық сақтау жүйесін дамыту

Кинятов А.К., Танирбергенов С.Т., Токежанов Б.Т.

Разработка мастер - планов по реструктуризации сети организаций здравоохранения

Республики Казахстан.....46
Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау ұйымдары желісін қайта құрылымдау жөніндегі шебер- жоспарларын әзірлеу

Токежанов Б.Т., Танирберген С.Т., Нургожаев А.А.
 Национальные счета здравоохранения Республики Казахстан
 Обзор расходов на здравоохранение за 2010-2014 годы.....56
Қазақстан Республикасының ұлттық денсаулық сақтау шоттары. 2010-2014 жылдардағы денсаулық сақтау шығындарына шолу

Кинаятов А.К., Темирбекова Г.С.
 Планирование, управление инвестициями и развитие государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения Казахстана.....61
Жоспарлау, инвестициялық басқару және Қазақстанның денсаулық сақтау саласындағы мемлекеттік-жеке меншік әріптестікті дамыту

Сыздыкова А.А., Мусина Г.А., Турумбетова Т.Б., Кабдуллина М.М., Калжанова Ж.Х., Жашкенова Н.С., Абельдинова Д.Ж.
 Совершенствование системы управления кадровыми ресурсами здравоохранения в Казахстане.....66
Қазақстанда денсаулық сақтау саласының кадрлық ресурстары жүйесін жетілдіру

Турумбетова Т.Б., Жашкенова Н.С., Мусина Г.А., Кабдуллина М.М., Калжанова Ж.Х., Абельдинова Д.Ж.
 Новые методологические подходы к планированию и прогнозированию кадровых ресурсов здравоохранения.....69
Денсаулық сақтау саласы кадрлық ресурстарын жоспарлау мен болжаудың жаңа әдістемелік тәсілдері

Heikkila, J., Senior Advisor, PhD (1, Tiittanen, H., LicNSc, MSc (2 , Aholaakko, T-K., LicEdSc (3, Vänskä, K., PhD (3, Homan-Helenius, P., PhD (4, Jokela, J., PhD (3, Palovaara, M., MNSc (1
 Improving training system of nursing specialists in Kazakhstan
 Совершенствование системы подготовки специалистов сестринского дела в Казахстане.....74
Қазақстандағы мейіргер ісі мамандарын даярлау жүйесін жетілдіру

Мендешева Г.Г., Жангереева Г.Т.
 Результаты и перспективы внедрения новой методологии оценки знаний и навыков специалистов системы здравоохранения РК.....81
ҚР денсаулық сақтау жүйесі мамандарының білімі мен дағдысын бағалаудың жаңа әдіснамасын енгізудің нәтижелері мен келешегі

A. F. Al-Assaf
 Healthcare Accreditation in Kazakhstan: Methods and Impact
 Аккредитация медицинских организаций в Казахстане: методы и влияние.....84
Қазақстандағы медициналық ұйымдарды аккредиттеу: әдістері мен ықпалы

Икранбегийн Р., Ph.D., Д.Б.Н., доцент, David McAlister, Ph.D., Albetkova A., Ph.D., Karen McClure, Ph.D., MLS(ASCP)SBB, Daphne B. Moffett, Ph.D., George Schmid Ph.D, Centers for Disease Control and Prevention
 Подготовка к международной аккредитации (ИСО15189) клинико-диагностических лабораторий Республики Казахстан.....88

Қазақстан Республикасының клиникалық-диагностикалық зертханаларын халықаралық аккредиттеуге (ISO 15189) дайындау

Дэвид Грилли, Говард Ку, Александр Семенов, Владимир Зинкин, Инна Юркевич
Укрепление службы переливания крови в Казахстане.....91
Қазақстанда қан құю қызметін нығайту

Сыздыкова А.А., Койков В.В.
Инициативы в области развития научной информационной среды.....95
Ғылыми ақпараттық ортаны дамыту саласындағы бастамалар

Байгожина З.А., Абдрахманова А.О., Хандиллаева Б.М.
Внедрение новой модели приема и отбора граждан в медицинские ВУЗы
Республики Казахстан.....104
Қазақстан Республикасының медициналық жоғарғы оқу орындарына азаматтарды қабылдау мен іріктеудің жаңа үлгісін енгізу

Ошакбаев К.П., Айдосов С.С., Алимбаева Ж.А., Дукенбаева Б.А.
Интегрированная академическая система здравоохранения: триединство практики, науки и образования.....109
Денсаулық сақтаудың ықпалдасқан академиялық жүйесі: білім, ғылым және тәжірибе үштұғырлығы

Ермекбаев К.К., Исанов А.Б.
Роль менеджмента в современных условиях развития здравоохранения.....116
Қоғамдық денсаулық сақтауды дамытудың қазіргі жағдайда менеджменттің рөлі

Майкл Джоунс
К вопросам профессионального развития менеджеров здравоохранения в Республике Казахстан.....120
Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау менеджерлерінің кәсіби дамыту мәселелері талқыланды.

Байгенжин А.К.
Стратегия устойчивого развития АО «Национальный научный медицинский центр»125
«Ұлттық ғылыми медициналық орталық» АҚ-ның тұрақты даму стратегиясы

Аманов А.Т., Аяганова А.С.
Развитие менеджмента в многопрофильном стационаре на примере городской клинической больницы №4 города Алматы.....130
Мақаланың тақырыбы: «Алматы №4 қалалық клиникалық аурухана мысалында көпсалалы ауруханаларда басқаруды дамыту»

Мусинов С.Р.
Совершенствование допуска на рынок лекарственных средств, системы фармаконадзора. Результаты, полученные по итогам реализации проекта «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан».....136
Фармакоқадағалау жүйесінде дәрілік заттардың нарыққа қол жеткізуін жақсарту. «Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау саласында институционалдық реформалар және Технологияларды беру» жобасының қорытынды нәтижелері

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

Роль лекарственного информационно-аналитического центра в предоставлении независимой информации о лекарственных средствах.....140

Дәрілік заттар туралы тәуелсіз ақпарат беруге есірткі ақпараттық-талдамалық орталығының рөлі

Dimitris Kalogeropoulos

Electronic health standards development approaches in Kazakhstan: premises and strategic objectives of standardization, implementation of international standards.....143

Қазақстан Республикасындағы электрондық денсаулық сақтау стандарттарының дамуына тәсілдемелер: Стандарттаудың алғышарттарымен стратегиялық мақсаттары, халықаралық стандарттардың қолданылуы

Спатаев Е.М.

План мероприятий по развитию электронного здравоохранения на 2016-2020 годы: Основные мероприятия, предлагаемые к реализации в период с 2016 по 2020 годы, в том числе в рамках продления компонента D.....148

2016-2020 жылдар аралығында іске асыру үшін ұсынылатын негізгі шаралар, соның ішінде D компонентінің ұзарту шеңберінде

Нурғалиева Ж.Т.

Стандартизация электронного здравоохранения: обзор, цели, достигнутые результаты.....151

Электрондық денсаулық сақтау стандартизациялауы: шолу, мақсаттар, жетістіктер

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ СЕКТОРЫНДА ТЕХНОЛОГИЯНЫ ЖЕТКІЗУ ЖӘНЕ ИНСТИТУЦИОНАЛДЫ РЕФОР- МАНЫ ӨТКІЗУ ҚОРИТЫНДЫ КОНФЕРЕНЦИЯ МАТЕРИАЛДАРЫНЫҢ ЖОБАСЫ

МАТЕРИАЛЫ ИТОГОВОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ПРОЕКТА «ПЕРЕДАЧА ТЕХНОЛОГИЙ И ПРОВЕДЕНИЕ ИНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ РЕФОРМЫ В СЕКТОРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН»

ОСНОВНЫЕ ИТОГИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА «ПЕРЕДАЧА ТЕХ- НОЛОГИЙ И ПРОВЕДЕНИЕ ИНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ РЕФОРМЫ В СЕКТОРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН»

Цой А.В.

Вице-министр здравоохранения и социального развития РК

Токежанов Б.Т.

Национальный координатор проекта¹

Танирбергенов С.Т.

Координатор компонента А¹

Камзебаева Л.Ж.

Координатор компонента В¹

Граф М.А.

Координатор компонента С¹

Спатаев Е.М.

Координатор компонента D¹

Бейсенбаева А.А.

Координатор компонента E¹

Карсыбекова Н.М.

Координатор компонента F¹

¹Группа поддержки реализации Проекта

Аталуы: Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау секторындағы технологияларды беру және институционалдық реформа жүргізу» жобасын іске асырудың негізгі нәтижелері.

Авторлары: Цой А.В., ҚР ДСӘДМ Вице-министрі ; «Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау секторындағы технологияларды беру және институционалдық реформа жүргізу» жобасын іске асыруды қолдау тобының үйлестірушілері.

Түйіндеме: 2008 жылғы 2 ақпанда Қазақстан Республикасының Үкіметі мен Халықаралық Қайта құру және Даму Банкі арасында Қарыз туралы келісімге қол қойылды, ал 2009 жылдан бастап «Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау секторындағы технологияларды беру және институционалдық реформа жүргізу» инвестициялық жобасы іске асырыла бастады. Жобаның мақсаты – денсаулық сақтау секторында басты реформаларды қолдау мақсатында Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінде, тиісті органдарда және денсаулық сақтау ұйымдарында халықаралық стандарттарды енгізу және ұзақ мерзімді институционалдық

әлеуетті қалыптастыру. Жоба іс-шаралары Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011 - 2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасымен толықтай үйлестірілген болатын. Жобаны іске асыру озық технологияларды халықаралық ұйымдардан және консалтингтік компаниялардан ҚР ДӘДМ-не, басқа мемлекеттік органдарға, денсаулық сақтау ұйымдарына, сондай-ақ Жоба шеңберінде құрылған жаңа институционалдық құралымдарға беруге негізделген.

Title: Basic results of realization of "The "Kazakhstan health sector Technology transfer and institutional reform project"

Authors: Coordinators of Group of support of realization of "The Kazakhstan health sector technology transfer and institutional reform project"

Abstract: On February, 2, 2008 between Government of Republic of Kazakhstan and International Bank of Reconstruction and Development Agreement was signed about a loan, and with 2009 realization of investment project "The Kazakhstan health sector technology transfer and institutional reform project" was begun. The aim of Project are introduction of international standards and forming of long-term institutional potential in Ministry of health of Republic of Kazakhstan, corresponding organs and organizations of health protection in support key reforms in the sector of health protection. Table of contents of events of Project were fully synchronized with the Government program of development of health protection of "Salamatty Kazakhstan" on 2011-2015. Realization of Project is based on the transmission of front-rank technologies from international organizations and consulting companies of Ministry of health and social development of Republic of Kazakhstan, to other public organs, organizations of health protection, and also to the new institutional structures created within the framework of Project.

Система здравоохранения Казахстана стала одним из приоритетов социально-экономического развития страны. Так, 13 сентября 2004 года была принята Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы (Госпрограмма), которая была разработана во исполнение поручения Главы государства народу Казахстана от 19 марта «К конкурентоспособному Казахстану, конкурентоспособной экономике, конкурентоспособной нации».

В Госпрограмме была определена совокупность необходимых экономических, социальных, организационных и других мер, направленных на развитие доступной, качественной и экономически эффективной системы здравоохранения в Республике Казахстан.

В этой связи, Правительством Республики Казахстан было принято решение о внедрении международных стандартов в отрасль здравоохранения. С этой целью был разработан инвестиционный проект «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан» с периодом реализации с 2008 по 2013 годы включительно.

2 февраля 2008 года между Правительством Республики Казахстан и Международным Банком Реконструкции и Развития было подписано Соглашение о займе.

Цель Проекта – внедрение международных стандартов и формирование долгосрочного институционального потенциала в Министерстве здравоохранения Республики Казахстан и соответствующих органах, и организациях здравоохранения в поддержку ключевых реформ в секторе здравоохранения, проводимых Правительством Республики Казахстан в контексте Государственной программы развития системы здравоохранения.

Проект состоит из 7 компонентов:

Компонент А: Финансирование и управление здравоохранением.

Компонент В: Повышение качества услуг здравоохранения.

Компонент С: Реформа медицинского образования и науки.

Компонент D: Развитие информационной системы здравоохранения.

Компонент E: Реформа фармацевтической политики.

Компонент F: Безопасность пищевой продукции в рамках вступления в ВТО.

Компонент G: Управление проектом.

Реализация Проекта основана на передаче передовых технологий от международных организаций и консалтинговых компаний Министерству, другим государственным органам, организациям здравоохранения, а также новым институциональным структурам, созданным в рамках Проекта.

Реализация Проекта начата в 2009 году с поддержкой мероприятий в рамках Единой Национальной системы здравоохранения. В 2012 году, в свете задач, поставленных Главой Государства в Послании народу Казахстана «Социальная модернизация – главный вектор развития Казахстана» и учитывая результаты Среднесрочной оценки проекта, проведенной независимыми экспертами, период реализации Проекта был продлен до 31 декабря 2015 года.

Содержание мероприятий Проекта были полностью синхронизированы с Государственной программой развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.

Реализация Проекта основана на передаче передовых технологий от международных организаций и консалтинговых компаний МЗСР РК, другим государственным органам, организациям здравоохранения, а также новым институциональным структурам, созданным в рамках Проекта.

В рамках компонента А «Модернизация финансирования и управления здравоохранения», внедрена Единая национальная система здравоохранения.

Созданы новые институциональные структуры: Центр экономических исследований, Бюро клиничко-затратных групп, Центр менеджмента, Центр инвестиционного планирования.

Разработаны предложения по внедрению в Республике Казахстан обязательного социального медицинского страхования. Эти рекомендации включены в проекты законов «Об обязательном социальном медицинском страховании» и «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам обязательного социального медицинского страхования» и приняты Парламентом Республики Казахстан.

Внедрены передовые методы оплаты, ориентированные на результат и стимулирующие повышение качества предоставляемых услуг. Разработаны рекомендации по инвестиционному планированию, а также мастер-планы по комплексному инфраструктурному

развитию сети организаций первичной медико-санитарной помощи, лабораторной службы и больниц с учетом бюджетных инвестиций и государственно-частного партнерства. Разработаны предложения в проект нового закона «О государственно-частном партнерстве».

Проводится интенсивное обучение менеджеров здравоохранения для повышения эффективности и качества управления медицинскими организациями. Разработаны новые квалификационные стандарты для менеджеров на основе Британских профессиональных стандартов.

Повышение качества услуг здравоохранения (компонент В).

В этом направлении разработана и внедрена национальная система аккредитации медицинских организаций как составная часть национальной стратегии по улучшению качества медицинских услуг. Основная цель аккредитации – это обеспечение гарантии качества и безопасности медицинских услуг, повышение конкуренции между медицинскими организациями государственного и негосударственного сектора здравоохранения.

Казахстанская система аккредитации признана на мировом уровне Международным обществом по качеству (ISQua).

Разработаны и утверждены стандарты аккредитации банков крови, скорой помощи, организаций восстановительного лечения, подготовлен потенциал экспертов по проведению аккредитации, в т.ч. лабораторий. Подготовлены базы для создания референс-лаборатории и экспертных лабораторий в регионах. Создана система внешней оценки качества в службе крови.

Созданы новые институциональные структуры: Центр аккредитации, Центр стандартизации здравоохранения, которые стали действующими членами международных агентств в области качества ISQua, GIN, HTAi, INAHTA, ISPOR.

В Казахстане создана система разработки и пересмотра клинических руководств и протоколов, разработано и пересмотрено около 700 протоколов диагностики и лечения, основанных на доказательной медицине. Эта

работа продолжается на регулярной основе.

Заложены основы национальной системы оценки медицинских технологий, позволяющих внедрять в практику методы лечения, имеющие доказанный клинический и экономический эффект. За годы реализации Проекта были проведены 14 полных ОМТ, проведено более 1000 мини-ОМТ (экспертизы МТ, ЛС, ИМН, ВСМП), благодаря которым, в ГОБМП были включены различные виды коронарных стентов, некоторые методики экстракорпорального оплодотворения, имплантация искусственного левого желудочка и другие.

Новым направлением медицинской помощи является формирование партнерства между медицинскими работниками и пациентами с хроническими заболеваниями для более эффективного управления здоровьем. В 2013 году началось пилотное внедрение Программ управления заболеваниями, в которых приняли участие около 1 200 жителей Северо-Казахстанской и Павлодарской областей, страдающих хроническими заболеваниями (артериальная гипертензия, сахарный диабет, хроническая сердечная недостаточность). За 2009-2015 годы обучено около 8 000 специалистов по вопросам качества медицинской помощи.

В рамках по модернизации медицинского образования и науки (Компонент С).

Приняты Концепция развития медицинского и фармацевтического образования Республики Казахстан на 2011-2015 годы; Комплексный план развития кадровых ресурсов здравоохранения на 2013-2016 годы; Комплексный план развития сестринского дела Республики Казахстан до 2020 года; и Концепция развития медицинской науки до 2020 года.

Прошли институциональную аккредитацию 6 медицинских ВУЗов РК и включены во Всемирную базу данных «Директории Авиценны» ВОЗ/ВФМО.

Создана Обсерватория кадровых ресурсов здравоохранения.

Создана национальная сеть центров по оценке знаний и навыков, где проводятся квалификационные экзамены для специалистов

здравоохранения. Впервые в истории отрасли экзамены работающих врачей проводятся на основе оценки практических навыков.

Переработаны Государственные стандарты образования по отдельным медицинским и фармацевтическим специальностям, стандарты по магистратуре, докторантуре и резидентуре.

Разработаны образовательные программы «Общая медицина» и «Общая врачебная практика» (резидентура), ориентированные на компетентностном подходе.

Разработана и внедрена образовательная программа прикладного бакалавриата по специальности «Сестринское дело» в шести пилотных медицинских колледжах Республики Казахстан

Создана независимая система научно-медицинской экспертизы с целью оценки научной обоснованности, возможности реализации, предполагаемой эффективности и результативности программ, а также оценки значимости полученных результатов (на стадиях выполнения, завершения и внедрения).

В части развития информационной системы здравоохранения (компонент D).

При участии международных консультантов и экспертов Всемирного Банка разработана и в 2013 году одобрена Правительством Республики Казахстан принципиально новая Концепция развития электронного здравоохранения Республики Казахстан на 2013-2020 годы.

Разработаны и утверждены 18 стандартов электронного здравоохранения, проведена учетная регистрация на территории РК 2-х международных стандартов;

Созданы новые институциональные структуры: Центр информатизации здравоохранения, Отдел стандартизации электронного здравоохранения;

Сформирована ИТ-инфраструктура (серверы, компьютеры, принтеры, локальные сети) в медицинских организациях, трех регионах страны: в г. Астана, Акмолинской и Карагандинской областях.

На всей территории страны внедрены 20 программных продуктов, работающих по принципу веб-портала и обеспечивающие

практическую реализацию принципов свободного выбора пациентом медицинской организации, внедрения новых методов финансирования и контроля качества, управления системой предоставления медицинской помощи.

Большое внимание уделялось лекарственной политике по обеспечению (компонент Е).

Процесс формирования Республиканского лекарственного формуляра начал развитие в новом направлении используя модель и опыт формирования по международно-признанной практике (опыт Британского национального формуляра), для обеспечения ГОБМП и базу для формирования собственных формуляров медицинских организаций.

Пересмотрен Республиканский формуляр с выведением из него устаревших лекарственных средств и лекарственных средств, по которым отсутствует информация об эффективности из международно-признанных источников. Создана редакторская группа Казахстанского национального лекарственного формуляра.

С участием международных экспертов разработана Стратегия развития системы амбулаторного лекарственного обеспечения до 2020 года, индикаторы оценки системы амбулаторного лекарственного обеспечения. Это позволит внедрить в стране оптимизированные механизмы амбулаторного лекарственного обеспечения, включая планирование, финансирование и возмещение расходов на лекарственные средства.

Одним из важных направлений является рациональное использование лекарств. Пациенты должны получать лекарства в соответствии с их клиническими потребностями, в дозах, соответствующих их индивидуальным особенностям, в течение адекватного периода времени, и по приемлемой цене для пациентов и общества.

В 2010-2011 годах созданы лекарственные информационные центры во всех 16 регионах страны, которые начали информировать население и медицинских работников через СМИ, Call-центры о правильном применении лекарственных средств, снабжать медицин-

ских работников современной информацией о безопасности и эффективности лекарственных средств.

Обеспечение качества лекарственных средств является одним из факторов национальной безопасности. В этом направлении проведено оснащение современным лабораторным оборудованием Испытательного центра РГП «Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники», а также подготовка специалистов лаборатории. Испытательный центр прошел полную аккредитацию по стандарту ISO 17025.

По итогам международного аудита проведенного аудиторами Сети официальных лабораторий контроля качества лекарственных средств (OMCL) Европейского директората по качеству лекарственных средств и здравоохранения (EDQM) физико-химическая лаборатория Испытательного центра прошла полную аккредитацию и стала ассоциированным членом Сети OMCL/EDQM.

Проект оказал активное содействие вступлению Казахстана во Всемирную Торговую Организацию (компонент F: Безопасность пищевой продукции в рамках вступления в ВТО).

Республика Казахстан одна из первых государств, принявших специальный Закон по пищевой безопасности. Обеспечено участие Казахстана в Codex Alimentarius и других международных организациях.

Проведена большая работа по усилению системы контроля пищевой безопасности. Разработаны технические регламенты Таможенного Союза по вопросам пищевой безопасности, соответствующие международным требованиям, в т.ч. Codex Alimentarius.

Разработаны предложения по гармонизации 26 национальных технических регламентов и 25 СанПИН с требованиями ВТО, FAO, Codex Alimentarius.

Проведена гармонизация стандартов по показателям безопасности пищевой продукции в соответствии с международными требованиями.

Проведена подготовительная работа для внедрения принципов HACCP. Создан

Центрально-Азиатский обучающий центр ХАССП. Создан Межведомственный координационный совет Кодекс Алиментариус.

Проведено материально-техническое оснащение 11 центров санитарно-эпидемиологической экспертизы современным лабораторным и специальным оборудованием и диагностическими тестами.

Результаты работы позволили повысить качество и расширить перечень проводимых исследований, обеспечить внешний контроль деятельности региональных пищевых лабораторий.

Масштаб реализованного Проекта показывает его высокую социальную зна-

чимость. Многие мероприятия имеют положительный мультипликативный эффект на экономику страны, способствуют развитию конкурентной среды, внедрению рыночных механизмов в сектор здравоохранения, способствуют развитию малого и среднего бизнеса, привлечению инвестиций.

По итогам реализации компонентов Проекта можно сказать, что в системе здравоохранения Казахстана создана эффективная институциональная система управления, финансирования, и обеспечения качества в отрасли, а также сформирован высокопрофессиональный кадровый потенциал.

Источники:

Отчеты координаторов Проекта «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан».

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Байгенжин А.К.

Председатель Правления АО "Национальный научный медицинский центр"

д.м.н., профессор

Исмаилов Ж.К.

Генеральный директор РГП «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения и социального развития РК, д.м.н., академик, профессор.

Ахметниязова Л.М.

Заместитель директора Департамента стратегического развития

Министерства здравоохранения и социального развития РК

Исатаева Н.М.

Заместитель генерального директора РГП «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения и социального развития РК, к.м.н.

В соответствии с Концепцией по вхождению Казахстана в число 30-ти самых развитых государств мира для того чтобы войти в группу развитых стран, Казахстану предстоит совершить рывок в развитии. Необходимо сформировать модель поэтапного перехода к вторичной модернизации и построения наукоемкой экономики. Модель долгосрочного развития должна учитывать мировые тенденции, ключевые приоритеты национального развития и предложить варианты стратегий социально-экономической модернизации Казахстана

до 2050 года.

В этой связи и перед системой здравоохранения стоит ряд вызовов времени, необходимо дальнейшее решение накопившихся на данном этапе проблем, решение которых планируется в рамках очередной Государственной программы развития здравоохранения «Денсаулық» на 2016-2019 годы (далее – Программа).

В свете рассматриваемых глобальных вызовов в системе здравоохранения определены основные системные риски:

- рост ожидаемой продолжительности

жизни и изменение половозрастного состава населения, а также рост числа неинфекционных заболеваний приведут к росту потребления медицинской помощи;

- рост затрат на здравоохранение за счет интенсивного внедрения новых дорогостоящих технологий и значительных инвестиционных затрат государства;

- рост дефицита государственного бюджета вследствие экономической ситуации, а также отсутствие гибкости при перераспределении средств между регионами и уровнями здравоохранения;

- неэффективность здравоохранения – недостижение конечных результатов в результате недостаточного уровня развития системы менеджмента в здравоохранении, недофинансирования трудовых затрат человеческих ресурсов, а также неэффективного, нецелевого и противозаконного использования средств.

Основами для разработки Программы послужили Стратегия «КАЗАХСТАН-2050» и ПЛАН НАЦИЙ – 100 конкретных шагов по реализации 5-ти институциональных реформ.

С учетом глобальных вызовов и поручений Главы государства системой здравоохранения поставлены три стратегические задачи:

1) увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения до 73 лет к 2020 году;

2) повышение доступности и качества медицинских услуг;

3) улучшение системы финансирования и управления в здравоохранении.

На основе выше изложенного глобальной целью Программы определено: Укрепление здоровья населения для обеспечения устойчивого социально-экономического развития страны.

Для достижения поставленной цели будут решены следующие задачи:

1. Развитие системы общественного здравоохранения.

2. Совершенствование профилактики и управления заболеваниями.

3. Повышение эффективности управления и финансирования системы здравоохранения.

4. Обеспечение рационального использования ресурсов и оптимизации инфраструктуры.

Согласно оценкам специалистов, здоровье людей зависит на 49-53 % именно от образа жизни, на 17-20 % – от внешней среды, на 18-22 % – генетикой и лишь на 8-10 % – от здравоохранения.

Опыт стран ОЭСР показывает, что наиболее эффективной мерой охраны здоровья населения является функционирование в стране службы общественного здравоохранения с деятельностью, направленной на укрепление здоровья граждан, профилактику болезней и эпидемиологический надзор, оценку состояния здоровья.

Политика формирования и укрепления общественного здоровья населения страны основана на стратегии ВОЗ «Здоровье-2020» и направлена на решение задач по созданию оптимальных условий для формирования и сохранения здоровья населения, сокращение неравенств в здравоохранении внутри страны и между Казахстаном и другими странами.

Реализация задач по вопросам охраны общественного здоровья будет продолжаться через механизм межсекторального и межведомственного взаимодействия по пропаганде выбора здорового образа жизни, по обеспечению наиболее легкого и доступного выбора медицинской помощи.

Для решения задач будут внедрены эффективные методы планирования, финансирования, механизмы взаимодействия с населением, организованными коллективами, образовательными учреждениями, сформируется система ответственности министерств за показатели деятельности по охране здоровья, интеграция деятельности служб общественного, первичного здравоохранения и социальной защиты.

Межсекторальное взаимодействие будет нацелено на создание оптимальных условий для формирования и сохранения здоровья населения.

В соответствии с международными стандартами, межсекторальное взаимодействие различных государственных и общественных институтов будет предусматривать комплексные меры по снижению влияния факторов риска возникновения заболеваний.

Приоритетными направлениями программы будут мероприятия по приоритизации первичной медико-санитарной помощи (далее

– ПМСП) и интеграция медицинских служб на основе регионализации.

ПМСП станет центральным звеном в системе организации оказания медицинской помощи населению с изменением ее взаимодействия и интеграции со всеми уровнями здравоохранения: горизонтальными (амбулаторно-поликлинические) и вертикальными (психиатрическая, наркологическая, противотуберкулезная, онкологическая и др.) профильными службами.

Будет расширена медицинская помощь на уровне ПМСП с поэтапным увеличением перечня лекарственных средств для бесплатного амбулаторного лечения.

Плановая специализированная помощь будет зависеть от потребности населения, прикрепленного к ПМСП, получают развитие службы реабилитации и длительного ухода, в том числе с привлечением частного сектора.

Продолжится совершенствование и внедрение стандартов организации оказания медицинской помощи, клинических протоколов, основанных на доказательной медицине, научных разработках.

При этом развитие ПМСП будет основано на трех принципах:

- 1) доступность – развитие первичной сети на основе расширения участия частного сектора (поддержка малого и среднего бизнеса, государственно-частное партнерство, приватизация);
- 2) универсальность – дальнейший переход к семейному принципу обслуживания ВОП с приоритетом охраны материнства и детства, развитием ментальной медицины и обеспечением социальной защиты населения;
- 3) социальная ориентированность будет обеспечиваться за счет интеграции работы ПМСП, служб социальной защиты и общественного здравоохранения, активного вовлечения специалистов первичного звена в мероприятия в рамках межсекторального взаимодействия по охране здоровья населения.

Соответственно, ПМСП будет рассматриваться как служба первичной медико-социальной помощи, включающая предоставление комплексных медицинских и социальных услуг с привлечением психологов, социальных работников, медицинских сестер, фельдшеров, акушерок и вспомогательного персонала. Во взаимодействии с органами социальной защиты

будет обеспечена социальная и психологическая поддержка и мультипрофильный патронаж.

С целью снижения общей смертности и роста ожидаемой продолжительности жизни в краткосрочной и среднесрочной перспективе и обеспечения интегрированного подхода в оказании медицинской помощи будет разработана и внедрена программная (кластерная) модель организации здравоохранения, охватывающая и интегрирующая все уровни оказания медицинской помощи, по следующим направлениям:

- острый инфаркт миокарда;
- острое нарушение мозгового кровообращения (инсульт);
- злокачественные новообразования;
- травмы;
- беременность и родовспоможение.

Приоритизация ПМСП и интеграция медицинских служб будет проводиться на основе регионализации.

Регионализация медицинской помощи предполагает разделение медицинских организаций на 3 уровня оказания медицинской помощи в зависимости от обеспеченности кадрами, технической оснащенности и сложности оказываемой помощи, что повысит качество оказываемой помощи и эффективность ее организации за счет структуризации действующей сети, рационального использования ресурсов, пересмотра тарифов на оказание услуг на каждом уровне и, соответственно, позволит сократить затраты на оказание услуг специализированной медицинской помощи.

Предлагается обеспечить регионализацию по 5 видам нозологических групп на локальном, координационном и национальном уровнях.

Горизонтальная интеграция позволит повысить преемственность, полноту и качество услуг (например, слияние районной больницы и поликлиники, слияние узкопрофильных клиник с многопрофильными).

Вертикальная интеграция позволит повысить управляемость и эффективность (например, слияние областных и районных противотуберкулезных диспансеров).

Будет оптимизирована система управления и ресурсная база (кадры, материальные активы и пр.), что позволит снизить затраты и себестоимость услуг.

Ожидаемые результаты приоритизации

ПМСП и интеграции медицинских служб на основе регионализации: 1) оптимизация расходов; 2) снижение смертности на 10% от 5 причин, которое позволит снизить общий коэффициент смертности на 4,6%, снизить смертность экономически активного населения, увеличить ожидаемую продолжительность жизни на 0,93 года.

Совершенствование управления на уровне медицинских организаций будет направлено на стимулирование конкуренции между ними и развитие института профессиональных менеджеров.

Дальнейшее реформирование инфраструктуры здравоохранения будет основано на формировании сети, гибко реагирующей на потребности населения в доступных и качественных медицинских услугах.

Развитие эффективных форм управления медицинскими организациями и инфраструктуры здравоохранения будет проводиться на основе наилучшего международного опыта с учетом глобализации рынков медицинской индустрии, интеграции Казахстана в региональные и глобальные экономические союзы (Шанхайская организация сотрудничества, Евразийский экономический союз и др.).

Будет продолжено внедрение принципов корпоративного управления с созданием Наблюдательных советов в государственных организациях здравоохранения, акционирование – с созданием Советов директоров и приватизации. При этом приватизация медицинских организаций будет одним из конечных этапов доверительного управления, а также будет являться одним из инструментов создания конкурентной среды в оказании медицинских услуг (в том числе ГОБМП). Основным объектом для передачи в доверительное управление или приватизацию станет ПМСП.

Приватизация станет основой расширения участия частного сектора в оказании ГОБМП.

Обеспечение качества медицинской помощи будет основано на переходе от системы контроля к управлению качеством, сбалансированности и независимости существующих компонентов управления качеством.

Основой для эффективного повышения качества и безопасности медицинской помощи станет система управления качеством на основе стандартизации всех производственных про-

цессов в медицинских организациях. Для этого будут разрабатываться и внедряться национальные протоколы профилактики, диагностики, лечения заболеваний и реабилитации пациентов, основанные на доказательной медицине, международных клинических руководствах и научных разработках.

Новым институциональным механизмом по повышению качества медицинских услуг станет создание консультативно-совещательного органа при МЗСР – Объединенной комиссии по качеству медицинских услуг, как площадки для выработки рекомендаций по вопросам совершенствования клинических протоколов, стандартов медицинского образования, лекарственного обеспечения, стандартов системы контроля качества и доступности услуг в сфере здравоохранения.

Обязательная сертификация медицинских работников будет преобразована в систему обязательного лицензирования на основе независимой оценки их знаний и навыков.

Современные информационно-коммуникационные технологии будут внедрены в рамках развития электронного здравоохранения в соответствии с утвержденной Концепцией развития электронного здравоохранения Республики Казахстан. Фокусом электронного здравоохранения будет формирование единого информационного пространства здравоохранения, в рамках которого все заинтересованные стороны, включая пациента, имеют доступ к необходимой информации.

Будет внедрен Электронный паспорт здоровья (ЭПЗ), сформировано единое хранилище аналитических данных здравоохранения, интеграционная шина, инструменты ведения единых классификаторов, справочников и регистров.

Повышение эффективности управления человеческими ресурсами в здравоохранении будет направлено на стратегическое управление человеческими ресурсами, модернизацию медицинского и фармацевтического образования, развитие инноваций и медицинской науки.

Будет совершенствоваться система определения потребности, учёта и планирования кадровых ресурсов здравоохранения, улучшаться эффективность и доступность кадровых ресурсов здравоохранения, развиваться система независимой оценки знаний и навыков.

Будет модернизирована система подготовки и НПП кадров здравоохранения через повышение качества базового образования и постдипломной подготовки на основе Национальной рамки квалификаций.

Будет развиваться сестринская служба и система сестринского образования путем внедрения новой системы подготовки специалистов сестринского дела по пересмотренным компетенциям медицинских сестер в качестве равноправного партнера врача на всех уровнях системы здравоохранения.

Дальнейшее совершенствование механизмов лекарственного обеспечения предусматривает меры, направленные на обеспечение доступности, эффективности, качества и безопасности лекарственных средств и их рациональное использование.

Создание пациентоориентированной модели лекарственного обеспечения на основе доказательной медицины и международного опыта по организации непрерывности лечения и обеспечению каждого пациента необходимыми лекарственными средствами с учетом индивидуальных, возрастных особенностей организма и преемственности уровней оказания медицинской помощи.

Совершенствование финансирования медицинской помощи будет основано на внедрении системы обязательного социального медицинского страхования. Основные меры будут направлены на диверсификацию источников финансирования путем вовлечения всех социальных партнеров (государство, работодатели и граждане), обеспечение сбалансированности и финансовой устойчивости обязательного социального медицинского страхования, а также создание высокоэффективной системы управления здравоохранением.

Основой эффективной деятельности ОСМС станет внедрение принципов солидарной ответственности и повышение ответственности поставщиков услуг через контрактирование.

Ожидаемые результаты реализации мероприятий Программы:

ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ:

- улучшение здоровья, увеличение продолжительности жизни;
- повышение доступности качественной медицинской помощи;
- система здравоохранения, способная отвечать потребностям населения;
- расширение амбулаторно-лекарственного обеспечения;
- снижение уровня неформальных платежей на здравоохранение;

ДЛЯ ГОСУДАРСТВА:

- универсальный/всеобщий охват медицинской помощью;
- солидарная ответственность граждан;
- устойчивая система здравоохранения, позволяющая сбалансировать объемы потребления;
- совершенствование рыночных механизмов здравоохранения;
- стимулы для развития частного здравоохранения и индустрии здравоохранения (дополнительные рабочие места и технологии);
- повышение эффективности использования ресурсов;
- подотчетность перед обществом по использованию ресурсов;

ДЛЯ ПОСТАВЩИКОВ:

- стабильность финансирования в соответствии с эффективностью деятельности;
- стимуляция к внедрению новых корпоративных методов управления и менеджмента;
- совершенствование системы оплаты труда: возможность получать конкурентоспособную заработную плату;
- внедрение новых медицинских технологий, ориентированность на конечный результат;
- своевременное обновление основных средств;
- развитие информационных технологий.

ТЕКУЩАЯ СИТУАЦИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Исмаилов Ж.К.

*Генеральный директор РГП «Республиканский центр развития здравоохранения»
Министерства здравоохранения и социального развития РК, д.м.н., академик, профессор*

Сыздыкова А.А.

*Директор Департамента науки и человеческих ресурсов
Министерства здравоохранения и социального развития РК*

Исатаева Н.М.

*Заместитель генерального директора
РГП «Республиканский центр развития здравоохранения»
Министерства здравоохранения и социального развития РК, к.м.н.*

Байсеркин Б.С.

Главный врач ГККП «Центр по профилактике и борьбе со СПИД» акимата г.Астаны

Тлемисова В.Б.

*Начальник Управления стратегических исследований
РГП «Республиканский центр развития здравоохранения»
Министерства здравоохранения и социального развития РК*

Для достижения стратегической цели, поставленной Главой государства Н.А. Назарбаевым в Послании народу Казахстана от 14 декабря 2012 года «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства» по дальнейшему развитию страны и вхождению в число 30 наиболее развитых стран мира к 2050 году поставлена задача преодолеть разрыв в развитии между странами Организации экономического сотрудничества и развития (далее – ОЭСР) и Казахстаном.

В этой связи государство должно эффективно обеспечить поддержание высокого уровня здоровья и продолжительности жизни граждан на основе развития социально-ориентированной национальной системы здравоохранения с соблюдением принципов всеобщего охвата населения, социальной справедливости, обеспечения качественной медицинской помощью и солидарной ответственности за здоровье в соответствии с ключевыми принципами стратегии по-

литики Всемирной организации здравоохранения «Здоровье-2020». Именно на эти глобальные цели направлены мероприятия программ здравоохранения.

В ходе реализации предыдущих государственных программ был укреплен потенциал системы здравоохранения Казахстана, внедрены элементы рыночных механизмов и осуществлен трансферт современных медицинских технологий.

За период реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы (далее – Госпрограмма «Саламатты Қазақстан») отмечены:

увеличение численности населения в республике до 17 417,7 тыс. человек (на 01.01.2015 года) с ежегодным темпом прироста населения на 1,24%;

рост ожидаемой продолжительности жизни до 71,62 лет (2010 год – 68,41 лет);
снижение общей смертности населения поч-

ти на 15,3% (2010 год – 8,94 на 1000 населения, 2014 год – 7,57);

увеличение рождаемости на 2,6% (2010 год – 22,54 на 1000 населения, 2014 год – 23,13);

снижение материнской смертности в 1,9 раза (2010 год – 22,7 на 100 000 родившихся, 2014 год – 11,7);

снижение младенческой смертности в 1,7 раза (2010 год – 16,58 на 1000 родившихся живыми, 2014 год – 9,72);

снижение заболеваемости населения туберкулезом на 30,3% (2010 год – 95,3 на 100 000 населения, 2014 год – 66,4) и смертности более чем в 2 раза (2010 год – 10,6 на 1000 населения, 2014 год – 4,9);

удержание распространенности вируса иммунодефицита человека (далее – ВИЧ)/синдрома приобретенного иммунодефицита (далее – СПИД) на концентрированной стадии (2014 год – 0,2).

Снижение показателей материнской, младенческой и детской смертности по подтверждению Межведомственной группы агентств Организации объединенных наций (далее – ООН) позволило Казахстану достичь 4 и 5 (детская и материнская смертность) Целей Развития Тысячелетия.

В республике отмечается стабильная эпидемиологическая ситуация по большинству инфекционных болезней. Достигнут 95% охват иммунизацией против 11 вакциноуправляемых инфекций всего подлежащего детского населения. В 2012 году ВОЗ ресертифицировал Казахстан страной, свободной от полиомиелита и малярии.

Предпринимаемые усилия позволили сдержать эпидемию ВИЧ-инфекции в Республике Казахстан на концентрированной стадии. В ГИК по показателю «Распространенность ВИЧ в возрастной группе 15-49 лет» Казахстан вошел в группу стран с низким показателем, занимающих 1 место.

Несмотря на позитивную динамику показателей здоровья населения, ожидаемая продолжительность жизни казахстанцев почти на 10 лет меньше, чем в странах-чле-

нах ОЭСР. Сохраняется значительная разница между ожидаемой продолжительностью жизни мужчин и женщин (2014 год – 8,82 года), смертность у мужчин в трудоспособном возрасте на 24% выше, чем у женщин.

В структуре общей смертности ведущими причинами остаются болезни системы кровообращения (22,3%), смертность от злокачественных новообразований (12,1%) и смертность от несчастных случаев, травм и отравлений (11,3%).

Среди причин бремени хронических заболеваний в 87,5% являются 4 фактора риска (высокое артериальное давление, уровень холестерина, табакокурение и употребление алкоголя). По результатам 5-го национального исследования (2012 год) 31,2% взрослых имеют избыточную массу тела или ожирение.

Несмотря на значительное снижение заболеваемости и смертности от туберкулеза (снижение заболеваемости более чем на 9% ежегодно, смертности – более чем в 2 раза за 5 лет), по данным 2014 года Казахстан среди 18 стран Европейского региона с высоким уровнем распространенности туберкулеза занимает 7 место, по уровню первичного устойчивого туберкулеза – 2-ое, а в ГИК по распространенности туберкулеза – 102 место.

В период реализации Госпрограммы «Саламатты Қазақстан» проведена определенная работа по формированию единой национальной политики по вопросам охраны здоровья через усиление межсекторального и межведомственного взаимодействия по вопросам обеспечения питьевой водой и канализованию, питанию школьников, привитию навыков ведения здорового образа жизни, сокращению смертности от ДТП и травматизма, борьбе против употребления табака, алкоголя и наркотиков и другие.

В то же время мероприятия по своевременности выполнения обязательств участниками межведомственного и межсекторального взаимодействия малоэффективны, недостаточна координирующая роль

Национального координационного совета, отсутствует эффективное взаимодействие секторов на первичном уровне. Недостаточно внимания уделяется управлению детерминантами причин неинфекционных заболеваний.

В целях усиления профилактической направленности на уровне первичного звена в 2011 году:

внедрена Национальная скрининговая программа по 11 видам заболеваний; проведено выравнивание между регионами финансирования первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП) с увеличением тарифа в расчете на 1 жителя (с 169 до 486 тенге), с 2014 года внедрен комплексный подушевой норматив (далее – КПН) со стимулирующим компонентом (частичное фондодержание);

в организации ПМСП введены новые должности – социальные работники, психологи, вторая и третья медицинская сестра с соответствующим дополнительным финансированием;

создан институт социальных работников (к концу 2014 года на 10 тысяч населения приходится 1,2);

увеличилось количество врачей общей практики (далее – ВОП) на 30%.

В результате финансирование ПМСП увеличилось до 28% (2010 год – 23,4%) в общем объеме финансирования гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП).

Система КПН из единой республиканской бюджетной программы позволила ликвидировать неравенство и обеспечить справедливое распределение ГОБМП на амбулаторном уровне. Предусмотренный в КПН стимулирующий компонент подушевого норматива (далее – СКПН) (100 тенге на 1 жителя) при достижении конечных результатов и целевых показателей здоровья стал основой дифференцированной оплаты труда для медицинского персонала.

Благодаря принятым мерам отмечается снижение темпа роста спроса на стационарные услуги, более дифференцированное направление пациентов на дополнительные обследования и консультации.

Однако приоритет ПМСП в части финансирования не достигнут. Это наглядно видно по сравнительным данным с зарубежными странами. Объем финансирования ПМСП составил в Казахстане 95 долларов США, Эстонии – 231, Словении – 369, ОЭСР – 558. Наблюдается медленный темп перехода организаций ПМСП на принцип семейной медицины. Не в полной мере обеспечена мотивация для формирования службы ВОП. Не разработаны механизмы экономической мотивации управления состоянием здоровья прикрепленного населения на уровне ПМСП, недостаточна работа по информированию населения о новой модели с более широкими компетенциями и функционалом ВОП.

Интеграция ПМСП и вертикальных профильных служб (туберкулез, онкология, ВИЧ/СПИД и др.) также не достаточна. Требуют решения вопросы улучшения преемственности между амбулаторно-поликлиническим, стационарным уровнем и службой скорой медицинской помощи. Сохраняется перепотребление консультативно-диагностических услуг. Не достаточно используется для этих целей потенциал стационаров, что вызывает неудовлетворенность населения в доступности и качестве медицинских услуг.

С внедрением Единой национальной системы здравоохранения (далее – ЕНСЗ) на стационарном уровне проведена консолидация средств ГОБМП на уровне республиканского бюджета, уменьшив разницу в финансировании между регионами, внедрен принцип «деньги следуют за пациентом», финансирование по клинико-затратным группам (далее – КЗГ). Это способствовало интенсификации в использовании ресурсов стационара и развитию стационарозамещающих технологий, внедрению и развитию высоких медицинских технологий в регионах (средняя длительность пребывания в

стационаре сократилась на 27%, количество пролеченных больных в условиях дневного стационара увеличилось на 23,5% по сравнению с 2010 годом, количество кардиохирургических вмешательств возросло с 7000 до 85000 в год).

Свободный выбор стационара при плановой госпитализации реализован через единый Портал Бюро госпитализации.

Однако, несмотря на сокращение конечного фонда на 14 тыс. единиц, в Республике Казахстан показатели обеспеченности больничными койками выше, чем в странах ОЭСР на 20%, более продолжительная средняя длительность пребывания в стационаре (9,5 койко-дней (2014 год) против 6,0 в странах ОЭСР), не достаточна дифференциация коечного фонда по уровню интенсивности лечения, что создает финансовую нагрузку на бюджет здравоохранения: на долю стационаров приходится более 60% бюджета системы здравоохранения.

Результатом недостаточного уровня дифференциации, нехватки коек восстановительного лечения, реабилитации и длительного ухода стала низкая эффективность их работы. Не развиты стационары на дому и патронажная служба. Свыше 20% госпитализированных больных могли получить лечение на амбулаторном уровне.

Наиболее распространенные группы заболеваний (острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения (инсульт), злокачественные новообразования, травмы, родовспоможение) являются наиболее частыми причинами госпитализации и смертности. При этом отсутствует взаимодействие и интеграция на всех уровнях маршрута пациента, основанные на единых алгоритмах действий.

В рамках внедрения ЕНСЗ формируется конкурентная среда среди поставщиков частной и государственной формы собственности медицинских услуг с обеспечением равных условий при оказании ГОБМП. Доля частных поставщиков услуг ГОБМП возросла с 12% в 2010 году до 27,4% в 2014 году.

Государственные медицинские организации расширили самостоятельность путем перехода в статус организаций на праве хозяйственного ведения (далее – ПХВ) с наблюдательными советами. Внедрены новые методы оплаты, ориентированные на конечный результат в амбулаторном и стационарном секторе, в онкологической службе и медицинских организациях села – глобальный бюджет.

Объем финансирования отрасли вырос в 1,5 раза: с 568,9 млрд. тенге в 2010 году до 870,7 млрд. тенге в 2014 году.

Вместе с тем, анализ макроэкономических показателей выявил существенное отставание размеров бюджетных инвестиций в здравоохранение в Казахстане от уровня развитых стран. Доля общих расходов на здравоохранение во Внутреннем валовом продукте (далее – ВВП) в Казахстане – 3,6%, ОЭСР – 9,4%.

В целом государственные расходы на здравоохранение на душу населения в Казахстане в 9 раз ниже, чем в странах ОЭСР (Казахстан – 268 долл. США; ОЭСР – 2414).

Вследствие недостаточного финансирования здравоохранения в Казахстане сохраняется высокий уровень частных расходов на получение медицинской помощи (РК – 35,4%, ОЭСР – 19,6%, ЕС – 16,3%). По данным ВОЗ уровень расходов населения свыше 20% является признаком низкой финансовой устойчивости системы здравоохранения и характеризует повышенный риск для населения, связанный с приближением их к черте бедности вследствие болезней, которые, в свою очередь, могут затронуть все сферы (способность получать образование, экономическую продуктивность, уменьшение спроса на медицинские услуги), а также привести к ухудшению здоровья и демографических показателей.

Кроме того, действующие механизмы финансирования в системе здравоохранения недостаточно эффективны, не совершенна тарифная политика, не решены вопросы финансирования обновления основных

средств. Требуют дальнейшего совершенствования механизмы эффективности использования средств ГОБМП. Так, отмечается низкая эффективность Национальной скрининговой программы (выявляемость составляет 3,4% среди взрослого населения, 16,4% – среди детского), эффективность скринингов не мониторируется на основе рекомендаций по эффективности раннего обнаружения раковых опухолей и их успешному лечению.

Существующая система финансирования ГОБМП не реализует принцип солидарной ответственности государства, работодателя и гражданина.

С учетом появления новых технологий современная медицина становится все более ресурсоемкой.

Продолжается работа по стандартизации в соответствии с международными требованиями: совершенствуются протоколы диагностики и лечения, алгоритмы, стандарты профильных служб.

Последовательно начали внедряться компоненты управления качеством: система аккредитации медицинских организаций, внутренний аудит, независимая оценка знаний и навыков.

Вместе с тем, управление качеством медицинских услуг основано на системе контроля, а не управлении качеством, не завершен процесс стандартизации в здравоохранении, не привлекаются общественные организации и профессиональные сообщества в процесс управления качеством. Система сертификации медицинских работников слабо мотивирует обеспечение качества медицинских услуг. Не развит процесс доаккредитационной подготовки медицинских организаций.

В системе здравоохранения с учетом всех ведомств в настоящее время работает более 68,8 тысячи врачей (2014 год – 39,5 на 10 тыс. населения, ОЭСР – 42,0) и более 160 тысяч средних медицинских работников (2014 год – 91,9 на 10 тыс. населения).

В структуре врачебных кадров доля

врачей с квалификационной категорией составила 46,5%, при этом доля категорированных врачей среди городского персонала выше, чем сельского (город – 48,0%, село – 39,3%).

Доля врачей предпенсионного и пенсионного возраста составила 22,7%, что наиболее выражено в сельских районах.

В Казахстане наблюдается дисбаланс в кадровом обеспечении между уровнями оказания медицинской помощи (дефицит на уровне ПМСП и села, профицит – на уровне стационара). В среднем 1 врач ПМСП обслуживает около 2200 прикрепленного населения, тогда как в странах ОЭСР нагрузка на него значительно ниже – менее 1500 человек. Имеется недостаток средних медицинских работников на уровне ПМСП (1,1 медсестры на 1 участкового врача при оптимальном соотношении 2-3).

Несмотря на внедрение СКПН, соотношение средней заработной платы ВОП в Казахстане к среднемесячной заработной плате в экономике составляет 1,1. Данный показатель в Великобритании – 1,9; Турции – 2,0; Словении – 2,5; Венгрии – 1,4; Эстонии – 1,7.

Отмечается дефицит кадров санитарно-эпидемиологического профиля, что объясняется сокращением объема государственного заказа в медицинских ВУЗах по специальности «Санитария, гигиена, эпидемиология», отсутствием государственной поддержки молодым специалистам, а также несовершенством учебных программ, в части подготовки к поступлению на государственную службу (изучения законодательства). В настоящее время укомплектованность врачами санитарно-эпидемиологического профиля составляет 68% с дефицитом более 1300 человек.

В период реализации Госпрограммы «Саламатты Қазақстан» проводилась планомерная работа по повышению потенциала медицинских и научных кадров: внедрены принципы накопительной системы непрерывного профессионального развития (да-

лее – НПР); созданы симуляционные образовательные центры; внедрена система независимой оценки квалификации специалистов.

Увеличен госзаказ на подготовку в магистратуре со 150 в 2012 году до 300 мест, в докторантуру PhD – с 30 до 100.

В целях обеспечения качества медицинского образования с 2012 года в Республике Казахстан внедряется процедура аккредитации образовательных организаций (институциональная аккредитация) и образовательных программ (специализированная аккредитация), независимая экзаменация выпускников. Институциональную аккредитацию к настоящему времени получили 6 медицинских ВУЗов, начала внедряться процедура аккредитации медицинских колледжей. С 2014 года началась специализированная аккредитация программ высшего образования.

При обучении казахстанских специалистов высоким технологиям акцент сделан на обучение внутри страны. Повышена квалификация более 93 тысячи медицинских кадров, за рубежом – 804.

Однако остается низкой практическая направленность подготовки кадров, несовершенство образовательных программ, особенно по направлениям клиническая фармакология, менеджмент, экономика.

Конкурентоспособность научных исследований низкая, неудовлетворительна их практическая значимость, недостаточное финансирование прикладных научных исследований в области здравоохранения (РК – 0,005% от ВВП, ОЭСР – 0,3% от ВВП) и дефицит кадров с ученой степенью (более 650 специалистов).

На основе международного опыта создана Единая система дистрибуции лекарственных средств и изделий медицинского назначения (далее – ИМН). Внедряются международные стандарты качества (GMP, GDP, GPP и др.), созданы фарминспекторат и государственный орган в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицин-

ского назначения и медицинской техники. Для обеспечения физической доступности лекарственной помощи жителям села организована реализация лекарственных средств через объекты ПМСП в более чем 3000 сельских населенных пунктах, не имеющих аптечных организаций.

В структуре расходов на лекарственное обеспечение в рамках ГОБМП доля стационарного лекарственного обеспечения составляет 45%, доля амбулаторного лекарственного обеспечения – 55%.

На амбулаторном уровне более 2 млн. граждан республики получают лекарственные препараты более чем по 400 наименованиям лекарственных средств бесплатно за счет государства.

Республика Казахстан стала официальным наблюдателем Комиссии Европейской фармакопеи и полноправной страной-участницей Международной программы ВОЗ по мониторингу побочных действий лекарственных средств. В рамках Евразийского экономического союза подписаны Соглашения государств-членов Евразийского экономического союза (Беларусь, Казахстан, Российская Федерация) о единых принципах и правилах обращения лекарственных средств и медицинских изделий.

В целях улучшения информированности медицинских, фармацевтических работников и населения республики создан Лекарственный информационно-аналитический центр с филиалами в регионах.

В рамках проекта Всемирного банка внедряются принципы доказательной медицины. Совершенствуется формулярная система, принципы рациональной фармакотерапии на основе доказательной медицины.

Однако, всего 61% лекарственных средств из всех зарегистрированных в Казахстане имеют сертификат GMP, 7 из 42 отечественных производителей и 40% лекарственных средств из закупа Единым дистрибьютором.

Сохраняется высокий уровень отпуска рецептурных лекарственных средств без

рецептов врача, бесконтрольное использование антибиотиков, полипрагмазия, использование лекарственных средств с недоказанной клинической эффективностью, а также остается проблема с качеством лекарственных средств и присутствием на рынке контрафактной продукции.

Отсутствует система фармаконадзора за лекарственными средствами, медицинскими изделиями, поступающими на рынок Республики Казахстан.

Требуется усовершенствования система сбора, выявления побочных действий лекарственных средств, отсутствует интегрированная информационная система для всех участников мониторинга побочных действий.

Недостаточно кадров, обученных вопросам экспертизы лекарственных средств и медицинских изделий при государственной регистрации, доклинических и клинических исследованиях, фармаконадзору лекарственных средств и медицинских изделий.

Доклинические и клинические базы не аккредитованы в соответствии с международными требованиями.

Медицинские организации недостаточно укомплектованы клиническими фармакологами.

Оснащенность медицинских организаций медицинским оборудованием увеличилась на 25,5% (2010 – 43,2%, 6 месяцев 2015 года – 68,7%): сельские – 72,6%, городские – 74,1%. Начато внедрение механизмов финансового лизинга для обеспечения медицинской техникой.

Вместе с тем наблюдаются факты простоя и неэффективного использования медицинской техники, не разработаны стандарты оснащенности, основанные на доказательной медицине, не решены вопросы постгарантийного сервисного обслуживания.

С целью создания информационной структуры здравоохранения Республики Казахстан продолжается внедрение Единой информационной системы здравоохранения

Республики Казахстан (далее – ЕИСЗ), разработаны и внедрены веб-приложения по актуальным направлениям (регистры социально значимых заболеваний, портал Бюро госпитализации, по кадрам и др.).

Однако имеющиеся базы данных разобщены и не интегрированы в единое информационное пространство, что осложняет взаимодействие различных уровней и служб здравоохранения, не обеспечивает преемственность информации, ограничивает возможности оперативного анализа. В медицинских организациях не внедряется система электронного документооборота.

Для организации оперативного анализа структуры наркопотребления в стране, выработки эффективных мер пресечения незаконного оборота наркотиков, а также выявления новых видов наркотиков, требуется обеспечение возможности интегрирования различных видов учетов на основе данных ЕИСЗ.

Таким образом, необходимо дальнейшее решение накопившихся на данном этапе проблем здравоохранения, решение которых отражено в проекте Государственной программы развития здравоохранения «Денсаулық» на 2016-2019 годы.

В соответствии с Концепцией по вхождению Казахстана в число 30-ти самых развитых государств мира мероприятия программы будут направлены на улучшение здоровья населения. Данная задача будет решаться посредством:

- 1) сохранения благоприятной окружающей среды;
- 2) стимулирования здорового образа жизни;
- 3) совершенствования системы здравоохранения.

Причем, государственная политика в области здравоохранения наряду с традиционными направлениями, такими, как разработка и осуществление комплекса мер государственной медико-социальной и правовой поддержки здравоохранения, укрепление материально-технической базы организа-

ций здравоохранения, будет ориентировать здравоохранение на формирование социально-ориентированной системы, на внедрение современных медицинских технологий, включая применение клинических протоко-

лов диагностики и лечения, с акцентом на ресурсосберегающие, экономически эффективные методы, повышающие доступность для населения медицинской помощи.

ПРОЕКТ ЗАКОНА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН «ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ СОЦИАЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ»

Курмангалиева А.Д.

Ответственный секретарь Министерства здравоохранения и социального развития РК

Токежанов Б.Т.

Национальный координатор Группы поддержки реализации проекта

Надыров К.Т.

*Заместитель директора Департамента стандартизации медицинских услуг
Министерства здравоохранения и социального развития РК*

Танирбергенов С.Т.

Координатор компонента А Группы поддержки реализации проекта

Шайхыбекова Г.Т.

Заместитель Генерального директора РГП «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения и социального развития РК

Ермекбаев К.К.

*Советник генерального директора
РГП «Республиканский центр развития здравоохранения»
Министерства здравоохранения и социального развития РК, к.м.н.*

Аталуы: Проект Закона Республики Казахстан «Об обязательном социальном медицинском страховании»

Авторлары: Құрманғалиева А.Д., Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің Атқарушы хатшысы Төкежанов Б.Т. Жобаның ұлттық үйлестірушісі, Надыров К.Т. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі Медициналық қызметтерді стандарттау департаменті директорының орынбасары, Тәңірбергенов С.Т., «Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау секторындағы технологияларды беру және институционалдық реформа жүргізу» жобасының А компонентінің үйлестірушісі, Шайхыбекова Г.Т., ҚР Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» РМК Бас директорының орынбасары, Ермекбаев К.К., ҚР Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» РМК Бас директорының кеңесшісі.

Түйіндеме: Отандық денсаулық сақтау жүйесі алдында ЭЫДҰ мүше елдердің деңгейіне жақындату үшін тиімділікті және қаржылық тұрақтылықты арттыру мәселесі тұр. Алайда отандық денсаулық сақтау саласына жұмсалған қаржы деңгейі ЭЫДҰ мүше елдердің ұқсас көрсеткіштерінен төмен. Осыған байланысты Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігімен халықаралық сарапшылардың қатысуымен «Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру туралы» Қазақстан Республикасының заңының жобасы әзірленді. Заң жобасы медициналық сақтандыру жүйесін енгізу кезінде мынадай мәселелердің жүзеге асырылуын қамтамасыз ететін болады: қоғамдық ынтымақтастыққа қол жеткізу, жүйенің қаржылық тұрақтылығын қамтамасыз ету және тиімділігін арттыру.

Title: Project of law of Republic of Kazakhstan “About mandatory social health insurance”

Author: Kurmangaliyeva A.D. Executive secretary of the Ministry of Health and Social Development of the Republic of Kazakhstan, Tokezhanov B.T. National Project Coordinator, Nadyrov K.T., Deputy Director, Department of standardization of medical services of the Ministry of Health and Social Development of the Republic of Kazakhstan, Tanirbergenov S. Coordinator of component A. of " The Kazakhstan health sector Technology transfer and institutional reform project", Shayhybekova G.T. Deputy General Director of RSE "National Center for Health Development" Ministry of Health and Social Development of the RK, Ermekbaev K.K. Advisor to Director General of RSE "National Center for Health Development" Ministry of Health and Social Development of the RK.

Abstract: Before the home system of health protection the task of a force increase of efficiency and financial stability stands for approaching to the level of countries-members Organization of economic collaboration and development. Meantime the level of charges on a home health protection falls behind from the analogical indexes of countries-members Organization of economic collaboration and development. In this connection by Ministry of health and social development of Republic of Kazakhstan with participation international experts the project of Law of Republic of Kazakhstan was worked out " About mandatory social health insurance". The project of law will provide realization of next tasks at introduction of the system of medical insurance: achievement of public solidarity, providing of financial stability and increase of efficiency of the system.

Президент Республики Казахстан Н.А. Назарбаев, в своем Послании народу Казахстана от 14 декабря 2012 года поставил новую стратегическую цель дальнейшего развития страны – вхождение в число 30 наиболее развитых стран мира к 2050 году. В качестве базовых ориентиров были взяты показатели стран-членов Организации экономического сотрудничества и развития (далее – ОЭСР).

Реализация данной стратегии потребует не только приближения отечественной системы здравоохранения к стандартам стран-членов ОЭСР, но и проведения ее структурных преобразований.

Таким образом, перед отечественной системой здравоохранения стоит задача форсированного повышения эффективности и финансовой устойчивости для приближения к уровню стран-членов ОЭСР. Однако существует ряд проблем.

Республика Казахстан инвестирует в здравоохранение существенно меньше, чем развитые страны мира.

Уровень государственных расходов на здравоохранение в Казахстане (2,3% от ВВП) все еще отстает от аналогичных показателей стран-членов ОЭСР (6,7% от ВВП), а источники финансирования отрасли не диверсифицированы.

При одинаковом объеме обязательств по предоставлению медицинских услуг на уровне первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП) уровень финансирования

значительно разнится (95 долл. США на 1 жителя в год в Республике Казахстан и 558 долл. США в год в среднем по ОЭСР).

Остается не реализованным принцип солидарной ответственности государства, работодателей и граждан за свое здоровье. Существующая в республике политика финансирования здравоохранения за счет общего налогообложения нивелирует целевое финансовое участие работодателей.

Вместе с тем, Казахстан, инвестируя на цели здравоохранения гораздо меньше средств, чем страны с аналогичным уровнем развития и развитые страны, добился значительного прогресса.

Так, ежегодный прирост ожидаемой продолжительности жизни при рождении в республике составил 0,57 лет (ЕС – 0,24 года), ежегодный темп снижения материнской смертности в среднем составил 3,4 на 100 тысяч родившихся живыми (ЕС – 0,8), ежегодный темп снижения младенческой смертности в среднем составил 1,11 на 1 000 родившихся живыми (ЕС – 0,33).

Подобный прогресс демонстрирует не только эффективность инвестиций, но и указывает на возможное исчерпание резервов для дальнейшего развития, снижение эффективности системы здравоохранения, и как следствие необходимости проведения коренных преобразований для достижения поставленных целей.

Неконкурентоспособность уровня оплаты труда медицинских работников в Ка-

захстане (1,1 к среднемесячному заработку по стране), по сравнению со странами-членами ОЭСР (в 2-3 раза выше среднемесячного заработка) также является препятствием для повышения эффективности системы здравоохранения.

Доступность отдельных видов медицинской помощи в Казахстане также не соответствует стандартам стран-членов ОЭСР.

Так, несмотря на широкую сеть объектов ПМСП, которая охватывает всю территорию республики, дефицит врачей общей практики составляет 23%.

Обеспечение лекарственными средствами в Казахстане (44,4 долл. США на 1 жителя) более чем в 6 раз ниже, чем среднее значение в странах-членах ОЭСР (300,9 долл. США соответственно).

Доступность услуг медицинской реабилитации, паллиативной помощи, некоторых технологий специализированной помощи в Казахстане также ниже, чем в странах-членах ОЭСР.

Решение вышеуказанных проблем будет находиться под влиянием системных вызовов.

Так, по прогнозам Комитета по статистике Министерства национальной экономики Республики Казахстан, численность населения страны к 2030 году превысит 21 млн. человек.

Рост благосостояния и принимаемые системой здравоохранения меры приведут к увеличению продолжительности жизни, и как следствие росту числа неинфекционных заболеваний, росту численности граждан предпенсионного и пожилого возраста.

Сегодня расходы на лечение хронических неинфекционных заболеваний уже превышают 50% от бюджета стационарной помощи, а финансирование самой экономически эффективной формы помощи – первичной медико-санитарной помощи гораздо ниже рекомендуемых 40%.

Прогнозируемый экономический рост будет стимулировать постоянное обновление медицинских технологий и рост их потребления.

Определенное влияние будут оказы-

вать возможные колебания мировой экономики, а также вероятность вспышек инфекционных заболеваний, связанных с бурной миграцией населения.

Так, реализуемые меры по улучшению инвестиционного климата и интеграционные процессы будут сопровождаться усилением трудовой миграции, что приведет к увеличению числа иностранных граждан, работающих в республике, и соответственно, нуждающихся в медицинском обеспечении.

В этих условиях необходима разработка нового механизма обеспечения эффективности и устойчивости системы здравоохранения. Таким механизмом является обязательное социальное медицинское страхование.

Необходимость внедрения обязательного социального медицинского страхования в Республике Казахстан определена Планом институциональных реформ «100 конкретных шагов дальнейшего государственного строительства», Посланием Главы государства Назарбаева Н.А. народу Казахстана от 17 января 2014 года «Казахстанский путь – 2050: Единая цель, единые интересы, единое будущее». В этой связи Министерством здравоохранения и социального развития Республики Казахстан, с участием международных экспертов, был разработан проект Закона Республики Казахстан «Об обязательном социальном медицинском страховании».

Проект закона, будет обеспечивать реализацию следующих задач при внедрении системы медицинского страхования. Это достижение общественной солидарности, обеспечение финансовой устойчивости системы, повышение эффективности системы.

В соответствии со статьей 29 Конституции действующими нормативно-правовыми актами и проектом закона гражданам будет предоставляться в рамках системы медицинского страхования два объема медицинской помощи.

Первый – это базовый объем, включающий гарантированный государством объем медицинской помощи, финансируемый за счет республиканского бюджета. Он будет доступен для всех граждан Республики Казахстан и оралманов. То есть государство сохраняет

за собой обязательства по финансированию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, включающая в себя скорую помощь, санитарную авиацию, медицинскую помощь при социально значимых заболеваниях и экстренных случаях. Также профилактические прививки, амбулаторно-поликлиническая помощь с амбулаторным лекарственным обеспечением для непродуктивно самозанятого населения до 2020 года, то есть до внедрения всеобщего декларирования.

Второй объем. Это дополнительный объем в рамках системы медицинского страхования, включающего объем медицинской помощи сверх гарантированного, финансируемый за счет обязательных страховых взносов работодателей и работников в фонд системы медицинского страхования. Его могут получать лица, являющиеся участниками системы медицинского страхования, будут переданы все базовые медицинские услуги, характеризующиеся стабильной потребностью и потреблением, управляемостью и прогнозируемостью, то есть комплекс услуг, не несущий выраженного финансового риска внезапного сверх потребления. Это услуги амбулаторно-поликлинической помощи с амбулаторным лекарственным обеспечением, стационарная медицинская помощь за исключением социально значимых заболеваний, стационарно замещающая помощь за исключением социально значимых заболеваний, восстановительное лечение, медицинская реабилитация, паллиативная помощь и сестринский уход, высокотехнологическая помощь.

В системе медицинского страхования будут поддерживаться приоритетные стороны первичного здравоохранения.

Кроме того, за счет государственного бюджета будут обеспечиваться услуги общественного здравоохранения, расходы на медицинское образование и науку, капитальные затраты, включая концессионные обязательства, и прочие расходы, в том числе деятельность государственных органов.

Система будет построена на обязательных страховых отчислениях и взносах государства, работодателей и граждан.

Взносы работающего населения будут

составлять 2 процента от их дохода, при этом отчисления начнутся с 2019 года 1 процент и с 2020 году - 2 процента.

Отчисления работодателей составляют 5 процентов от дохода работника, при этом отчисления начинаются с 2 процентов в 2017 году, 3 процента - в 2018 году, 4 процента - в 2019, в 2020 году - 5 процентов.

От уплаты взносов в Фонд социального медицинского страхования освобождаются 15 категорий граждан (социально-уязвимые слои населения):

- дети;
- многодетные матери, награжденные подвесками «Алтын алқа», «Күміс алқа» и получившие ранее звание «Мать-героиня», а также награжденные орденами «Материнская слава» I и II степени;
- участники и инвалиды ВОВ;
- инвалиды;
- лица, зарегистрированные в качестве безработных;
- лица, обучающиеся и воспитываемые в интернатных организациях;
- лица, обучающиеся по очной форме обучения в организациях технического и профессионального, послесреднего, высшего образования, а также послевузовского образования в форме резидентуры;
- лица, находящиеся в отпусках в связи с рождением ребенка, усыновлением (удочерением) новорожденного ребенка, по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет;
- неработающие беременные женщины, а также неработающие лица, фактически воспитывающие ребенка до достижения им возраста 3 лет;
- пенсионеры;
- военнослужащие;
- сотрудники специальных государственных органов;
- сотрудники правоохранительных органов;
- лица, отбывающие наказание по приговору суда в учреждениях УИС, за исключением учреждений минимальной безопасности;
- лица, содержащиеся в изоляторах временного содержания и следственных изо-

ляторах.

За этих лиц взносы будут оплачиваться государством из средств республиканского бюджета.

Взносы государства будут также осуществляться поэтапно с 4 процентов 2017 году до 7 процентов в 2024 году.

Взносы прочих категорий граждан, будут составлять 7 процентов от их дохода, но доход не будет ниже 1 минимальной заработной платы, при этом они будут отчислять 2 процента в 2017 году, 3 процента - в 2018 году, 5 процентов - в 2019 и с 2020 года - 7

процентов.

В целом, система обязательного социального медицинского страхования обеспечит потребности системы здравоохранения с учетом значительного увеличения объемов амбулаторно-поликлинической помощи и лекарственного обеспечения, позволит создать правовые основы солидарного участия и ответственности государства, работодателей и граждан за индивидуальное и общественное здоровье, предполагающей отказ от идеологии иждивенчества.

Источники:

Материалы Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан

СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ЗАКУПКИ В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

А.Дюран

Международный консультант «Oxford Policy Management»

“Закупки”, “заказ”, “контрактование” и т.д. – понятия, часто используемые в секторе здравоохранения для обозначения довольно разных процессов и схем. Все они по своей природе являются соглашениями о разделении обязанностей, которые связывают распределение финансов с выходными показателями оказания услуг здравоохранения, их конечными результатами и моделями потребления, тем самым облегчая процесс измерения и повышения эффективности и качества оказываемых услуг.

Переход от практики пассивного бюджетирования и содержания медицинских организаций, преимущественно государственной формы собственности, к стратегическим закупкам – ключевой элемент введения Обязательного социального медицинского страхования, содержательно наполняющий страхование и привносящий элемент ориентированности на результат. Стратегические закупки подразумевают наличие четкого плана в отношении объемов закупок медицинских услуг, конкретного их перечня, цены и осо-

бенно качества.

На сегодняшний день, в ходе реализации Единой национальной системы здравоохранения, в Казахстане созданы все необходимые предпосылки и база для перехода к договорным отношениям. Так, за последние годы в значительной мере повышена автономность медицинских организаций, с созданием соответствующего правового поля, в масштабах страны внедрена дифференцированная оплата труда и стимулирующий компонент подушевого норматива, по сути, представляющий собой КРІ, создан и усовершенствован Единый плательщик в лице Комитета оплаты медицинских услуг МЗСР РК, обеспечена прозрачность процесса выбора поставщика. Реализация комплекса перечисленных мер позволяет оценивать готовность системы к стратегическим закупкам как высокую.

Эта статья посвящена центральной роли контрактов в качестве инструмента, механизма в отношениях между центральным плательщиком и поставщиками медицинских услуг в сфере контрактирования в Казахстане.

Концептуальные аспекты контрактирования: стороны контракта, риски и стимулы.

Сторон контракта может быть много, т.к. в процесс финансирования и оказания медицинской помощи обычно вовлечены несколько участников (например, уполномоченный орган, Фонд страхования, поставщики, клинический персонал, профессиональные ассоциации, группы граждан и т.д.), с разными полномочиями и информацией. На деле большинство контрактов в здравоохранении являются относительными соглашениями, в которых сформулированы не все транзакции касательно возможных мероприятий, т.к. стороны заинтересованы в долгосрочных отношениях. Кроме того, например, в Великобритании развитие в направлении «закупа медицинской помощи» в массовом масштабе – объединяющего общественную помощь, социальные услуги и т.д. и стремящегося к «интегрированному уходу» – открывает много новых возможностей с точки зрения содержания контрактов (Хэм и др., 2011).

Широко известно, что одним из самых важных элементов контрактирования является цель или доминирующий критерий, в качестве которого может быть выбрана задача покрытия издержек, эффективности или справедливости. Данный элемент будет определять стимулы поставщикам, закрепленные в методах оплаты (Мартин и др., 2000).

В отношении больниц содержание контрактов может включать общую сумму на определенный период времени (глобальный бюджет), размер которой рассчитывается в соответствии с текущими издержками подразделений, историческими моделями трат, оснащенностью койками или численностью обслуживаемого населения; они могут также включать более-менее неограниченную плату за объем услуг согласно прейскуранту (плата за обслуживание), койко-дням (дневная ставка) или деятельности исходя из пролеченных случаев.

В отношении специалистов содержание контрактов может включать оплату, главным образом, за наличие соответствующего персонала (зарплата и подушевой платеж),

деятельность специалиста (плата за обслуживание) или желаемое поведение и результаты (оплата за результат).

При этом, как было обнаружено во время внедрения перспективных платежей в одной из американских страховых компаний в 1983 году, покупателю выгодно обеспечивать, чтобы системы перспективных платежей и условия контрактов переносили часть риска на поставщиков услуг (Эллис и др., 1996). Таким образом, практическим правилом покупателя, необходимым для обеспечения эффективности в любом контракте, должен стать отказ от гарантии возмещения поставщикам всех понесенных ими расходов.

Распределение рисков существенно зависит от того, как установлены расценки на каждую статью платежа; чем значительнее уровень агрегации (т.е. чем меньше число различных позиций платежа), тем выше уровень риска, переносимого от финансирующего органа на организацию, ее руководителей и специалистов. Другими словами, уровень риска для поставщика связан с количеством различных выходных показателей, признанных финансирующим органом. Перенос риска на поставщиков максимален в случае единого тарифа (например, при чистом подушевом финансировании без корректировок) и минимален, если количество тарифов соответствует разнообразию видов деятельности (своего рода детализированная ретроспективная бюджетная система). Также необходимо, чтобы перенос риска был эффективным, т.е. чтобы в финансовом контракте были четко установлены премии и штрафы.

В любом случае, ни один метод оплаты не является полностью действенным с точки зрения максимизации экономической эффективности на общем системном уровне, что делает систему оплаты более сложной за счет использования дополнительных управленческих и контрактных рычагов. Каждая схема оплаты, ее достоинства и недостатки и выбор метода для целей контрактирования будут зависеть от конкретных условий и поставленных задач. Ни один метод не может решить все задачи, поэтому часто в рамках одного контракта/системы оплаты объединя-

ют различные методы так, что часть оплаты является перспективной, а другая – основана на затратах или ретроспективна (Эллис и Макгуайер, 1990). Перспективный элемент может быть использован для мотивации поставщиков проявлять соответствующую сдержанность при оказании помощи, в то время как сохранение ретроспективного элемента позволяет заказчикам стимулировать определенные вмешательства и смягчать отбор пациентов, который может возникнуть, когда эпидемиологический риск ложится на поставщика (Маршалл и др., 2014).

Контракты также способствуют повышению производительности через создание стимулов.

Любой заключенный контракт подразумевает стимулы и штрафы для заинтересованных сторон. Хорошо демонстрирует возможности финансовых стимулов британский опыт: несмотря на всеобщее признание пользы скрининга рака шейки матки, многие врачебные практики в течение многих лет

достигали уровня охвата только в 40%-60%. Однако с введением в контракты финансового стимула, согласно которому доход ВОП был напрямую привязан к уровню использования услуги, большинство практик смогло быстро повысить его до значения 90%.

Однако необходимо учитывать два фактора. Во-первых, такая заметная реакция ВОП на финансовые стимулы была, по крайней мере, частично результатом предшествующего роста числа медицинских сестер и прочего персонала ПМСП во врачебных практиках, ведь на самом деле, именно данные сотрудники брали на себя большую часть обязанностей по программе, и вряд ли наблюдаемый рост мог быть достигнут без их участия. Во-вторых, предложение финансовых стимулов за деятельность, которую врачи должны выполнять в любом случае, создает определенные этические вопросы.

Следующая таблица содержит информацию о типах поведения поставщиков, поддерживаемых различными методами оплаты.

Механизм	Стимулы к:		
	профилактике	оказанию услуг	сдерживанию затрат
Постатейный бюджет	+/-	-	+++
Плата за обслуживание	+/-	+++	---
Плата за пребывание	+/-	+++	---
Оплата за пролеченный случай (например, КЗГ)	+/-	++	++
Глобальный бюджет	++	--	+++
Подушевой платеж	+++	--	+++

(Лангенбрюннер и др., 2005)

Закуп услуг и оплата

Высшим должностным лицам нелегко применять контракты на практике, учитывая неоспоримую сложность связанных с ними отношений. Страны с высоким уровнем дохода в Западной Европе и мире переходят от одного типа контрактов к другому, например, Великобритания, по мере того, как позволяли обстоятельства и, что немаловажно, информация, осуществляла переход от “блочных” (единовременных) контрактов к контрактам, зависящим от затрат и объема услуг, а затем

– к тем, что определяются затратами на пролеченный случай (Чарльсуорт и др., 2012). Также наблюдалась характерная тенденция постепенной замены контрактирования с несколькими условиями, главным образом, относительно затрат и объема, к более усложненным спецификациям (условия касательно обеспечения качества, сдерживания затрат, загрузки и др.). Так или иначе, европейские страны по-прежнему в основном используют гибкие контракты, воздерживаясь от жестких форм, более распространенных в США.

Переход от контрактирования всех поставщиков к избирательному контрактированию в государственном секторе, в целом, не равномерен. Политическое лоббирование может усложнять процесс избирательного контрактирования, т.к. органы местной власти заинтересованы в сохранении медицинских организаций во избежание политических проблем, связанных с их закрытием и сокращением персонала, поэтому они оказывают давление на страховые компании с тем, чтобы те заключали контракты со всеми имеющимися поставщиками. Чехия, Германия, Нидерланды и Словакия добились определенного прогресса в избирательном контрактировании (Вагштафф, 2009), отказавшись от использования контрактов, основанных только на возмещении издержек на оказание услуг. Несмотря на то что ситуация далека от идеальной, большинство страховщиков пытаются управлять услугами здравоохранения через разработку операционных планов закупок, предварительный допуск и постоянные проверки больниц, а также через анализ «зон неэффективности» в оказании услуг, что в значительной степени способствовало устранению ранее существовавшего избытка мощностей.

“Закуп” является рациональным подходом, который может помочь решению проблем сектора здравоохранения, мотивируя поставщиков и информируя пользователей, при этом ставя интересы общества выше интересов конкретных участников, и это отличает данный подход от простой “оплаты”.

Содержание контрактов

Ожидается, что развитие практики контрактирования в Казахстане поможет разъяснить роли и обязанности основных участников в процессе изменения существующей практики и перехода к полноценному ФСМС. Ожидается, что контракты улучшат отчетность и перенаправят усилия системы здравоохранения на то, что действительно важно как для тех, кто платит за услуги здравоохранения, так и для тех, кто их получает. Для выполнения этих функций сектору здравоохранения необходимы определенные инструменты, способные помочь решить проблему неполной применимости контрактных заявок.

В данном контексте тщательно разработанные контракты понимаются как соответствующие инструменты.

При рассмотрении содержания любой контракт на услуги здравоохранения может быть синтетически сокращен до документа, состоящего из:

- (i) нескольких разделов, а именно:
 - a. Преамбула;
 - b. Права и обязанности покупателя;
 - c. Права и обязанности поставщика;
 - d. Срок действия контракта, его прекращение и изменение
- (ii) ряда Приложений, условия которых могут быть изменены по соглашению сторон:
 - типы и объем оказываемых услуг;
 - типы покрываемых лекарственных средств и прочих фармацевтических изделий;
 - цены и методы оплаты;
 - стандарты качества и производительности;
 - процедуры выставления требований на оплату и проведения оплаты;
 - требования к ведению историй болезней пациентов;
 - содержание ежегодных отчетов;
 - процедуры разрешения споров.

Создание организационной основы контрактирования в Казахстане

В целях скорейшего перехода к договорным отношениям в казахстанской практике, необходимо выполнить несколько шагов:

1. Процесс контрактирования

Еще до начала разработки проектных “планов закупок” необходимо детальное обсуждение с заинтересованными сторонами, дабы разрешить их вопросы и беспокойства и тем самым преодолеть возможное сопротивление и обеспечить лояльность. В целом, Всемирный Банк рекомендует строить процесс контрактирования на основании следующих «Семи Шагов»:

Шаг 1: Диалог с заинтересованными лицами

Шаг 2: Определение услуг

Шаг 3: Создание системы мониторинга и оценки

Шаг 4: Принятие решения о процедуре отбора поставщика

Шаг 5: Подготовка управления исполнением контракта

Шаг 6: Разработка проекта контракта и документов для участия в торгах

Шаг 7: Проведение процесса торгов и управление исполнением контрактов.

2. Придание центральной роли ФСМС

Политические компоненты определяемой государством стратегии контрактирования (регулирование с помощью Гражданского Кодекса и соглашений, имеющих юридическую силу) охватывают ряд важных элементов для эффективного контрактирования, начиная с явного обязательства покрыть расходы на оказание услуг. Однако у данной стратегии существуют два недостатка:

а. Многие страны достигли достаточности и прогнозируемости финансирования в здравоохранении без такого высокого системного уровня вовлечения государства в данный вопрос. Вместо этого они используют агентства и связанные с ними квази-государственные органы с полугосударственным статусом (Солтман и др., 2004). В частности, в Германии используются Фонды, неправительственные органы, регулируемые законодательством и имеющие полномочия на управление ресурсами, в 2014 году их количество составило 132 фонда⁷ (Бюссе и Блюмель, 2014);

б. В Казахстане элементы контрактов разбросаны по многочисленным нормативно-правовым документам различного уровня, что усложняет процесс их исполнения.

По этим причинам и с целью установления более динамичных договорных отношений с поставщиками в данный момент центральная роль в сфере контрактирования должна быть предоставлена ФСМС как высококвалифицированному органу, таким образом, замещая Государство, являющееся главным действующим лицом при закупе в настоящее время.

3. Организация надлежащего процесса контрактирования с повышенной институциональной ответственностью

Международный опыт указывает на то, что для того, чтобы действовать как правоспособные партнеры по контракту, поставщи-

ки должны обладать соответствующей операционной автономией с достаточной степенью гибкости для реагирования на спрос со стороны покупателей, в частности, они должны быть способны увеличивать или сокращать производственные мощности, распоряжаться излишними ресурсами в какой бы то ни было сфере, занимать деньги в определенных пределах, брать на себя финансовую ответственность за результаты деятельности и т.д. (Миллс, 1998).

В Казахстане роль индивидуальных поставщиков медицинских услуг или их ассоциаций и пациентов и их объединений в лучшем случае ослаблена по следующим причинам:

- плательщик, как государственный орган, подчиняется бюджетным процедурам, согласно которым закуп медицинских услуг является частью исполнения бюджета (Кодекс РК, 2009), что значительно ограничивает возможности для обсуждения условий контракта;

- большинство медицинских организаций, на самом деле, являются государственными предприятиями, поэтому обязаны выполнять госаказ. Так как частные поставщики представлены на рынке в меньшинстве, возможность для конкуренции или обсуждения условий контрактов ограничена.

- автономия поставщиков в отношении эффективного управления исполнением контрактов ограничена по тем же причинам.

4. Предотвращение использования некорректных стимулов и отвлечения внимания

Контрактирование работает только тогда, когда прочные регулирующие рамки поддерживают заинтересованность участвующих сторон. Процесс контрактирования должен начинаться с четкого определения целей с фокусом, в основном, на измеримых конечных результатах/выходных показателях, определенных максимально точно, и с ограниченным числом независимо проверяемых индикаторов (обычно менее 10).

Очевидно, что говорить о конкурентных торгах в сельских районах, где будет всего лишь один поставщик, не имеет смысла. В

городской местности, однако, потенциальный поставщик может быть определен посредством предварительной разработки некоторой конкурсной заявки, причем отбор основывается на четких критериях с использованием прозрачного независимого оценочного процесса, в идеале – независимым оценочным комитетом в рамках Фонда; симметрично заинтересованным сторонам (и, в частности, поставщикам услуг) необходимо предложить правильно подобранные стимулы для поощрения наилучших результатов деятельности. Фактически одной из самых сложных задач создания ФСМС в Казахстане станет выработка стимулов для достижения результата, которые впоследствии будут включены в план закупа и должны содержать следующее:

- Однозначное определение желаемых результатов;
- Определение измеримых индикаторов и обеспечение доступности данных;
- Обеспечение того, чтобы изменения в результатах могли быть отнесены на счет конкретных стимулируемых целей.

5. Инвестиции в человеческие ресурсы с самого начала процесса

Несмотря на то, что в течение двух последних десятилетий недостаточный уровень финансирования играл непосредственную роль в возникновении сложностей, с которыми сталкивались некоторые страны при проведении реформ здравоохранения, в т.ч. при создании фондов социального медицинского страхования (Кутцин и др., 2010), другие факторы также приводили к сложностям с контрактированием. Проблемы, связанные с человеческими ресурсами, часто препятствовали эффективному вовлечению в процесс заинтересованных сторон в странах с переходной экономикой.

А именно, для управления контрактами требовалась специально созданная для этого команда среднего размера, обладающая навыками, редко доступными при прямом

оказании государственных услуг: для особого учета уязвимых групп и сообществ, получающих услуги в неполном объеме, было необходимо обрабатывать информацию о статусе здоровья населения, о доступе к медицинским услугам и их использовании и т.д. Наряду со способностью обрабатывать огромные объемы счетов в полностью прозрачной и подотчетной манере, персонал также должен был бы обладать сильными навыками по управлению потребностями в медицинских услугах, вопросами справедливости и контроля качества. Потребовалось бы целое изменение в культуре ведения процесса, однако для этого обучение не было достаточным, по крайней мере, не в той мере, как хотелось бы.

Наконец, решения о финансировании регионов чаще принимаются на основе расходов и бюджетов, не учитывая в полной мере потенциальные выгоды для здоровья населения от внедрения новых подходов и технологий. Более целостный подход к расстановке приоритетов при инвестировании должен принимать во внимание распределительную эффективность через сравнение расходов с результатами, измеряемыми с точки зрения бремени заболеваемости населения, дополнительных инвестиций в ИТ здравоохранения для лучшего проведения такого типа анализа, и т.д. (Уотерс и др., 2008).

Таким образом, в настоящее время необходимы навыки эффективного управления исполнением контрактов на среднем/низшем уровне; соответствующие навыки должны быть развиты на центральном, среднем и региональном уровнях посредством сильной программы по укреплению потенциала. К сожалению, во многих странах развитие потенциала в данных сферах происходит только путем “обучения на собственном опыте”, в то время как новый управленческий потенциал, возможно, является основным результатом создания фондов СМС, что должно произойти и в Казахстане.

DRAFT POLICY BRIEF: INSTITUTIONAL ANALYSIS UNDER DECENTRALIZATION

Mike Jones

International consultant «Oxford Policy Management», Professor, School of Business at the University of Middlesex

Название статьи: Институциональный анализ при децентрализации

Автор: Майкл Джоунс международный консультант «Oxford Policy Management», профессор, Бизнес школы при Университете Миддлсекса

Резюме: Два из ключевых факторов эффективности системы, являются децентрализация и внедрение «Денсаулык» на 2016-2020 гг. Для того, чтобы двусторонние отношения могли осуществляться прозрачным образом, на примере, с Министерством внутренних дел, Министерством образования и т.д., механизмы должны быть разработаны на очень высоком уровне для расширения возможностей Министерства здравоохранения социального развития осуществлять свои обязанности формулирования стратегии, параметра политики и надзора, в рамках децентрализованного управления. Системы планирования снизу вверх, которые являются спорными и требуют разрешения Министерства здравоохранения социального развития будет необходимости, так областных и районных управлений здравоохранения для доставки локально-необходимости, высококачественных услуг.

Руководство неопределенности особенно вокруг воздействия введения «Денсаулык» на 2016-2020 гг; увеличение охвата SHI создаст степень турбулентности: движение от одного типа покрытия, и будет производить непредвиденные / непредсказуемые последствия. В таких условиях, цель, чтобы сбалансировать необходимость ловкость, но и обеспечить прозрачность и соответствие передовой практики корпоративного управления.

Убедитесь, что при децентрализации и роли и обязанностей Министерства здравоохранения социального развития / на поставку политики в области здравоохранения, стратегии и годовых планов на всех уровнях власти ясны. Второй всеобъемлющей политики является обеспечение ключевых показателей здоровья, доставляются в успешной реализации политики и стратегий на национальном, провинциальном и районном уровне. Программа развития системы будет включать в себя разработку и реализацию рамок контрактов, которая включает в себя создание стандартных контрактов для различных типов услуг. Система менеджмента качества необходимо также быть разработаны и реализованы, что приведет к аккредитации всех форм общественного здоровья и удобствами. Развитие инфраструктуры будет включать в себя капитальные вложения в сфере услуг на уровне деревень и обеспечивающий поддержку развития роли районов в расширение возможностей общин, укрепление здоровья и планирования.

The focus for the next five years has to be on arranging the delivery of known, effective evidence-informed, high-quality interventions in health development. This means addressing the institutional barriers.

Two of the key drivers of system effectiveness are decentralisation and the implementation of Salmatty Kazakhstan. Building upon the legislative framework currently undergoing transformation, systems, structures and processes will need to be actively created and managed to ensure that the strategic intentions of the GoK are achieved.

An institutional analysis identifies two critical improvements in governance that are required

1. The first is how the MoHSW exercises

a leadership role in the context of a decentralised constitutional structure, and how bilateral relationships can be managed in a transparent way (with Ministry Of Home Affairs, Ministry of Education etc.). Mechanisms will need to be devised at a very high-level to empower the MoHSW to exercise its duties of strategy formulation, policy setting and supervision within the context of decentralised government and in partnership with other national institutions whose roles have an impact on health.

2. The second is how governance is conveyed down through a hierarchical structure from the centre to Rayon-level, whilst respecting the legitimacy of Akim institutions. That is, how can the MoHSW hold to account

Oblast and Rayon health offices for the delivery of locally-appropriate, high-quality, equitable services. Bottom-up planning systems which are contestable and which require MoHSW authorisation will be required.

Key Challenges

Political level: how to reflect the legitimacy of national, provincial and district representative institutions in the management of the State Guaranteed Benefits Package, and how to define the respective roles of institutions such as Oblast and Rayon Health Offices within the framework of as national service.

Policy level: how national priorities (e.g. the pursuit of equity, developing the role of primary health care) can be implemented locally, and how service planning can be integrated at all levels in the system, and across all sectors (preventive, primary, secondary, tertiary and public merit services).

Governance level: how the MoHSW (and Minister) exercises governance and accountability for the performance of institutions not directly managed by the MoHSW, and how to strengthen and align health systems (health financing, human resources for health, information and supervision/reporting).

Structural level: how to clarify the relationships vertically (MoHSW, OHOs, RHOs) and horizontally (MoHSW – SHI – MoHA, MoE etc). Particularly, there is a lack of clarity about the roles of OHOs and RHOs, and the relationships between provider institutions like the hospitals within the stewardship of different levels of government within the public sector in relationship to each other, where roles are often perceived differently or are as yet undeveloped in the case of new institutions, and how autonomous care providers are supervised.

Capacity level: how to ensure that SKN exercises effective leadership and governance at all levels, in the face of changing demands, need and expectations of the community and health providers in relation to health development.

Leadership level: how the MoHSW exercises its supervisory responsibilities particularly for quality and standard setting and

enforcement.

Level of integrated sector design and supervision: the WHO's "health systems building blocks" approach to health care development, adopted by the MoHSW, requires a high degree of inter-organisational co-operation, and iterative planning. That is, the "building blocks" approach requires that to secure positive health benefit requires synchronised and harmonised planning between MoHSW, MoE, and MoHA.

The management of uncertainty particularly around the impact of the introduction of Salmatty Kazakhstan; increasing SHI coverage and the "insurance effect" due to either the need for care or moral hazard from both consumer and the provider, will create a degree of turbulence: movement from one type of coverage, and one type of service provision to another can be very disruptive, and will produce unintended/unpredicted consequences. In such conditions, the objective is to balance the need for agility but to secure transparency and conformity to good governance practices. This requires a management framework which is sufficiently flexible to be able to respond to shocks. For example, mechanisms need to be in place which can respond to unexpectedly high increases in demand arising from SHI, or to react to significant overspending/underspending against the risk pool. Once again this requires a planning process which enables short-term adjustments within the context of a wider strategic framework.

Key Policy Options and Recommended Strategies

The key priorities for institutional functioning/change are:

Policy Recommendation 1

Ensure that under decentralisation and the MoHSW/ OHO and RHOs roles and responsibilities for the delivery of health policies, strategies and annual plans at all levels of government are clear.

Recommended strategy: Review the regulations and legislation of roles and responsibilities of the key players in the health

sector following the full introduction of SHI and Salmatty Kazakhstan. This will include clarifying who is responsible for meeting the service targets at both national and regional level and the other targets set out in the institutional analysis.

Policy Recommendation 2

The second overarching policy is to ensure key health outcomes are delivered by the successful implementation of policies and strategies at national, provincial and district level.

Recommended Strategy: put in place a performance management system which will allow the MoHSW to work with partners to monitor performance in the decentralised system. This needs to be incorporated into the annual planning system with performance monitoring frameworks incorporated into annual MoHSW, Oblast and Rayon health plans with clear deliverables. These should be agreed annually between MoHSW and Oblasts and between Oblasts and Rayon

In summary

Priority programmes include a legislative programme, which establishes the requirement to submit business plans and

facilitates inter-ministerial collaboration. A systems development programme will include developing and implementing a contracting framework, which includes the creation of standard contracts for different service types. SHI will need to develop contracts with providers. A quality management system also needs to be developed and implemented, which will lead towards the accreditation of all health public and private facilities. Other elements in systems development include developing a business planning framework and aligning financial, information and governance pathways.

Capacity development will involve the appointment of a Chief Medical Officer, a Chief Nursing Officer, a Chief Pharmaceutical Officer and a Chief Scientific Officer, and leadership development, particularly at sub-national level.

There is also a need to develop capacity in contract and service level agreement development, and in delivering quality, including that of clinical coding. Infrastructure development will include capital investment in village-level services and providing support for developing the role of Rayons in community empowerment, health promotion and planning.

РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЗАХСТАНА С ПОЗИЦИЙ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ахметов В.И.

Председатель Совета директоров Казахского НИИ глазных болезней Министерства здравоохранения и социального развития РК, г. Алматы, д.м.н., профессор

Бирганов Е.А.

Председатель Правления ТОО "Центр сопровождения проектов ГЧП", г.Астана, д.м.н.

Тастамбеков Б. Ж.

*Заведующий кафедрой неонатологии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова Министерства здравоохранения и социального развития РК, Алматы
АО «Медицинский университет Астана» д.м.н., профессор*

Аталуы: Қоғамдық денсаулық сақтау тұрғысынан Қазақстанда денсаулық сақтауды дамыту

Авторлары: Ахметов У.И., м.ғ.д., профессор, ҚР Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі Қазақ көз аурулары ҒЗИ Директорлар кеңесінің төрағасы, Алматы, д.м.н., Біртанов Е.А., м.ғ.д., «Мемлекеттік және жеке әріптестік жобаларды сүйемілдеу орталығы» ЖШС-нің басқарма төрағасы, Астана, Тастамбеков Б.Ж., м.ғ.д., профессор, ҚР Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі С.Д. Асфендияров ат. ҚазҰМУ неонатология кафедрасының меңгерушісі, Алматы

Түйіндеме: Мақалада халықтың денсаулық әлеуетін қалыптастыруда мемлекеттік саясаттың үлесі, әлеуметке бағытталған саланың тиімді дамуы мен Қазақстанның әлемдік қауымдастықтағы көрсеткіштері мен денсаулық сақтау саласының негізгі индикаторлары көрсетілген. Шешімі жаңа қоғамдық денсаулық сақтаудың негізгі ролін ашып беретін бүгінгі таңда бар мәселелер анықталды.

Title: Development of Health of Kazakhstan from the standpoint of the new public health

Authors: Akhmetov V.I., MD, PhD, Chairman of the Kazakh Institute of Eye Diseases of the Ministry of Health and Social Development of the Republic of Kazakhstan, Almaty, Birtanov E.A., MD, Chairman of the Board of LLP "Center of support of PPP projects", Astana, Tastambekov B. Zh, MD, Professor, Head. Department of neonatology Kazakh National Medical University. SD Asfendiyarov Ministry of Health and Social Development of the Republic of Kazakhstan, Almaty

Abstract: The article presents the dynamics of key indicators of health, the indicators of Kazakhstan in the world community, the public policy contribution to capacity building of population health and development of an efficient, socially-oriented industry. Existing problems which solution determines the key role of the new public health are identified.

Keywords. Health, life expectancy, state health programs, health potential trends, new public health

Ключевые слова. Здоровье, продолжительность жизни, Государственные программы здравоохранения, тренды потенциала здоровья, новое общественное здравоохранение

Здоровье населения является одним из основополагающих макроэкономических факторов и важным элементом процветающего общества и динамично развивающейся экономики.

Со дня обретения независимости

Казахстан заявил о себе как о субъекте, с собственным мировоззрением, обычаями, традициями и видением своего будущего, основанного на развитии человеческого потенциала. За истекшие годы политика развития государства была направлена на улучшение медико-демографических показателей страны.

На сегодняшний день численность населения составляет 17289,2 тыс. чел., из них 56,2% - городские жители (таблица 1).

Таблица 1. Население Республики Казахстан в разрезе город/село

Год	Среднегодовая численность населения, тыс. чел.	Город, %	Село, %
1991	16 806,4	57,5	42,5
1998	15 574,5	55,1	44,9
2005	15 147,0	57,1	42,9
2006	15 308,1	57,4	42,6
2007	15 484,2	53,1	46,9
2008	15 674,0	53,2	46,8
2009	15 924,9	53,5	46,5
2010	16 323,3	54,4	45,6
2011	16 558,7	54,7	45,3
2012	16 791,4	54,8	45,2
2013	17 035,3	55	45
2014	17 289,2	56,2	43,8

В последние годы для Казахстана характерны стабильные тенденции постарения населения и роста численности детей (рисунок 1).

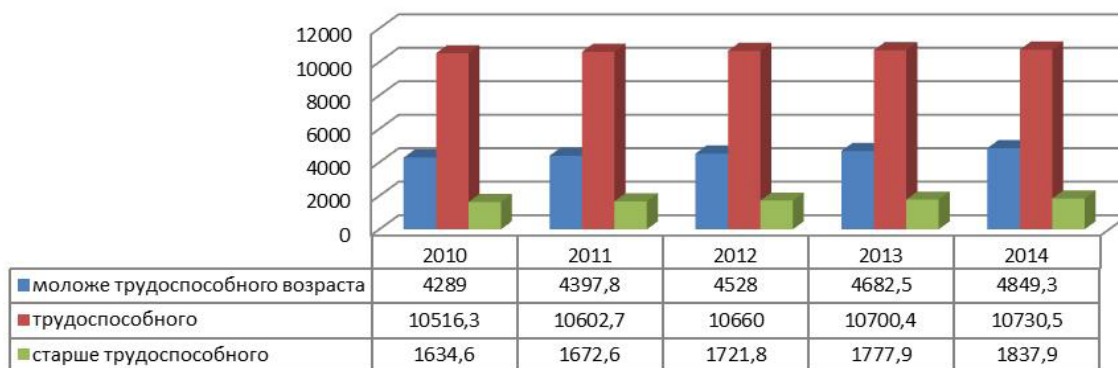


Рисунок 1. Возрастная структура населения Республики Казахстан

Увеличились показатели рождаемости, естественного прироста населения, средней ожидаемой продолжительности жизни, значительно снизились показатели как общей, так и младенческой смертности (таблица 2).

Год	Рождаемость, на 1000 чел. населения	Смертность, на 1000 чел. населения	Естественный прирост, на 1000 чел. населения	Младенческая смертность, на 1000 родившихся живыми
1991	21,0	8,0	13,0	27,4
1998	14,2	10,2	4,6	21,4
2005	18,42	10,37	8,05	15,15
2006	19,71	10,27	9,44	13,91
2007	20,79	10,22	10,57	14,57
2008	22,79	9,74	13,01	20,76
2009	22,75	8,97	13,48	18,23
2010	22,54	8,94	13,59	16,54
2011	22,5	8,71	13,79	14,84
2012	22,69	8,51	14,18	13,48
2013	22,75	7,98	14,75	11,3
2014	23,13	7,57	15,56	9,72

Средняя ожидаемая продолжительность жизни увеличилась с 65,91 лет в 2005 году до 71,62 в 2014 году (рисунок 2).



Рисунок 2. Показатель средней ожидаемой продолжительности жизни РК

Все эти показатели достигнуты благодаря эффективной государственной политике охраны здоровья населения, направленной на повышение качества жизни граждан страны и улучшение медико-демографических показателей страны.

Одной из первых системных программ в области здравоохранения является Государственная программа «Здоровье народа» в 1998 году [1]. Так, были определены первоочередные меры, направленные на улучшение показателей здоровья населения: окружающая среда и здоровье населения, иммунизация, предотвращение дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции и туберкулеза, безопасное материнство. Впервые акцентировались вопросы повышения ответственности граждан за свое здоровье путем формирования здорового образа жизни населения и приоритетного развития ПМСП.

Вместе с тем, в программе были определены лишь промежуточные индикаторы достижения поставленных задач, не был предусмотрен мультидисциплинарный подход к их решению, а финансовое обеспечение было недостаточным.

Следующий важный шаг в развитии политики – объявление Президентом Н.А.Назарбаевым 2002 года – Годом здоровья, в рамках которого впервые в Казахстане были внедрены национальные скрининг-исследования основных хронических неинфекционных заболеваний [2]. Только за 2002 г. было обследовано 4 млн. взрослого сельского населения и 1,5 млн. детей 12-18 лет, продолжена дальнейшая стратегия пропаганды здорового образа жизни. По итогам Года здоровья определены дальнейшие приоритеты охраны здоровья детей, женщин, сельского населения, улучшения санитарно - эпидемиологической ситуации и укрепления ПМСП в регионах.

Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы четко определила показатели достижения ключевых индикаторов и была обеспечена адекватным финансированием [3]. Впервые за истекшие годы объем финансирования здравоохранения доведен до 4% от ВВП. В ней были заложены

основы разделения ответственности за охрану здоровья между государством и человеком; перехода на международные принципы организации оказания медицинской помощи с переносом центра тяжести ПМСП. В этот период впервые был разработан проект Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения».

Целью Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы было улучшение здоровья граждан для обеспечения устойчивого социально-демографического развития страны путем формирования единой национальной политики в отрасли, основанной на межсекторальном взаимодействии.

Несмотря на достигнутые результаты, обнажились и недостатки: потеряна целостность системы здравоохранения и преемственность служб, обеспечивающих санитарно-эпидемиологическое благополучие, как важную составляющую национальной безопасности страны.

Заболеваемость населения предопределяет приоритеты профилактических вмешательств. В структуре как впервые выявленной, так и общей заболеваемости детского населения лидирующие позиции занимают болезни органов дыхания (таблица 3,4.). Второе ранговое место занимают болезни органов пищеварения. Третье ранговое место среди детей 0-14 лет составляют болезни крови и кроветворных органов. Обращает внимание показатель впервые установленных случаев травм и отравлений в возрастной группе 15-17 лет - третье ранговое место.

Среди взрослого населения наибольшие показатели впервые выявленных заболеваний составляют болезни органов дыхания, болезни мочеполовой системы, травмы и отравления.

Таблица 3. Ранжирование причин впервые выявленной заболеваемости (на 100 тыс. населения) РК

Возрастная группа	I		II		III		IV		V	
	2010 г.	2014 г.	2010 г.	2014 г.	2010 г.	2014 г.	2010 г.	2014 г.	2010 г.	2014 г.
0-14 лет	Болезни органов дыхания (58959,2)	Болезни органов дыхания (51630,4)	Болезни органов пищеварения (6005,9)	Болезни органов пищеварения (5906,4)	Болезни кожи и подкожной клетчатки (5720,1)	Болезни крови и кровеносных органов (4223,1)	Болезни крови и кровеносных органов (5259,7)	Болезни кожи и подкожной клетчатки (3743,7)	Травмы и отравления (3543,9)	Болезни нервной системы (3176,1)
15-17 лет	Болезни органов дыхания (33038,1)	Болезни органов дыхания (38403,1)	Травмы и отравления (6476,2)	Болезни органов пищеварения (9468,6)	Болезни органов пищеварения (6296,6)	Травмы и отравления (6610,4)	Болезни кожи и подкожной клетчатки (5720,1)	Болезни глаза и его придатков (5392,6)	Болезни глаза и его придатков (4389,8)	Болезни кожи и подкожной клетчатки (5225,6)
18 лет и старше	Болезни органов дыхания (10647,7)	Болезни органов дыхания (9301,4)	Болезни мочеполовой системы (4767,3)	Болезни мочеполовой системы (4190,3)	Травмы и отравления (3785,5)	Травмы и отравления (3479,9)	Болезни кожи и подкожной клетчатки (2818,5)	Болезни органов пищеварения (2502,1)	Болезни органов пищеварения (2400,6)	Болезни кожи и подкожной клетчатки (2071,5)

Таблица 4. Ранжирование общей заболеваемости (на 100 тыс. населения) РК

Возрастная группа	I		II		III		IV		V	
	2010 г.	2014 г.	2010 г.	2014 г.	2010 г.	2014 г.	2010 г.	2014 г.	2010 г.	2014 г.
0-14 лет	Болезни органов дыхания (67016,5)	Болезни органов дыхания (60966,3)	Болезни органов пищеварения (13251,9)	Болезни органов пищеварения (10955,1)	Болезни крови и кровеносных органов (10517,0)	Болезни крови и кровеносных органов (8756,8)	Болезни нервной системы (6199,1)	Болезни нервной системы (5969,1)	Болезни кожи и подкожной клетчатки (3743,7)	Болезни кожи и подкожной клетчатки (4794,5)
15-17 лет	Болезни органов дыхания (41246,5)	Болезни органов дыхания (51327,7)	Болезни органов пищеварения (17102,4)	Болезни органов пищеварения (20466,0)	Болезни глаза и его придатков (4389,8)	Болезни глаза и его придатков (12178,4)	Болезни крови и кровеносных органов (9496,6)	Болезни крови и кровеносных органов (10199,3)	Болезни мочеполовой системы (7842,9)	Болезни мочеполовой системы (7738,3)
18 лет и старше	Болезни системы кровообращения (15492,5)	Болезни системы кровообращения (18895,2)	Болезни мочеполовой системы (4767,3)	Болезни органов дыхания (14601,3)	Травмы и отравления (3785,5)	Болезни мочеполовой системы (8953,0)	Болезни кожи и подкожной клетчатки (2818,5)	Болезни органов пищеварения (7548,7)	Болезни органов пищеварения (2400,6)	Болезни костно-мышечной системы (4931,0)

Среди причин смертности третье ранговое место занимают травмы и отравления (рисунок 3).

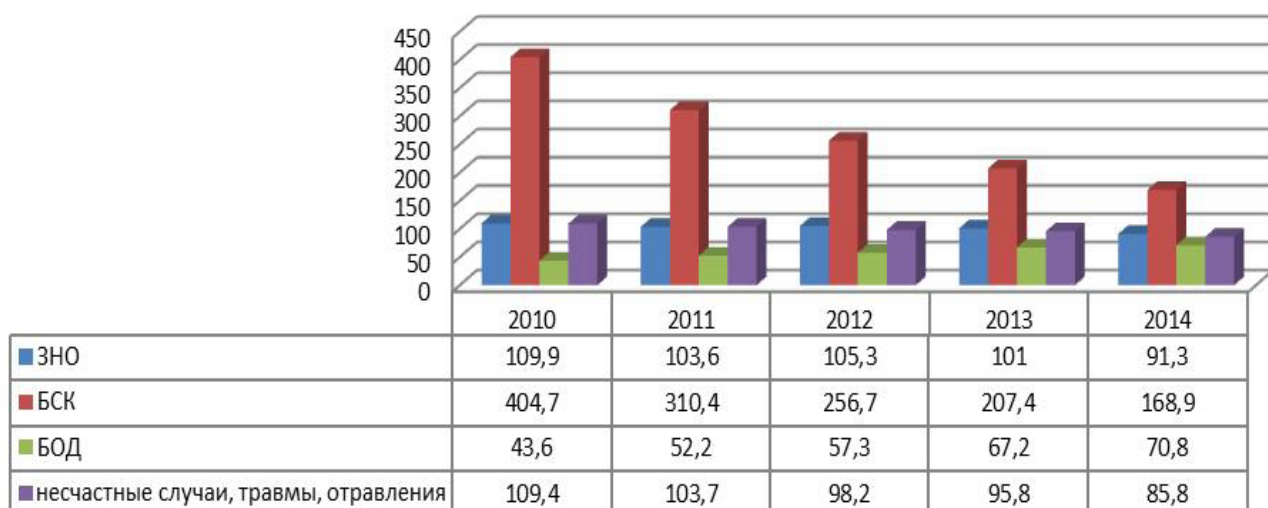


Рисунок 3. Структура причин смертности РК

В то же время, по экспертным оценкам ВОЗ ежегодно в мире умирает свыше 50 миллионов человек. В структуре смертности 2/3 составляют неинфекционные заболевания - это сердечно-сосудистые, злокачественные новообразования, диабет и хронические заболевания легких. На инфекционные болезни,

материнские болезни, неонатальные болезни и расстройства пищевого происхождения вместе взятые составляют 23% смертей в мире, а травмы - 9% всех случаев смерти [5-7].

Высокие показатели смертности в результате самоубийств (рисунок 4).

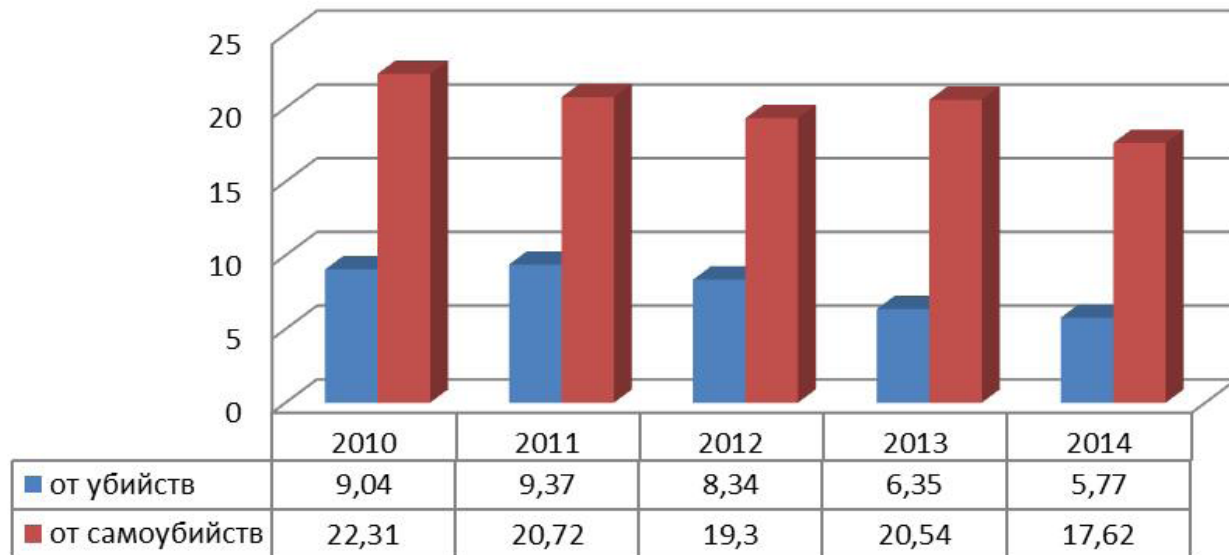


Рисунок 4. Динамика смертности от убийств и самоубийств в РК

Отмечены высокие уровни смертности среди мужского населения трудоспособного возраста в сравнении с женским населением. Так, в возрастной группе 35-64 лет - в 2,5 раза выше. На рисунке приведены данные 2014 г. Аналогичная тенденция характерна и для пе-

риода с 2010 г. (рисунок 5).

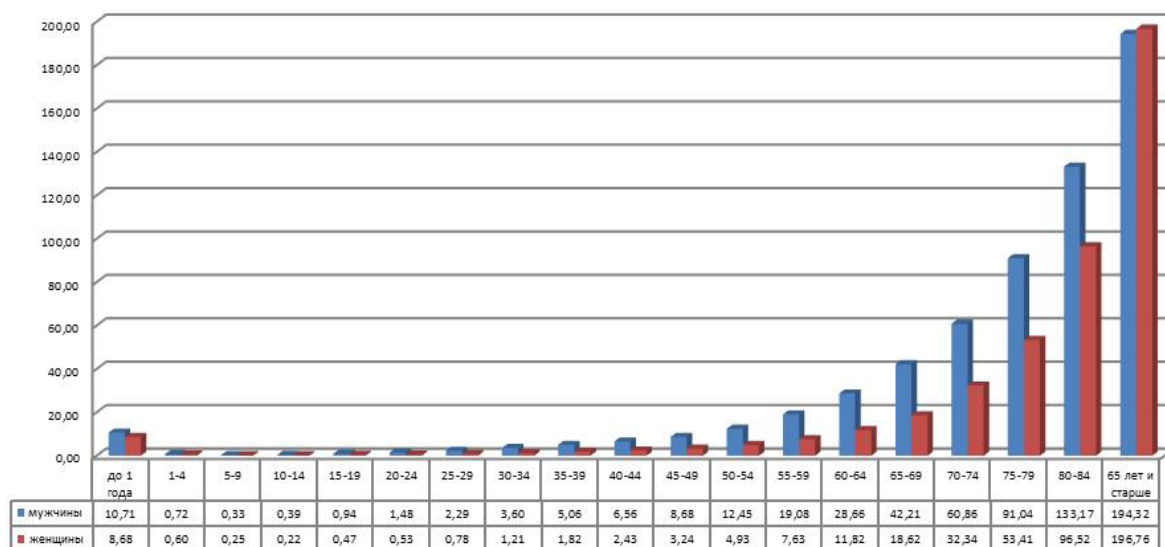


Рисунок 5. Повозрастные показатели смертности населения в РК
(на 1000 чел. соответствующей возрастной группы)

В условиях глобализации важны показатели Казахстана в мировом сообществе.

По оценкам экспертов ПРООН в 2013 г. по индексу уровня продолжительности жизни (Life Expectancy Index) Казахстан занял 137 место из 191 стран.

Одним из индикаторов экономического и социального благополучия является индекс человеческого развития, измеряющий достижения страны с точки зрения состояния здоровья, образования и уровня жизни. Здоровье и долголетие, измеряемые показателем ожидаемой продолжительности жизни при рождении являются одним из направле-

ний анализа данного показателя. По данным ПРООН 2014 г. Казахстан отнесен к странам с высоким уровнем индекса человеческого развития (из 187 стран 70-е место с индексом 0,757), [8].

В Индексе глобальной конкурентоспособности 2014-2015 гг. из 140 стран Казахстан занял 50-е место (таблица 5). Наиболее слабые позиции Казахстан демонстрирует по таким факторам, как здравоохранение и начальное образование (96, 2013 – 97), развитие финансового рынка (98, 2013 – 103), конкурентоспособность компаний (91, 2013 – 94) и инновации (85, 2013 – 84), [9].

Таблица 5. Позиции Казахстана в Индексе глобальной конкурентоспособности 2014-2015 гг.

	2014-2015 (среди 144 стран)	2013-2014 (среди 148 стран)	Динамика
Индекс глобальной конкурентоспособности	50	50	-
Базовые требования	51	48	-3 ▼
Институты	57	55	-2 ▼
Инфраструктура	62	62	-
Макроэкономическая среда	27	23	-4 ▼
Здравоохранение и начальное образование	96	97	+1 ▲
Факторы эффективности	48	53	+5 ▲
Высшее образование и профессиональная подготовка	62	54	-8 ▼
Эффективность рынка товаров	54	56	+2 ▲
Эффективность рынка труда	15	15	-
Развитость финансового рынка	98	103	+5 ▲
Технологическая готовность	61	57	-4 ▼
Размер рынка	52	54	+2 ▲
Факторы инноваций и сложности	89	87	-2 ▼
Конкурентоспособность компаний	91	94	+3 ▲
Инновации	85	84	-1 ▼

В 2012 году в мире умерли 6,6 миллиона детей в возрасте до 5 лет. Почти все (99%) эти случаи смерти произошли в странах с низким и средним уровнем дохода. Государства-члены ВОЗ распределены по группам в зависимости от уровня дохода, которые были определены Всемирным банком на 2011 г. [10,11].

По классификации ВОЗ Казахстан отнесен к странам с высшим средним уровнем доходов. Однако, в структуре младенческой смертности лидирующие позиции занимают состояния в перинатальном периоде, врожденные аномалии, болезни органов дыхания, несчастные случаи, травмы и отравления (рисунок 6).

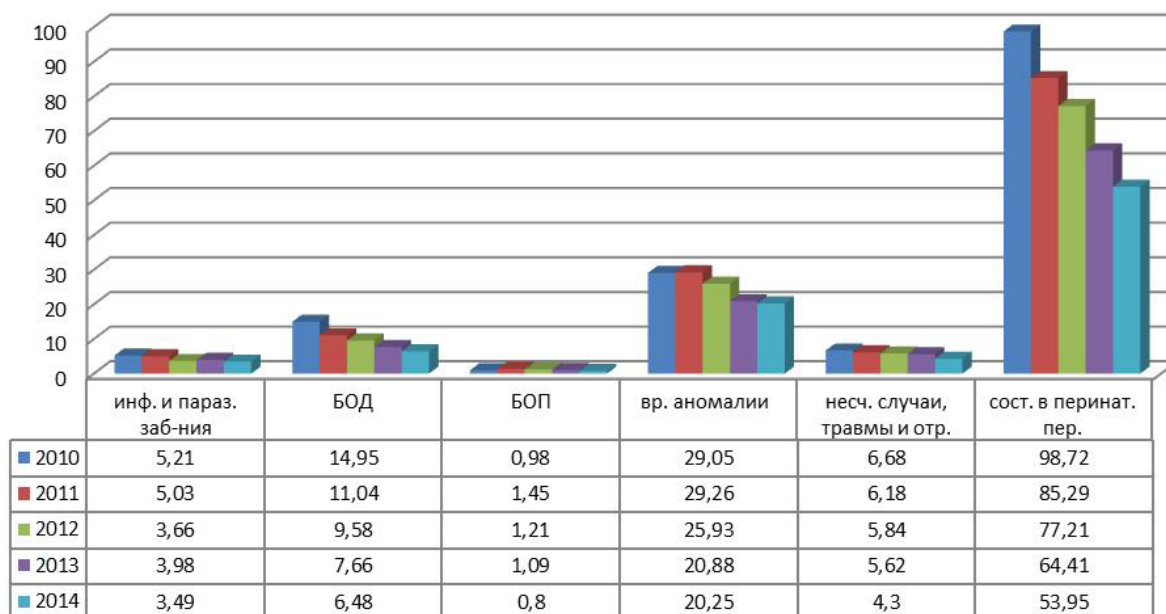


Рисунок 6. Структура младенческой смертности РК

Таким образом, представленный анализ позволяет сделать заключение, что структура заболеваемости населения Казахстана, причины смертности несколько нехарактерны для стран с высоким и средним уровнем доходов.

Бремя болезней, смертности, процесс старения населения определяют новые вызовы, решение которых требуют развития ряда направлений охраны здоровья населения и обеспечения эффективности системы с позиций нового общественного здравоохранения. В данном аспекте, проект Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 г. полностью пронизан ролью нового видения общественного здравоохранения в формировании потенциала здоровья и решения современных вызовов в условиях неизбежной интеграции в международное сообщество.

Рост расходов на здравоохранение, снижение экономических возможностей го-

сударства диктуют необходимость дальнейшего развития ПМСП. Первичная медико-санитарная помощь должна стать регулятором в системе охраны здоровья населения. Прогнозные показатели увеличения численности детей, пожилых диктуют уже на данном этапе предусмотреть особенности работы мультидисциплинарной команды ВОП, обеспечить развитие гериатрической помощи, внедрение современных технологий ухода за здоровьем матери и ребенка. Рост численности пожилого населения, и как следствие - рост возраст-ассоциированных заболеваний предопределяет необходимость совершенствования оказания медико-социальной помощи пожилым.

Необходимо дальнейшее внедрение превентивных вмешательств на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях, основанных на объективных показателях и индикаторах как медико-социальной результативности, так и экономической эффектив-

ности.

Вся деятельность ПМСП должна быть построена с позиций нового общественного здравоохранения, основанного на превентивных и прогностических подходах.

Услуги здравоохранения должны соответствовать потребностям населения. Процессы информатизации, глобализации позволяют населению владеть более широким спектром информации, как в вопросах развития отечественного здравоохранения, так и о течении ряда заболеваний. Если ранее пациенты беспрекословно доверяли мнению и назначениям врача, то на сегодняшний день выдвигаются новые требования перед специалистами, в отношении профессиональных компетенций и коммуникативных навыков, ставших неотъемлемым элементом во взаимоотношениях врача и пациента.

Уровень образованности населения, революционное развитие информационных технологий, рост культуры личности и общества, - эти факторы отражаются на личной самооценке здоровья. Весьма важен, но при этом не исследован и не обоснован научно фактор общепринятого поведения: например соблюдение бытовой гигиены, элементарной санитарии. На базе такого исследования можно на доказанной основе придать им значительно больший эффект. Структура бремени болезней и смертности свидетельствует о

роли, и крайне недостаточной личной ответственности отдельно взятого гражданина за свое здоровье.

Таким образом, в настоящее время определяются тренды формирования здоровья и потребности в услугах здравоохранения, которые должны анализироваться с позиций развития нового общественного здравоохранения.

Так, например медико-демографические процессы в среднесрочной перспективе определяют рост и распространение болезней развитого общества (болезни системы кровообращения, онкология, сахарный диабет), высокая потребность будут в оказании психологической поддержки пациентам.

Социально-экономические процессы (расслоение общества) также обусловят рост ряда заболеваний, характерных для стран с низким уровнем доходов населения (инфекционные болезни). С учетом мировых тенденции изменения климата, ускорением темпов развития производства - возможен рост заболеваний, связанных с экологией.

Обеспечение профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний видится в интеграции служб санитарно-эпидемиологического надзора с ПМСП.

Некоторые тренды формирования здоровья и потребности в услугах здравоохранения

Необходимое воздействие: Личное участие пациента, Государство, Работодатель

Причина	Следствие	Следствие
1. Демографические Старение населения Рост численности (рост рождаемости + увеличение средней продолжительности жизни) Урбанизация (в т.ч. миграция сельского населения)	Рост расходов на здравоохранение (рост потребности в услугах здравоохранения, внедрение современных технологий управления) Изменение структуры системы охраны здоровья (ориентация на пожилых, болезни возраста, болезни детского возраста) Рост бремени на работающее население Социально-экономическое неравенство	Социальные болезни развитого общества Инфекционные болезни Потребности в паллиативной помощи, Психическое здоровье,
2. Социальные Социально - имущественное расслоение общества	Рост социально-значимых заболеваний Изменение структуры заболеваемости	Стрессогенные болезни Онкология, ССЗ Неврологические заболевания Туберкулез, Психическое здоровье

3. Изменение климата и ухудшение состояния окружающей среды	Неравномерное развитие регионов, Рост заболеваемости связанной с экологией, изменением климата, деятельностью человека	Аллергии, Болезни органов дыхания, Болезни органов пищеварения, психосоматические, неврологические, профессиональные, техногенные
4. Эпидемиологические	Усиление эпидемиологического надзора Необходимость интеграции служб санитарно-эпидемиологического благополучия с ПМСП. Зависимость эпидемиологической ситуации от типа местности (городская, сельская)	Рост инфекционных болезней Рост расходов общества Уровень конкурентоспособности нации
5. Дефицит кадров	Социальные Недостаточная эффективность отечественной науки Технологическая зависимость от развитых стран Отток кадров и пациентов в другие страны Необходимость привлечения зарубежных кадров и целенаправленной подготовки	Социальное неравенство, Снижение и/или отсутствие потребности, дисбаланс в уровнях знаний, практических навыков и профессиональных компетенций в разрезе специальностей, типов, уровней, локализации служб Рост расходов на здравоохранение
6. Инфраструктура здравоохранения	Дефицит бюджетных средств на обновление материально-технической базы действующих медицинских организаций, строительство новых	Стратегическое планирование инвестиционных программ основанных на ГЧП, приоритеты текущих расходов
Принципы нового общественного здравоохранения		
Донозологическая оценка, предсказывающее, прогностическое здравоохранение	Превентивная, профилактическая медицина	Диагностическое Лечебное и реабилитационное здравоохранение

Вышеприведенные факторы определяют причинно-следственные связи формирования медико-демографических ситуаций в перспективе и безусловной необходимости развития профилактической и прогностиче-

ской медицины. Растущие расходы на здравоохранение, бремя болезней и смертности определяют ключевую роль нового общественного здравоохранения, отвечающего рекомендациям, принципам и стратегии ВОЗ.

Источники:

1. Указ Президента Республики Казахстан от 16.11.1998 N 4153 "О Государственной программе "Здоровье народа"
2. Указа Президента Республики Казахстан от 30 декабря 2001 года "Об объявлении 2002 года Годом здоровья"».
3. Указ Президента Республики Казахстан 13 сентября 2004 года N 1438 "О Государственной программе реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 гг.
4. Указ Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113 "Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан "Саламатты Қазақстан" на 2011 - 2015 годы".
5. Global Health: a Millennium Development Goal and a right for all. Address by Andris Piebalgs, EU Commissioner for Development, at the Delivering the Right to Health with the Health MDGs conference, Brussels, 2 March 2010, 120 p.
6. World Health statistics 2015, WHO, Geneva, Switzerland, 2015, 160 p.
7. The Global Health Observatory (GHO) is WHO's portal providing access to data and analyses for monitoring the global health situation: <http://www.who.int/gho/en/>, accessed 16 March 2015
8. Всемирный экономический форум (ВЭФ). Отчет о глобальной конкурентоспособности 2014-2015 г., <http://www.weforum.org/issues/global-competitiveness>

9. Доклад о человеческом развитии. Обеспечение устойчивого прогресса человечества: Уменьшение уязвимости и формирование жизнестойкости, ПРООН, 2014, 115 с.
10. Public health services: policy [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe 2012 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy>).
11. Vabo SI, Roiseland A. Tools of government in governance: the case of Norwegian urban government EURA Conference: City Futures in a Globalising World, Madrid, 2009, 89 p.

РАЗРАБОТКА МАСТЕР - ПЛАНОВ ПО РЕСТРУКТУРИЗАЦИИ СЕТИ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Кинаятов А.К.

*Директор департамента инвестиционных проектов и развития
государственно-частного партнерства
Министерства здравоохранения и социального развития РК*

Танирберген С.Т.

Координатор компонента А Группы поддержки реализации проекта

Токежанов Б.Т.

Национальный координатор Группы поддержки реализации проекта

Аталуы: Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау ұйымдары желісін қайта құрылымдау жөніндегі шебер- жоспарларын әзірлеу

Авторлары: Кинаятов А.К. Инвестициялық жобалар департаментінің директоры және мемлекеттік-жекеменшік әріптестікті дамыту департаменті, Токежанов Б.Т. Жобаның ұлттық үйлестірушісі, Тәнірберген С.Т., «Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау секторындағы технологияларды беру және институционалдық реформа жүргізу» жобасының А компонентінің үйлестірушісі

Түйіндемесі: «Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау секторындағы технологияларды беру және институционалдық реформа жүргізу» жобасының шеңберінде Sanigest Internacional (Коста-Рика) консалтингтік компаниясымен ДСДРО Инвестициялық жобалар орталығының қолдауымен халықаралық тәжірибені есепке ала отырып, әр аймаққа арналған стационарлық, бастапқы медициналық-санитариялық көмектің және лабораториялық қызметтердің құрылымын қайта қарау жөніндегі шеберлік жоспарлары әзірленді. Осы шеберлік жоспарларының, сондай-ақ жаңа Денсаулық сақтау ұйымдары желісінің мемлекеттік нормативтің талаптарының негізінде облыстардың, Астана және Алматы қалаларының денсаулық сақтау басқармаларымен Денсаулық сақтау ұйымдарының желісін дамытудың 2015-2025 жылдарға арналған перспективалық жоспарлары әзірленді. Кейін олар ҚР ДӘДМ-мен келісілді және жергілікті атқарушы органдармен мақұлданды.

Title: Development of master plan on restructuring network of organizations of health protection Republic of Kazakhstan

Authors: Kinayatov A.K., Director of the Department of investment projects and the development of public-private partnerships, Tanirbergenov S. "The Kazakhstan health sector Technology transfer and institutional reform project", Tokezhanov B.T. National Project Coordinator

Abstract: Within the framework of Project "The Kazakhstan health sector Technology transfer and institutional reform project" by a consulting company Sanigest Internacional (Costa Rica) at an assistance Center of investment projects of Republican center for health development were worked out master plan on restructuring stationary, primary medical help and laboratory service for every region of country taking into account international advanced experience. On the basis of these master plan, and also requirements of the new State norm of network of organizations of health protection by the managements of health protection of areas and cities Astana and Almaty the Perspective plans of development of network of organizations of health protection were worked out on 2015-2025, that were afterwards concerted with Ministry of health and social development of republic of Kazakhstan and approved by local executive branches.

За последние двадцать лет изменения в спросе на медицинские услуги здравоохранения привели к значительным переменам роли больниц и увеличению значимости амбулаторного лечения для пациентов. Данная тенденция была вызвана рядом внешних факторов, каждый из которых влияет на процесс инвестиционного планирования в Казахстане:

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

- минимально инвазивные хирургические вмешательства, такие как лапароскопические и эндоскопические процедуры приводят к сокращению длительности госпитализации;

- растущая мощность ПМСП и активное использование эффективных лекарственных средств на амбулаторном уровне для лечения хронических заболеваний снижают потребность в госпитализации. Новые фармацевтические схемы замещают необходимость длительной госпитализации для лечения болезней (например, использование современных препаратов для лечения язвенной болезни).

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

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

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

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

Вместе с тем, анализ действующей нормативно-правовой базы (проведенный в первые годы реализации проекта), регламентирующей вопросы нормирования сети организаций здравоохранения показал, что часть нормативов сохранилась с советских времен и не соответствуют современным требованиям, принципам доказательной медицины и уровню развития медицинских технологий, часть нормативов вообще отсутствуют. В результате, в стране наблюдается большой разброс структурных параметров сети в разрезе регионов и между областями, а планирование новых объектов и инвестиции в реконструкции старых фактически производятся нерационально.

Изучение структуры сети больниц показало, что наибольшее число развернутых коек (свыше 40%), наряду с неэффективностью их работы, характерны для специализированных организаций. Ввиду несоизмерно малого количества коек восстановительного лечения и сестринского ухода, данный тип помощи и сопутствующие ей социальные функции осуществляются обычными специализированными больницами, не располагающие соответствующими ресурсами. Помимо этого, существовавшая система формирования потоков пациентов не мотивировала сами организации к оказанию помощи при более «сложных» случаях и зачастую пациент механически перенаправлялся на более высокий уровень чисто автоматически, без наличия объективных показаний.

Особенностью сети объектов ПМСП в Казахстане было наличие устаревшей инфраструктуры организаций ПМСП и технологий, средний возраст зданий составлял 31 год, при этом для поликлиник этот показатель ниже по сравнению с врачебными амбулаториями, фельдшерско-акушерскими и медицинскими пунктами. Неравенство в обеспечении медицинским персоналом между сельскими и городскими районами, как и везде в мире, наблюдается дефицитом врачей в сельских районах и их переизбытком и сверхспециализацией в городских условиях. Ориентация на количество посещений как основную меру

доступа к ПМСП, уровень посещений на душу населения в Казахстане является высоким по сравнению с международным стандартом (в среднем 5 посещений), однако это не приводит к лучшим результатам медицинской помощи, что требует большего внимания к содержанию и результатам самих посещений.

Анализ инфраструктуры лабораторного сектора показал следующее. Быстрый прогресс в области технологий и сетевого подключения (доступа к интернету) резко изменили методы планирования и оказания лабораторных диагностических услуг. В дополнение эпидемиологический профиль в Казахстане меняется и на смену инфекционным заболеваниям быстро приходят хронические заболевания, которые нуждаются в постоянном мониторинге на амбулаторном уровне. В данных условиях, эффективность клинической медицинской помощи может значительно повыситься благодаря адекватному доступу к качественным лабораторным исследованиям. Лечение и профилактика большинства серьезных заболеваний могут быть улучшены посредством построения лабораторной гипотезы, подтверждения диагноза, лабораторного мониторинга пациента после установления диагноза и надзора по мониторингу тенденций заболеваемости и смертности.

В этой связи, возникла необходимость в разработке мер по внедрению передовых международных стандартов в области планирования инвестиций в инфраструктуру здравоохранения – больничный сектор, сектор ПМСП и лабораторную службу.

Для решения этой задачи, в рамках Проекта «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан», Министерством здравоохранения Республики Казахстан был заключен контракт № KHSTTIRP – A2/CS-02 от 9 апреля 2010 года «Партнерское взаимодействие по инвестиционному планированию в секторе здравоохранения» с консалтинговой компанией Sanigest Internacional (Коста-Рика).

В соответствии с данным контрактом,

на основе передового международного опыта, компанией Sanigest Internacional были разработаны мастер-планы по реструктуризации стационарной, первичной медико-санитарной помощи и лабораторной службы для каждого региона страны.

Мастер-планы по реструктуризации больничного сектора

Методология разработки предлагаемых изменений в больничной сети для каждой области включает:

1) обзор изменений на основе Государственного норматива сети организаций здравоохранения Республики Казахстан, утвержденного постановлением Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009 года №2131 с акцентом на развитие многопрофильных больниц;

2) анализ текущей инфраструктуры, коучного фонда, персонала, и технологий в сравнении с предлагаемыми стандартами на основе наилучшей международной практики;

3) предложения по изменению районирования (зон) обслуживания населения по уровням больниц;

4) картирование больничной сети в зависимости от времени в пути до больниц соответствующего уровня, с предложениями по улучшению доступа к специализированным услугам.

В основе мастер планов заложены следующие принципы:

1) планирование ресурсов на основе потребности населения в услугах здравоохранения – фокус на потребности пациентов вместо подходов по увеличению «предложения»;

2) время в пути до больниц соответствующего уровня для всего населения, используется как стандарт доступа к услугам здравоохранения;

3) безопасность и качество медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с международными стандартами;

4) продвижение справедливого распределения ресурсов между первичным уровнем здравоохранения и больничным сектором;

5) развитие условий для финансовой устойчивости, что обеспечивает соответствие

предоставляемых услуг доступным ресурсам;

б) развитие больниц как центров наивысшего мастерства, предоставляющих услуги наивысшего качества для всего населения.

Мастер-план для каждого региона включал следующее:

- переход от монопрофильных специализированных больниц (за исключением онкологических и противотуберкулезных больниц) к многопрофильным больницам и организациям долгосрочного лечения;

- включение рекомендаций по планированию минимальных объемов основных услуг, таких как родовспоможение, хирургия, интенсивная помощь в неонатальном периоде и др.;

- разработку среднесрочной инвестиционной стратегии предусматривающей достижение показателя – как минимум 75% всех больниц должны быть оптимизированы с конечным фондом от 200 до 600 коек.

Для обеспечения достижения целевого показателя 1500 койко-дней на 1 000 населения, отраженного в Стратегическом плане МЗ РК на 2009-2011 годы, в предлагаемой модели были учтены следующие мероприятия:

- сокращение средней длительности пребывания в больнице на 25% для всех специальностей с особым вниманием на хирургические случаи и туберкулеза и передачей их в больницы долгосрочного лечения, реабилитационные больницы.

- увеличение амбулаторной хирургии на 40% от всех хирургических случаев;

- дизайн

зон обслуживания включает время в пути до организации ПМСП 30-45 минут, до третичного уровня и специализированных организаций – от 120 до 240 минут;

- увеличение доступности к абортам в амбулаторных условиях путем внедрения современных амбулаторных методов и фармацевтических препаратов.

- сокращение до 10% госпитализаций с заболеваниями, чувствительными к лечению на амбулаторном уровне.

Ключевыми предложениями в предлагаемой модели больничной сети являются наряду с созданием многопрофильных больниц, как это предусмотрено Государственной программой развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, создание промежуточного уровня – межрегиональных больниц, в которых будет сконцентрирована специализированная помощь, доступная населению в пределах зоны обслуживания с соблюдением вышеописанных принципов.

Предложено планирование коечного фонда по макро-специальностям для обеспечения более рационального распределения коек по специализированным профилям.

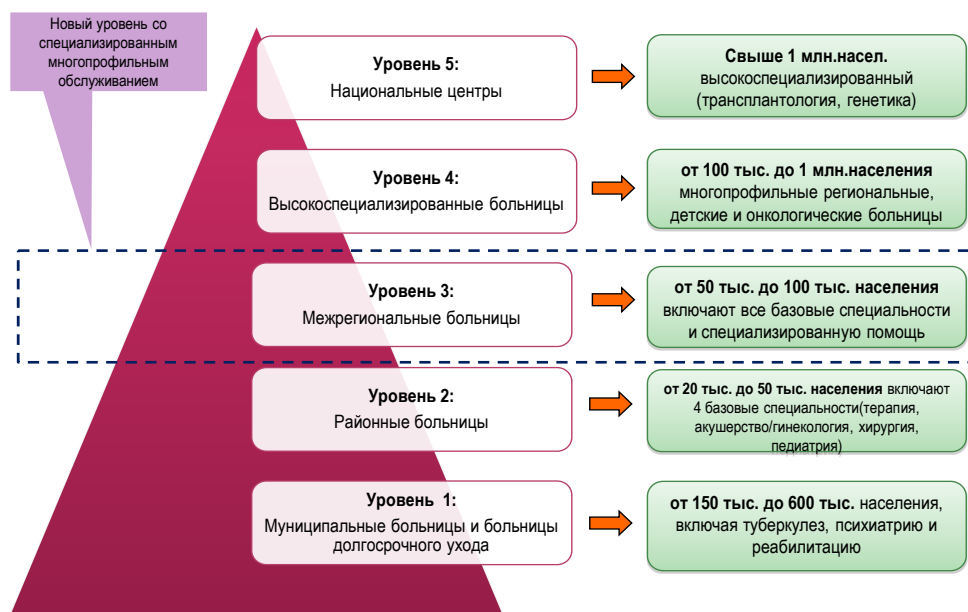


Рисунок 1. Предлагаемая модель больничной сети

Реализация мастер-планов и внедрение новой модели больничной сети потребует изменения системы направлений на новый уровень лечения – в межрегиональную многопрофильную больницу, где будет сконцентрирована специализированная помощь и технологии, доступные для большинства населения. Новые межрегиональные больницы могут предоставлять высокие технологии

такие как МРТ и/или КТ, химиотерапию, диализ, кардиологическую помощь, которые в настоящее время доступны только на уровне области. Межрегиональные больницы будут спроектированы на основе международных стандартов, так же как и новые организации здравоохранения, куда будут направляться пациенты из районных и сельских больниц.

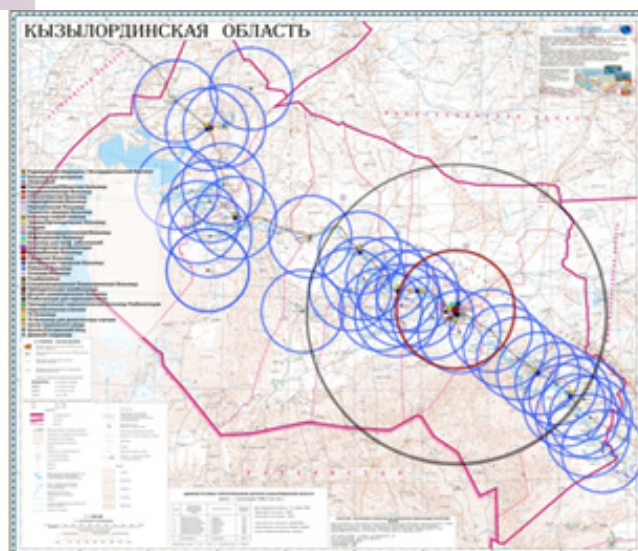


Рисунок 2. Существующая сеть больничных учреждений Кызылординской области (на июнь 2011 года)

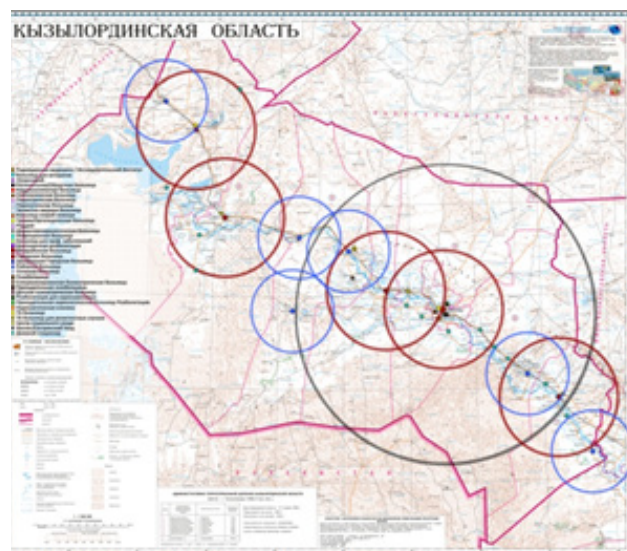


Рисунок 3. Предлагаемая сеть больничных учреждений Кызылординской области по стандарту компании Sanigest Internacional

Применение стандартизованного показателя коечного фонда по уровням оказания больничных услуг и медицинским специальностям позволило разработать первоначальные предложения по реструктуризации больничной сети на основе картирования зон обслуживания.

Разработанные мастер-планы предполагают синхронные изменения в структуре и работе сектора ПМСП, направленные на улучшение качества медицинской помощи, лабораторной диагностики и расширение доступности амбулаторного лекарственного обеспечения, а также развитие социальной инфраструктуры и транспортной системы по следующим направлениям:

- услуги воздушного транспорта;
- экстренная транспортировка;
- общественная или больничная транспортная система, которая сократит расходы

больниц, связанные с отсутствием средств приехать или уехать из больницы, а также исключит необходимость оставлять больных на ночь;

- строительство гостиниц в ближайшем расположении с больницами для предоставления стационарозамещающих услуг.

Мастер-планы по реструктуризации первичной медико-санитарной помощи

В течение 2014 года компанией Sanigest Internacional была завершена разработка мастер-планов по реструктуризации сектора ПМСП для всех 14 областей страны, а также городов Астана и Алматы.

Мастер-планы основаны на популяционном принципе, который оценивает текущие и будущие потребности населения и развивает сеть ПМСП через пациентоориентированный подход. Все мастер-планы содержат в себе долгосрочную стратегию по переходу

от существующей сети ПМСП в конкретном регионе к современной сети, нацеленной на достижение наилучших показателей здоровья

наиболее экономически эффективным образом.

Таблица 1. Предложения компании Sanigest Internacional по совершенствованию норматива сети объектов здравоохранения

Существующий норматив сети		Предлагаемый норматив сети	
Тип объекта	Норматив численности населения	Тип объекта	Норматив численности населения
Медицинский пункт	50 – 800	Медицинский пункт	от 300 – 1 200 / 1 500
Фельдшерско-акушерский пункт	800 – 2 000		
Врачебная амбулатория	2 000 – 10 000	Врачебная практика	1 200 / 1 500 – 3 000 / 4 000
Сельская поликлиника	от 10 000	Центр семейного здоровья	3 000 / 4 000 – 30 000
Районная поликлиника	30 000	Районный центр ВОП / семейного здоровья	4 000 – 30 000 (+Центр семейного здоровья)
Городская поликлиника	30 000	Городской центр ВОП / семейного здоровья	30 000 – 150 000 (+Центр семейного здоровья)

Мастер-планы разрабатывались на основе четырех этапного подхода, который учитывает изменения местного законодательства (в т.ч. постановление Правительства Республики Казахстан №114 от 19 февраля 2014 г.), стратегические цели Министерства здравоохранения и лучшую международную практику. Процесс работы, приведший к созданию предложенных рекомендаций, включал:

- первоначальный учебный семинар по методологии разработке мастер-планов, разработке стандартов планирования и ситуационному анализу;

- разработка предлагаемых изменений в сети ПМСП, в том числе: (1) обзор изменений на основе новой редакции Государственного норматива сети организаций здравоохранения Республики Казахстан, утвержденного постановлением Правительства Республики Казахстан от 19 февраля 2014 года №114, анализ текущего состояния инфраструктуры, кадрового обеспечения и технологий в сравнении с предлагаемыми стандартами, основанными на лучшей международной практике; (2) применение предлагаемой сети к прогнозируемой численности населения, и (3) отображение новой сети ПМСП на карте каждого района области для определения потребности в оснащении персоналом, оборудованием и зданиями;

- последующий семинар для обсуждения предварительных рекомендаций, корректировки предлагаемой сети с учетом конкретных вопросов, с которыми сталкивается население, и прочих местных условий и достижения консенсуса относительно изменений в сети;

- окончательный вариант мастер-плана для каждой области.

Согласно расчетам Sanigest Internacional общий объем предполагаемых инвестиций для реализации предложенных мастер-планов ПМСП составит 1,6 млрд. долларов США, в том числе:

- оснащение оборудованием – 108,2 млн. долларов или 6,8%;
- реконструкцию 2 669 зданий ПМСП – 336,7 млн. долларов или 21,3%;
- ремонт 830 существующих объектов – 689,4 млн. долларов или 43,3%;
- строительство 757 новых зданий – 454,8 млн. долларов или 28,6%.

Таблица 2. Предлагаемая структура сети объектов здравоохранения в разрезе регионов (Sanigest Internacional)

Область	Областной ЦСЗ	Районные ЦСЗ	Городские ЦСЗ	ЦСЗ	ВП	МП
Акмолинская		19	2	5	137	191
Астана			11	32	1	
Актюбинская		12	7	15	68	167
Восточно-Казахстанская		14	14	19	109	187
Северо-Казахстанская		13	4	13	75	203
Алматинская		16	5	148	158	258
Алматы			19	28		
Атырауская		5	8	19	54	47
Жамбылская		10	8	44	65	186
Западно-Казахстанская		11	7	17	45	145
Карагандинская		9	12	19	68	134
Костанайская		17	8	8	77	134
Кызылординская	1	10	7	27	60	82
Мангистауская		5	9	11	22	11
Павлодарская		11	10	6	51	83
Южно-Казахстанская		10	15	164	276	277
Всего	1	160	152	575	1 266	2 103

Анализ затрат и выгод показывает, что чистая выгода от реструктуризации ПМСП в ближайшем 12-тилетнем периоде прогнозируется на уровне 10,23 долл. США на каждый инвестированный доллар. Основные выгоды будут получены в результате улучшения доступа к услугам ПМСП, сокращения транспортных расходов, а также такие непрямые результаты, как сокращение времени нетрудоспособности и случаев смертности.

Учитывая масштабность инвестиций компанией Sanigest Internacional предложено проведение реструктуризации в течение 3 фаз:

- Фаза 1 – краткосрочные меры, реализуемые в течение 1-3 лет, начало строительства отсутствующих объектов, ремонт зданий (преимущественно в сельской местности), принятие Плана развития кадровых ресурсов и внедрение в законодательство мер по стимулированию работников ПМСП, особенно в сельской местности;

- Фаза 2 – основные инвестиции (3-5 лет), ремонт и реконструкция зданий (преимущественной в городах), переоснащение, подготовка кадров (расширение клинических

компетенций для перехода от специализированной помощи к уходу, оказываемому ВОП), достижение 100%-ной компьютерной грамотности персонала ПМСП, создание развитой транспортной инфраструктуры, полное функционирование телемедицинских центров нового формата;

- Фаза 3 – 7-15 лет, строительство новых зданий, переподготовка кадров по новым стандартам образования имеющих усовершенствованные клинические навыки, имеется 90% транспортных средств для обеспечения основных потребностей населения, произведена интеграция услуг реабилитации, психического здоровья, ведения больных с туберкулезом и наркомании в сектор ПМСП.

Мастер-планы по централизации лабораторной службы

В 2014 году компанией Sanigest Internacional также была завершена разработка мастер-планов по реструктуризации и централизации лабораторной службы для всех 14 областей страны, а также городов Астана и Алматы.

При разработке мастер-планов было учтено принятие постановления Правитель-

ства Республики Казахстан от 21 декабря 2011 года № 1566 «Об утверждении Положения о деятельности организаций и (или) структурных подразделений организаций здравоохранения, осуществляющих лабораторную диагностику, а также объема и видов проводимых ими исследований».

Основные цели, которые учитывались при разработке мастер-планов:

- Период ожидания результатов исследования.
- Достоверность и качество исследований.
- Финансовая и географическая доступность лабораторий и их услуг.
- Поток цифровой информации, совместимый с системой КЗГ:.
- Прозрачность результатов диагностики.
- Сокращение излишней диагностики.
- Централизация лабораторий.
- Аккредитация лабораторий.
- Максимизация и использование ноу-хау персонала:

Sanigest Internacional предложил «верную модель» лабораторной службы. Верная модель используется в контексте системы получения образцов из нескольких источников, где имеется основной консолидатор, называемый «хабом», который является своего рода «лицом» лабораторной сети в то время,

как непосредственно связанные с ним организации, или «спицы», оказывают услуги и выполняют функции пунктов забора в многочисленных населенных пунктах.

В перспективе ожидается, что «хаб» возьмет на себя обязанность по управлению, в том числе развитие потенциала, управление результатами и персоналом, соответствие нормативным требованиям, единые стандарты доставки лабораторных результатов и управления лабораторным персоналом.

Мастер-планы по централизации лабораторной службы включали следующие рекомендации.

В части изменения финансирования:

1) каждый уровень лаборатории должен иметь свой собственный бюджет в формате подушевых расходов на лабораторные исследования (например, как часть расходов на стационарных пациентов);

2) для межорганизационного финансирования лабораторных исследований, должен использоваться пересмотренный тарификатор с уровнем цен, соответствующим международным стандартам;

3) тарификатор услуг должен быть сформирован на основе международных классификаторов услуг. В качестве образца для составления подобного тарификатора рекомендуется использовать немецкие тарификаторы EBMx1.4-1.7 или 0.30x GOA.



Рисунок 1. Предлагаемая иерархия лабораторий

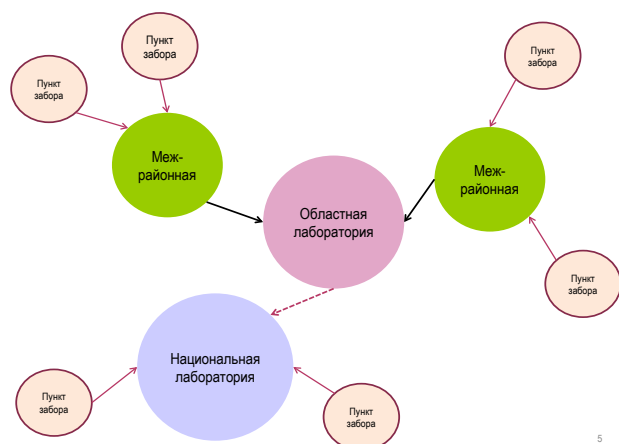


Рисунок 2. "Верная" модель лабораторной службы

В части политики закупок лабораторного оборудования и реактивов:

- 1) использовать способ закупок «плата за услугу» за услуги стандартных лабораторий и закупка собственного оборудования для специализированных лабораторий (цитологии, гистопатология, микробиология и др.);
- 2) централизованная закупка реагентов на открытом международном рынке, через единого закупщика с таким расчетом, чтобы конечные цены на реагенты были одинаковы на всей территории страны;
- 3) обнуление таможенных пошлин и налогов на лабораторное оборудование, а также создание 2-х таможенных постов в разных частях страны для обеспечения оперативного ввоза реагентов.

В части развития кадровых ресурсов:

- 1) предоставить компетентным средним медицинским работникам право производить забор материала для лабораторных исследований;
- 2) сократить персонал, более не требуемый лабораторном секторе, в течение адекватного периода времени без слишком высоких издержек;
- 3) поддерживать сокращенный персонал (60-80%) в поиске новой работы;
- 4) включить в заработную плату медицинских сестер определенную сумму (долю) средств за забор материала для диагностического исследования.

Таблица 3. Изменения в количестве и структуре кадрового состава лабораторной службы

Персонал	Текущее количество	Рекомендуемое количество	Чистое изменение
Всего	11 215	2 322	- 8 893
Врачи лабораторий	2 634	458	- 2 176
Лабораторные ассистенты	-	1 656	1 656
Медсестры	8 580	208	- 8 552

Несмотря на расходы, связанные с приобретением нового лабораторного оборудования, реагентов, повышение квалификации медицинских работников реализация мастер-планов позволит обеспечить существенную экономию, обусловленную:

- 1) снижением расходов за счет сокращения излишнего персонала;
- 2) существенным уменьшением количества мелких лабораторий;
- 3) централизованным закупом оборудования и реагентов;
- 4) стандартизацией стереотипных процедур и автоматизация процессов.

Для страны в целом экономия может составить от 39 до 67 млн. евро в год, включая средства, необходимые для управления Национальной лабораторией.

Затраты на лабораторную диагностику в расчете на 1 жителя могут сократиться с 8 до 4,6 евро в год.

Прогресс внедрения мастер-планов и обеспечение устойчивости результатов

Институционализация

В качестве партнера по обеспечению институциональной устойчивости мероприятий в рамках Проекта выступает Центр инвестиционных проектов РЦРЗ.

При выполнении контракта Sanigest Internacional также тесно взаимодействовала по соответствующим направлениям с Департаментом стратегического развития МЗ РК, департаментами инвестиционных проектов и развития государственно-частного партнерства, организации медицинской помощи МЗСР РК, а также с Комитетом государственного санитарно-эпидемиологического надзора МЗ РК.

Принятие нового Государственного норматива сети организаций здравоохранения

С учетом рекомендаций по структу-

ре сети организаций здравоохранения, выработанных компанией Sanigest Internacional МЗСР было инициировано принятие нового Государственного норматива сети организаций здравоохранения Республики Казахстан, утвержденного постановлением Правительства Республики Казахстан от 19 февраля 2014 года №114.

В новом Государственном нормативе были включены следующие позиции:

- основной больничного сектора становились многопрофильные больницы (как для взрослых, так и для детей);

- введен принципиально новый тип больниц – межрайонная многопрофильная больница для обслуживания населения в местностях, где проживает не менее 100 тысяч человек;

- специализированные больницы (инфекционная, наркологическая, психиатрическая, кожно-венерологическая) сохраняются только на уровне областного центра, допускается преобразование областной инфекционной больницы в отделение при областной многопрофильной больнице;

- вводится требование об открытии реабилитационных коек или отделений в больницах, а создание реабилитационного центра стало допустимым только при наличии обслуживаемого населения в количестве не менее 150 тысяч человек;

- впервые введено требование об открытии хосписных коек или отделений в больницах, а также открытие больницы сестринского ухода при численности населения не менее 400 тысяч человек.

Реализация мастер-планов и планирование инвестиций

Разработанные компанией Sanigest Internacional мастер-планы по реструктуризации больничного сектора, сектора ПМСП и лабораторной службы были поддержаны МЗСР.

На основе этих мастер-планов, а также требований нового Государственного норматива сети организаций здравоохранения (2014 год), управлениями здравоохранения областей и городов Астана и Алматы были разработаны Перспективные планы развития сети организаций здравоохранения до 2025 года. Перспективные планы каждого региона были согласованы с МЗСР и одобрены местными исполнительными органами.

Мастер-планами по реструктуризации больничной сети были предусмотрены изменения, затрагивающие 717 больниц различного уровня, а именно: сохранение статуса, объединение, преобразование в объекты ПМСП, закрытие и т.д. Эти рекомендации, с учетом социально-экономических особенностей каждого региона были учтены в перспективных планах.

Таблица 4. Прогресс интеграции мастер-планов реструктуризации больниц в перспективных планах развития сети организаций здравоохранения регионов (все регионы, 2014 г.)

	Рекомендации по мастер-плану	Перспективные планы регионов	Отклонение
Сохранить статус	201	246	45
Объединение	130	150	20
Реорганизация ЦРБ в многопрофильные больницы	78	70	-8
Реорганизация ЦРБ в районные больницы	127	131	4
Создание реабилитационных центров	18	14	-4
Создание хосписов	30	20	-10
Создание больниц сестринского ухода	4	4	0
Всего	717	717	0

Перспективными планами предусмотрена реализация мастер-планов по реструктуризации объектов ПМСП, предполагается, что:

- 137 врачебных амбулаторий будут преобразованы в фельдшерско-акушерские или медицинские пункты;
- 63 фельдшерско-акушерских и медицинских пункта, в населенных пунктах с большой численностью населения, должны

быть преобразованы во врачебные амбулатории;

- 3 сельские поликлиники должны быть реорганизованы во врачебные амбулатории.

- 335 медицинских пунктов должно быть закрыто

- 82 сельские больницы должны быть преобразованы в объекты ПМСП

Источники:

По материалам отчетов компании Sanigest Internacional.

НАЦИОНАЛЬНЫЕ СЧЕТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН. ОБЗОР РАСХОДОВ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЗА 2010-2014 ГОДЫ

Токежанов Б.Т.

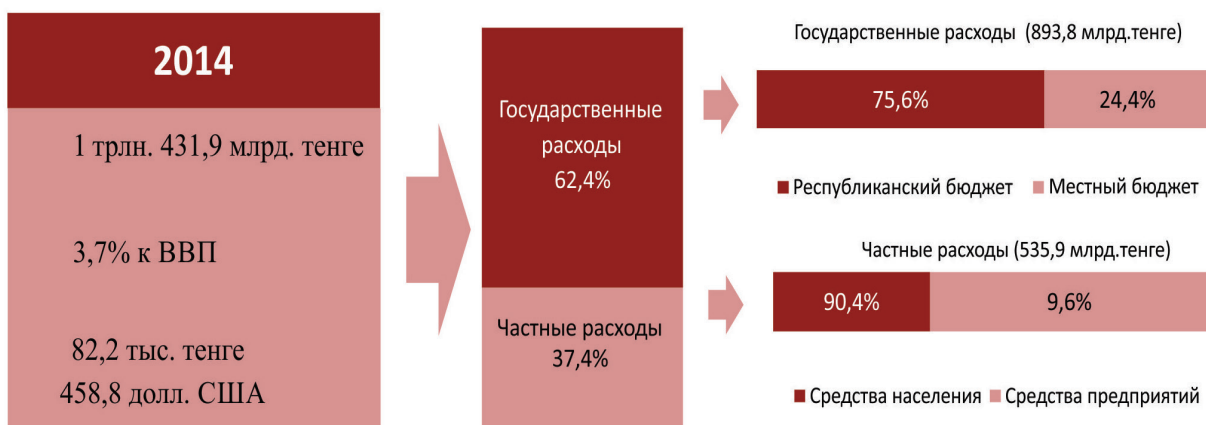
Национальный координатор Группы поддержки реализации проекта

Танирбергенов С.Т.

Координатор компонента А Группы поддержки реализации проекта

Нургожаев А.А.

Руководитель Центра экономических исследований РГП «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения и социального развития РК



Динамика общих расходов на здравоохранение за 2010-2014 годы (на 1 жителя, в номинальном исчислении, в ценах 2010 года, тыс. тенге)



Динамика структуры расходов на здравоохранение за 2010-2014 годы, в % к ВВП



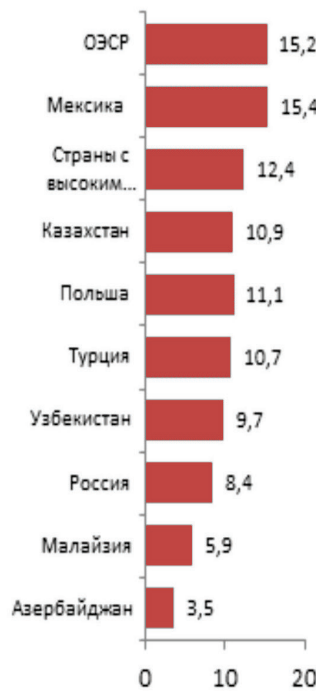
Общие расходы на здравоохранение, в % к ВВП



Общие государственные расходы на здравоохранение, в % к ВВП



Общие государственные расходы на здравоохранение, в % к общим расходам правительства



Расходы на здравоохранение в Казахстане и некоторых странах и регионах мира (по оценке ВОЗ, 2013)

Общие расходы на здравоохранение в Казахстане составляют 3,7% к ВВП, что ниже среднего показателя в странах с высоким-средним уровнем дохода (9,3%).

Доля государственных расходов на здравоохранение к ВВП меньше (2,3%), чем в среднем в странах с высоким-средним уровнем дохода (4,5%).

Уровень государственных расходов на здравоохранение по отношению к общим расходам правительства (11,5%) ниже показателя стран с аналогичным уровнем развития (12,4%)

Источник: НСЗРК, ВОЗ, National Health

Средневзвешенный официальный курс по данным Национального Банка РК в 2014 г. – 179,2 тенге

Национальные счета здравоохранения – система регулярного, всестороннего и последовательного мониторинга финансовых потоков в системе здравоохранения, которая способствует предоставлению информации для мониторинга и анализа национальной системы здравоохранения, а также определению агрегированных показателей финансирования здравоохранения для международного сравнения расходов на здравоохранение.

Разработка НСЗ в Республике Казахстан началась в 2004–2005 годах МЗ РК при поддержке Всемирного Банка. В эти годы был проведен анализ источников данных, изучены бизнес-процессы сбора и обработки данных, а также разработана концепция формирования НСЗ, основанная на сплошном сборе данных от каждого поставщика услуг, относящихся к сфере здравоохранения.

С 2011 года в рамках Проекта «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан» в качестве консультанта была привлечена компания Oxford Policy Management. Совместно с консультантом, Департаментами стратегического развития, экономики и финансов МЗ РК и Центром экономических исследований РЦРЗ (далее – ЦЭИ) был разработан новый подход по формированию НСЗ, основанный на снижении административной нагрузки на респондентов и сборе данных из существующих централизованных стабильных и регулярных источников информации.

Так, источником информации о государственных расходах на здравоохранение стали официальные данные, предоставляемые Комитетом Казначейства МФ РК – отчет об исполнении государственного бюджета. Применимость этих данных обусловлена соответствием подходов по формированию единой бюджетной классификации стандартам МВФ по статистике государственных финансов.

Источником информации о расходах частного сектора стали:

- ежегодная форма государственной статистической отчетности «Соцфин

(здрав)», формируемая органами государственной статистики. Данная форма отчетности охватывает всех хозяйствующих субъектов, осуществляющих деятельность в сфере здравоохранения, содержит сведения об их финансово-хозяйственной деятельности и применяется также при формировании вспомогательных счетов здравоохранения;

- исследование расходов домохозяйств, проводимое органами государственной статистики на ежеквартальной основе.

Информация о средствах, проходящих через страховые организации, извлекается из сводной статистической отчетности, формируемой Национальным банком Республики Казахстан.

С целью институционализации процесса формирования НСЗ, в структуре ЦЭИ была сформирована группа специалистов по оценке расходов системы здравоохранения. Совместно с международным консультантом, этой группой была проведена работа по построению НСЗ за 2010-2011 годы на основе «Руководства по разработке национальных счетов здравоохранения», разработанного ВОЗ, Всемирным Банком и ЮСАИД в 2003 году. Общее руководство процессом формирования НСЗ осуществляется Департаментом стандартизации медицинских услуг МЗСР РК.

Начиная с 2013 года, в связи с углублением сотрудничества Казахстана с ОЭСР, МЗСР РК приняло решение о внедрении стандарта «Система счетов здравоохранения 2011 года» (SHA 2011), разработанного ОЭСР. В этой связи, таблицы НСЗ за 2012-2014 годы начали формироваться специалистами РЦРЗ совместно с консультантом на основе новой методологии. Соответственно, материалы НСЗ 2010-2011 гг. были пересчитаны и актуализированы для достижения сравнимости.

Результатом тесного сотрудничества с международным консультантом стало формирование кадрового потенциала, способного формировать НСЗ на регулярной основе. Ежегодно специалистами РЦРЗ совместно с ДСМУ МЗСР РК формируется отчет «Обзор

расходов на здравоохранение», который распространяется среди заинтересованных сторон, а также публикуется на официальном сайте МЗСР РК в открытом доступе. Сводные таблицы НСЗ ежегодно предоставляются в Европейское региональное бюро ВОЗ.

Накопленные за период реализации Проекта данные позволили проанализировать расходы на здравоохранение за период с 2010

по 2014 годы.

Анализ структуры расходов на здравоохранение по источникам финансирования показывает, что государственный сектор несет основную финансовую нагрузку (2,7-2,3% к ВВП в 2010-2014 гг.). Объем финансовых средств, поступающий из частного сектора, остается относительно стабильным на протяжении ряда лет, и составляет 1,3-1,4% к ВВП.



Рисунок 3. Динамика структуры расходов на здравоохранение в Казахстане за 2010-2014 годы, в % к ВВП

Однако, несмотря на постоянный рост номинальных расходов, инфляционные процессы оказывают существенное влияние на финансирование системы здравоохранения. Так, рост реальных расходов на здравоохранение на 1 жителя в период с 2010 по 2014 годы составил всего 1,2 раза. При этом, в номинальном выражении данный показатель увеличился в 1,5 раза.

Подушевые расходы на здравоохранение в 2014 году в Казахстане составили 82 207 тенге или 458 долл. США. Значение этого показателя ниже уровня подушевых расходов в группе стран с высоким – средним уровнем дохода (512 долл. США), а также в странах-членах ОЭСР (3990 долл. США).

Средства частного секто-



Рисунок 4. Динамика общих расходов на здравоохранение за 2010-2014 годы (тыс.тенге)

ра в структуре общих расходов на здравоохранение в 2014 году составили 37,4%. При этом, 33,8% общих расходов на здравоохранение составляют частные средства населения. Данный показатель выше показателя стран с



Рисунок 5. Расходы населения в Казахстане и в некоторых странах (в % к общим расходам)

Что касается распределения средств здравоохранения, за период с 2010 по 2014 годы в среднем около 60-65% от общих расходов на здравоохранение были направлены на услуги лечения и реабилитации.

В структуре расходов услуг лечения преобладают услуги стационарной помощи, на которые были направлены в среднем 54,9% этих средств. Расходы на высокоспе-

циализированную медицинскую помощь за указанный период возросли на 208%. Удельный вес расходов на услуги, оказываемые в амбулаторно-поликлинических организациях, в структуре расходов на услуги лечения варьировался в коридоре 37%-48% за период в 2010-2014 годы, несмотря на значительный рост в абсолютном значении (2,5 раза).

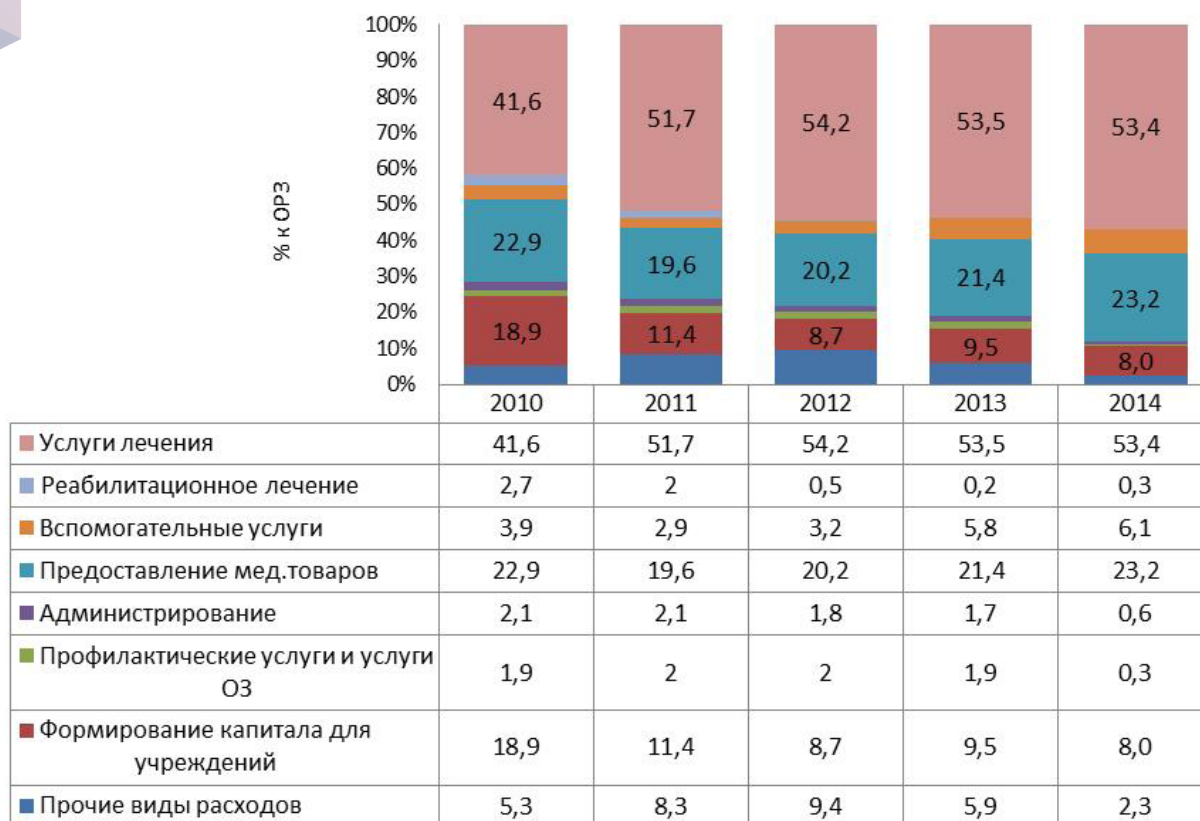


Рисунок 6. Структура расходов по функциям здравоохранения в 2010-2014 гг. (в % к общим расходам на здравоохранение)

Также следует отметить, что в ходе реализации Проекта были налажены рабочие контакты в профессиональной сфере. Специалисты МЗСР и ЦЭИ РЦРЗ принимают участие в ежегодных рабочих семинарах по развитию региональной сети НСЗ, в 2010-2011 гг. в глобальных форумах по развитию НСЗ, проводимых при поддержке Всемирного Банка.

В 2014 году МЗСР РК и ЦЭИ РЦРЗ установили контакты с Комитетом по здравоохранению Директората по занятости, труду и социальным отношениям ОЭСР. В 2014 и 2015 годах сотрудники ЦЭИ РЦРЗ приняли

участие во встречах экспертов ОЭСР по счетам здравоохранения и национальных корреспондентов ОЭСР по статистике здравоохранения.

В ближайшие годы предстоит дальнейшее совершенствование казахстанской адаптации методологии, работа по налаживанию обратной связи, в том числе с регионами в части обсуждения результатов дезагрегации данных НСЗ на уровне регионов, усиление взаимодействия с государственными органами по вопросам формирования НСЗ и распространение результатов, включая внесение казахстанских данных в материалы и сборники, публикуемые ОЭСР.

ПЛАНИРОВАНИЕ, УПРАВЛЕНИЕ ИНВЕСТИЦИЯМИ И РАЗВИТИЕ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЗАХСТАНА

Кинаятов А.К.

Директор Департамента инвестиционной политики и развития государственно-частного партнерства Министерства здравоохранения и социального развития РК

Темирбекова Г.С.

Главный менеджер Центра инвестиционных проектов РГП "Республиканского центра развития здравоохранения" Министерства здравоохранения и социального развития РК

Аталуы: Жоспарлау, инвестициялық басқару және Қазақстанның денсаулық сақтау саласындағы мемлекеттік-жеке меншік әріптестікті дамыту

Авторлары: Кинаятов А.К., ҚР ДӘДМ Инвестициялық жобалар және мемлекеттік-жекеменшік әріптестікті дамыту департаменті. Темирбекова Г.С., Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталықтың Инвестициялық жобалар орталығы.

Үйіндеме: Мақалада денсаулық сақтау саласында инвестицияларды саланың стратегиялық міндеттерді есепке ала отырып, соның ішінде мемлекеттік-жекеменшік әріптестік механизмдерін пайдаланумен жоспарлау мәселелері қарастырылған. Денсаулық сақтау инфрақұрылымын жаңартуда қажеттілік бойынша деректер келтірілген. Жобаларды заңнама шеңберінде іске асырудың ықтимал нұсқаулары, сондай-ақ инвестициялау үшін қолайлы жағдай тұғызу қажеттілігі қарастырылған.

Title: Planning, management, investment and development of public-private partnership.

Authors: Kinayatov A.K., Department of Investment Policy and the development of public-private partnership MOHSD of RK. Temirbekova G.S., Center for investment projects of Republican center for health development.

Abstract: The article describes the planning of investments in health care, including the use of public-private partnership in view of the strategic objectives of the industry. There is a data on the need to upgrade health infrastructure. The possible options for the implementation of projects within the framework of the law and the need to create favorable conditions for investment are considered.

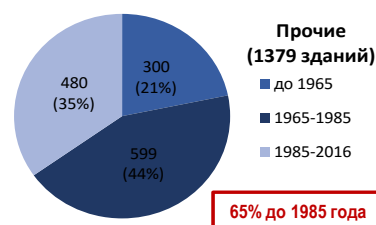
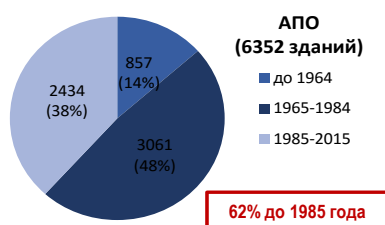
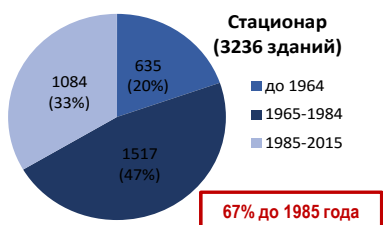
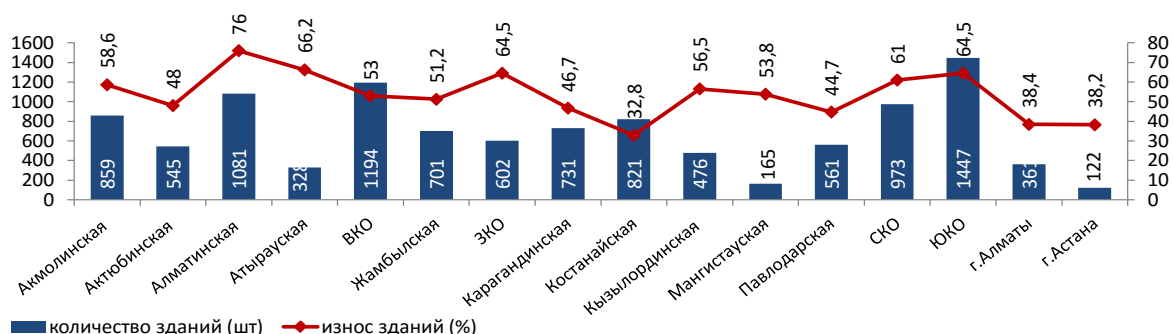
Здравоохранение является одной из важнейших отраслей экономики государства, которое свидетельствует о развитии всего государства в целом, а инвестиции в человеческий капитал определяют будущее страны.

Для обеспечения эффективности функционирования системы здравоохранения ВОЗ рекомендует выделять как минимум 6-8% от ВВП при бюджетном финансировании в развитых государствах и не менее 5% от ВВП в развивающихся странах. Доля расходов на здравоохранение в Казахстане всего 3,8% [3].

При этом анализ состояния зданий организаций здравоохранения и медицинской техники указывает на необходимость в обновлении инфраструктуры здравоохранения в кратчайшие сроки. Так, средний износ

зданий составляет 55,8%, более 60 % организаций здравоохранения располагаются в помещениях со сроком эксплуатации свыше 30 лет (рис.1) [1]. В некоторых регионах страны организации, оказывающие медицинскую помощь, располагаются в нетиповых, приспособленных помещениях, многие организации не обеспечены необходимым оборудованием. Кроме того, ежегодный рост населения и его миграция создали необходимость дополнительного строительства объектов здравоохранения в крупных городах. В то же время, в сфере здравоохранения сохраняется неравномерный доступ населения к медицинским услугам, особенно в сельской местности.

Итого по РК **10 967** зданий
износ **55,8%**



Источник: ИАС «Технико-экономические показатели»

Рисунок 1. Потребность в обновлении инфраструктуры здравоохранения

Средний процент оснащённости организаций медицинским оборудованием составляет 63,2%.

В среднем по РК – 63,2%

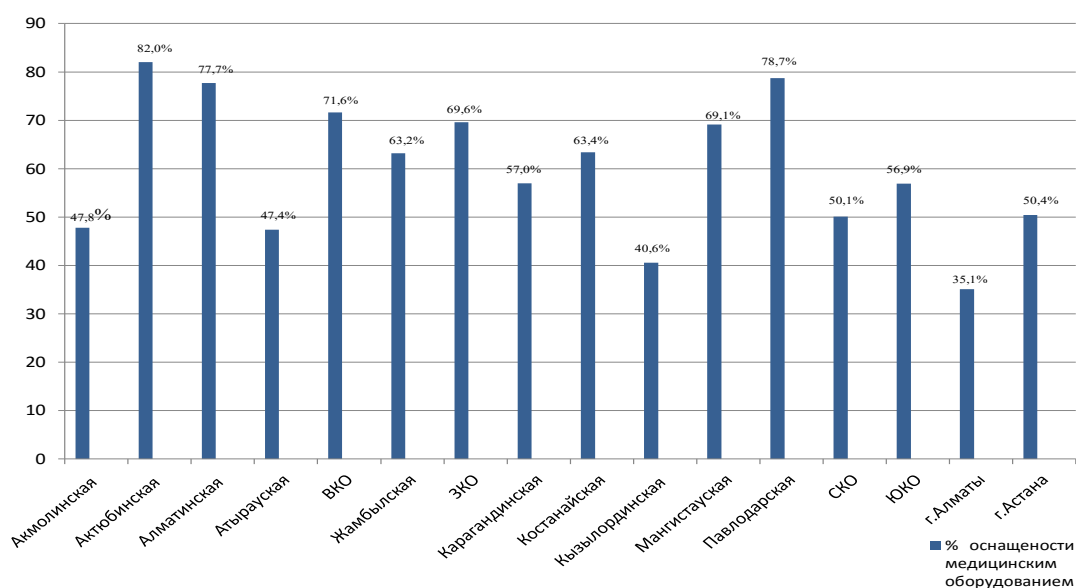


Рисунок 2. Оснащённость организаций медицинским оборудованием

Средний износ медицинской техники, состоящей на балансе в государственных организациях здравоохранения, составляет 35%

(рис. 2), при этом износ техники в объектах ПМСП - 37%, стационарах - 32% [1].

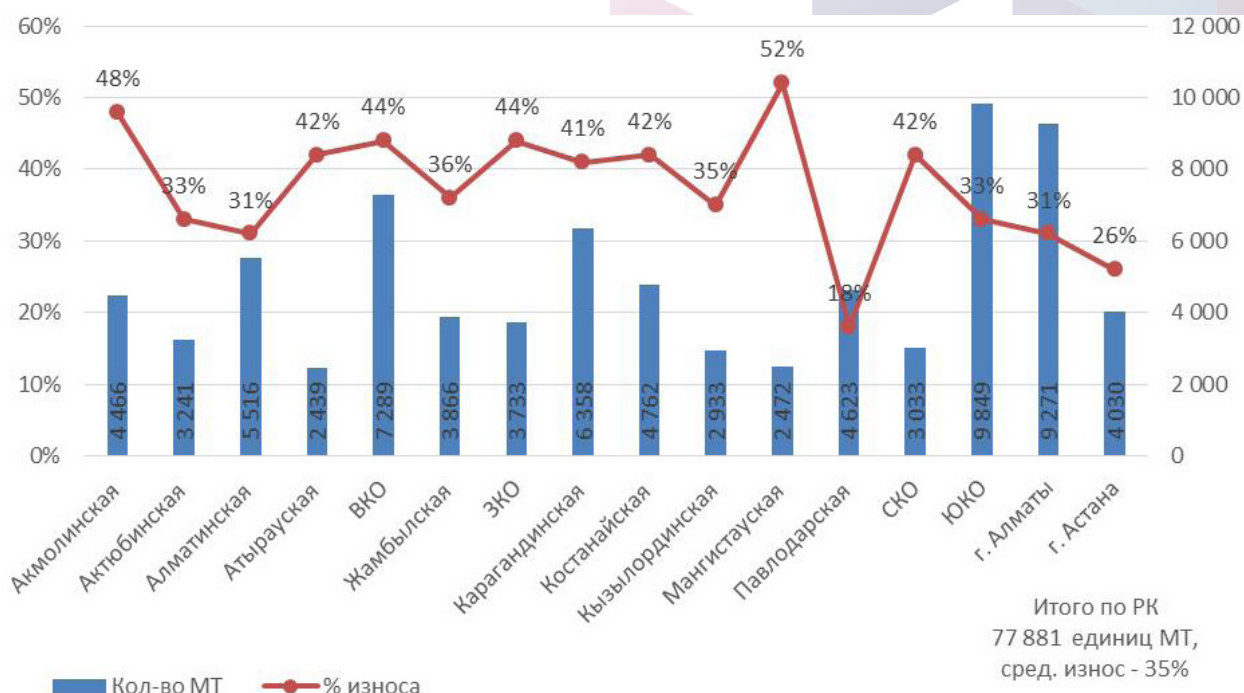


Рисунок 3. Показатель износа медицинской техники, состоящей на балансе в государственных организациях здравоохранения

Необходимость развития инфраструктуры, а также привлечения современных технологий в медицинской отрасли потребует значительных бюджетных затрат. Однако в условиях ограниченности бюджетных средств финансирование инфраструктурных объектов планируется следующим образом:

строительство и реконструкция зданий за счет государственного бюджета предполагается только в отношении аварийных зданий с высокой потребностью, при этом дополнительно могут быть привлечены частные инвестиции;

по функционирующим зданиям с высоким износом предусматривается передача в доверительное управление с возможной в последующем приватизацией;

дополнительное строительство предполагается с применением механизмов ГЧП.

Перечень проектов для реализации будет определен на основе потребности в объектах здравоохранения. После данные проекты будут включены в перспективные планы

развития сети организаций здравоохранения регионов на 2015-2025 годы (далее – Перспективные планы), в которых будет определен срок и метод реализации: доверительное управление, приватизация, ГЧП.

Основной причиной использования ГЧП в сфере здравоохранения является снижение издержек государства и своевременное строительство без превышения сметы, достижение рационального соотношения цены и качества, передача рисков частному сектору, предоставление качественных медицинских услуг. При этом выбирая стратегию развития ГЧП в сфере здравоохранения, каждое государство учитывает собственные потребности, особенности развития и финансовые возможности.

Зародившись в 1992 году в Великобритании, ГЧП на сегодняшний день нашло применение в 120 странах мира. По оценке ЕЭК ООН 80% проектов ГЧП в мире являются успешными. Наибольшее количество проектов ГЧП в Германии, Великобритании,

Швеции, Австралии, Китае. По количеству использования проектов ГЧП здравоохранение находится на втором месте после транспортной инфраструктуры. Чаще всего ГЧП используется для строительства и эксплуатации. Наиболее распространенными моделями ГЧП в здравоохранении являются: контракты на строительство, реконструкцию и эксплуатацию; контракты на управление, аренду; сервисные и смешанные контракты. При этом применяются технические решения, передовые технологии, более эффективный менеджмент, используется опыт частного партнера. В Казахстане ГЧП в настоящее время регулируется Законом Республики Казахстан «О концессиях», в рамках которого реализуется одна форма ГЧП – концессия. На стадии утверждения Закон «О государственно-частном партнерстве», предусматривающий новые формы ГЧП: договоры, заключаемые на разработку технологии, изготовлению опытного образца, опытно-промышленному испытанию и мелкосерийному производству; контракты жизненного цикла; сервисные контракты; малые формы ГЧП.

В «Стратегии «Казахстан-2050», Плане нации «100 конкретных шагов дальнейшего государственного строительства» обозначены приоритетные задачи развития здравоохранения: развитие частной медицины и ГЧП, внедрение корпоративного управления в медицинских организациях.

Проектом Государственной программы развития здравоохранения «Денсаулық» продолжен начатый в Государственной программе «Саламатты Қазақстан» курс по развитию инфраструктуры здравоохранения с использованием частных инвестиций. В новой программе предусмотрено расширение участия частных медицинских организаций в предоставлении медицинских услуг в рамках ГОБМП, передача республиканских и местных организаций здравоохранения в управление частным компаниям, в том числе зарубежным, привлечение частных инвестиций на строительство объектов здравоохранения [2]. Для достижения данных целей будут усовершенствованы Перспективные планы в ча-

сти развития инфраструктуры, планируется разработка Дорожной карты развития ГЧП в здравоохранении Республики Казахстан.

В рамках Проекта Всемирного Банка «Передача технологий и проведения институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан» Республиканским центром развития здравоохранения совместно с консалтинговой компанией Sanigest Internacional в течение 2010-2014 годов были разработаны проекты мастер-планов по реструктуризации больничного сектора, развития сети амбулаторно-поликлинических организаций и лабораторной службы для всех регионов. Позже рекомендации мастер-планов были учтены при разработке Перспективных планов регионов. Одной из задач мастер-планов является разработка рациональной и эффективной инвестиционной политики при развитии сети организаций здравоохранения в соответствии с международными стандартами. Sanigest Internacional даны рекомендации по размещению инвестиций:

в строительство новых учреждений: хирургические амбулаторные центры, больницы ургентной помощи, сестринского ухода; замена существующих районных и больничных организаций на межрайонные;

услуги клинической поддержки (диагностические центры, мобильные бригады и т.п.).

Для инвестирования в отечественное здравоохранение были созданы благоприятные условия, к примеру, такие как:

государственная поддержка деятельности концессионеров, включающая в себя поручительства по инфраструктурным облигациям, гарантии по займам, предоставление натуральных грантов и др.;

источники возмещения затрат и получения доходов концессионера;

безвизовый режим для некоторых стран;

упрощенный вариант найма рабочей силы (без разрешений) на весь срок реализации инвестиционного проекта и одного года после ввода в эксплуатацию;

также другие инвестиционные префе-

ренции для приоритетных проектов.

Вместе с тем, для дальнейшего развития частного сектора и эффективности мер по привлечению инвестиций в здравоохранение необходимо создать соответствующие условия:

1. По совершенствованию нормативно-правового регулирования:

- облегчение сертификации и привлечения иностранных медицинских работников (упрощение процедуры нострификации дипломов для некоторых стран);

- снижение административных барьеров для деятельности, в том числе, по вопросам оборота медицинских наркотических препаратов, радиологических препаратов и оборудования, переход на санитарные требования стран ОЭСР, облегчение статистической отчетности.

2. Обеспечение доступного финансирования (льготное заемное финансирование и лизинг через банки второго уровня), в том числе путем включения сектора здравоохранения в Дорожную карту бизнеса-2020, Государственную программу по форсированному индустриально-инновационному развитию Республики Казахстан на 2015-2019 гг.

3. Обеспечение адекватной и справедливой тарифной политики путем включения амортизационных затрат и затрат на сервис дорогостоящего медицинского оборудования.

4. Введение регулируемой сооплаты населением услуг ОСМС для частных организаций сверх компенсации ФОСМС.

5. Приоритет государственно-частного партнерства в развитии инфраструктуры здравоохранения.

Привлеченные иностранные инвестиции в здравоохранение не только снизят нагрузку на государственный бюджет, но и позволят значительно улучшить управленческий потенциал, разработать новую политику предоставления услуг. Это в свою очередь повлияет на качество услуг, сделает возможным использование лучших технических разработок, внедрение проверенных программ и протоколов лечения различных заболеваний [4].

Следует отметить, что на сегодня имеется заинтересованность со стороны иностранных компаний к проектам ГЧП и доверительного управления в секторе здравоохранения Казахстана.

На сегодняшний день в сфере здравоохранения 22 проекта ГЧП: 9 больниц и 13 амбулаторно-поликлинических организаций (далее - АПО). Перечень проектов доверительного управления включает 7 проектов (3 – больницы, 4 – АПО), 2 проекта реализовано. Проекты в области здравоохранения все находятся на стадии планирования и разработки конкурсной документации. В качестве факторов, тормозящих реализацию проектов ГЧП, можно отметить: изменение общего законодательства по ГЧП, среднюю длительность подготовки проекта - 1,5–2 года, низкую активность местных исполнительных органов в вопросах реализации проектов посредством ГЧП.

Источники:

1. АИС «Технико-экономические показатели» на 2015 год.
2. Проект Государственной программы развития здравоохранения на 2016-2019 годы «Денсаулык».
3. <http://finance.nur.kz/840835-kazakhstanskije-vrachi-zarabatyvayut-v-16-r.html>
4. <http://prostoinvesticii.com/drugie-investicii/investirovanie-v-zdravookhranenie-obespechenie-zdorovya-nacii.html>

5. Данные АИС «Технико-экономические показатели» на 2015 год

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ КАДРОВЫМИ РЕСУРСАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КАЗАХСТАНЕ

Сыздыкова А.А.

*Директор Департамента науки и человеческих ресурсов
Министерства здравоохранения и социального развития РК*

Мусина Г.А.

И.о. руководителя Обсерватории кадровых ресурсов здравоохранения¹

Турумбетова Т.Б.

Главный менеджер Обсерватории кадровых ресурсов здравоохранения¹

Кабдуллина М.М.

Менеджер Обсерватории кадровых ресурсов здравоохранения, м.м.н.¹

Калжанова Ж.Х.

Специалист Обсерватории кадровых ресурсов здравоохранения, м.м.н.¹

Жашкенова Н.С.,

Менеджер Обсерватории кадровых ресурсов здравоохранения¹

Абельдинова Д.Ж.

Специалист Обсерватории кадровых ресурсов здравоохранения¹

¹РГП «Республиканский центр развития здравоохранения»
Министерства здравоохранения и социального развития РК

Аталуы: Қазақстанда денсаулық сақтау саласының кадрлық ресурстары жүйесін жетілдіру

Авторлар: Сыздыкова А.А., Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі Ғылым және адами ресурстар департаментінің директоры, Мусина Г.А., Турумбетова Т.Б., Кабдуллина М.М., Қалжанова Ж.Х., Жашкенова Н.С., Абельдинова Д.Ж. «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК, Астана қ.

Түйіндемесі: Денсаулық сақтау жүйесінің тиімділігі және медициналық қызметтің сапасы медициналық және фармацевтикалық қызметкерлерінің білімі, іскерлігі және дағдыларымен анықталатын ісіне тікелей байланысты, яғни медициналық білімнің жоғары өзектілігін және маңыздылығын білдіреді.

Title: Improvement of the system of human resources for health in Kazakhstan

Authors: Syzdykova A.A., Head of Department of Science and Human resources Ministry of Health and Social Development of the Republic of Kazakhstan, Mussina G., Turumbetova T., Kabdullina M., Kalzhanova Zh., Zhashkenova N., Abeldinova D. RSE on REM “Republican Center for Health Development”, Astana

Abstract: The effectiveness of the health system and the quality of medical services directly depends on the performance of medical and pharmaceutical personnel, which are determined by their knowledge, skills and abilities that define high relevance and importance of medical education.

Ключевые слова: система кадровых ресурсов здравоохранения, стратегическое направление в сфере здравоохранения

Актуальность.

Одним из важнейших элементов социальной сферы является здравоохранение.

Казахстан ведет стратегическое направле-

ние в государственной политике в сфере здравоохранения на сохранение и улучшение здоровья граждан, от которого зависит будущее нации.

Формирование и постоянное совершенствование политики кадровых ресурсов здравоохранения (далее – КРЗ) являются современными условиями для укрепления национальной систе-

мы здравоохранения. Эффективность системы здравоохранения и качество медицинских услуг напрямую зависят от показателей деятельности медицинских и фармацевтических работников, которые определяются их знаниями, умениями и навыками, что определяет высокую актуальность и значимость развития медицинского образования.

Таким образом, в стране совершенствуется нормативно-правовая база, реализуются государственные программы для развития и поддержки системы здравоохранения.

В связи с этим, предпосылками для создания Обсерватории КРЗ послужили следующие стратегические программы, как Государственная программа развития здравоохранения (далее – ГПРЗ) РК «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы, и Стратегический План МЗ РК на 2011-2015 гг.

В ГПРЗ «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы, одной из задач является Совершенствование медицинского, фармацевтического образования, развитие и внедрение инновационных технологий в медицине [1].

Касательно Стратегического Плана, одним из направлений является Развитие кадровых ресурсов и медицинской науки, где в качестве одной из задач выступает Совершенствование системы медицинского и фармацевтического образования [2].

На основании созданных государственных программ разработаны следующие шаги для совершенствования политики КРЗ РК:

1) Концепция развития медицинского и фармацевтического образования РК на 2011-2015 гг.:

В концепции описаны следующие цели:

- совершенствование системы управления и финансирования медицинского и фармацевтического образования;
- обновление и совершенствование образовательных программ на всех уровнях медицинского и фармацевтического образования;
- повышение потенциала преподавателей медицинских организаций образования;
- повышение эффективности управления качеством медицинского и фармацевтического образования.

2) В Комплексном плане развития кадровых ресурсов здравоохранения РК на 2013-2016 гг. действуют следующие основные направления:

- совершенствование законодательной и нормативно-правовой базы по развитию кадровых ресурсов здравоохранения;
- создание Государственной системы планирования и прогнозирования кадровых ресурсов здравоохранения;
- модернизация кадровых служб системы здравоохранения.

3) В Комплексном плане развития сестринского дела до 2020 года, целью является Повышение эффективности функционирования системы здравоохранения РК путем реформы сестринского дела и создания специалиста сестринского дела новой формации в соответствии с современными вызовами общества и международными требованиями.

4) Для обеспечения реализации стратегических целей в области развития медицинской науки и достижения конкурентоспособности отечественных разработок приказом Министра здравоохранения РК от 23 августа 2013 года № 485 утверждена Концепция развития медицинской науки до 2020 года, которая определяет основные цели, задачи и стратегические направления развития медицинской науки и инноваций в здравоохранении Республики Казахстан и будет направлена на формирование эффективной системы получения, внедрения и трансферта новых знаний и технологий, востребованных для развития практического здравоохранения Казахстана.

Вышеназванные стратегические направления стали основой для перспективного развития политики и реализации задач в области кадровых ресурсов здравоохранения, и способствовали созданию Обсерватории КРЗ приказом МЗ РК от 7 апреля 2014 года №173 [3].

Основной целью Обсерватории КРЗ является содействие развитию кадровых ресурсов здравоохранения на основе создания эффективной системы кадрового планирования и прогнозирования, мониторинга кадровой обеспеченности организаций здравоохранения, разработки эффективных управленческих решений по КРЗ.

Результаты и обсуждения: По общему анализу состояния КРЗ в Казахстане выяснили

Таблица 1 – Проблемы и пути решения в сфере кадровых ресурсов здравоохранения

Проблемы	Пути решения
1) Неэффективная система планирования КРЗ	Внедрение международных подходов к планированию и прогнозированию КРЗ, включая планирование приема на обучение
2) Ни одна из существующих баз данных по кадровым ресурсам (АИС «Кадры», СУР) не содержит объективных данных по КРЗ	Совершенствование единой информационной базы по КРЗ на основе международной практики (учет активных и неактивных КРЗ, обучающихся всех уровней, КРЗ всех ведомств и форм собственности, миграции и т.д.)
3) Диспропорция КРЗ в разрезе регионов и специальностей	Рациональное распределение специалистов в разрезе регионов и специальностей.
4) Низкая эффективность управления КРЗ на местах (отсутствие HR-служб)	Модернизация кадровых служб органов и организаций здравоохранения, внедрение современных HR-технологий
5) Низкий престиж и слабая трудовая мотивация медицинских работников	Внедрение механизмов социальных и экономических гарантий, эффективных механизмов мотивации и стимулирования, включая дифференциацию

ряд проблем и пути решения (таб.1):

Таким образом, за период существования Обсерватории КРЗ в исполнение постав-

ленных цели и задач по совершенствованию системы КРЗ было проведено и планируется следующее (таб.2):

Таблица 2 – Результаты работы и планы Обсерватории КРЗ

2014	2015
Пересмотр типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения	Проведение анализа текущего состояния кадровых ресурсов здравоохранения на основе международных индикаторов, совместно с ВОЗ
Пилотная апробация методики расчета потребности в медицинских кадрах (17 медицинских организаций)	Проведение обучающего семинара по методам планирования и прогнозирования с участием международных экспертов ВОЗ
Изучение международного опыта функционирования Обсерваторий кадровых ресурсов	Развитие политического диалога с участием заинтересованных сторон и формирование консенсуса касательно роли, функции и приоритетных направлений Обсерватории КРЗ
Анализ баз данных кадровых ресурсов здравоохранения (РК)	
Разработка Стратегии развития Обсерватории совместно с консультантами ВОЗ	
Разработка методических рекомендаций по совершенствованию баз данных кадровых ресурсов здравоохранения	
Разработка методических рекомендаций по мониторингу, оценке и планированию кадровых ресурсов здравоохранения, разработанный совместно с экспертами ВОЗ	

Заключение:

В рамках реализации задачи «Развитие кадровых ресурсов здравоохранения» Обсерваторией КРЗ проводились исследования в области состояния кадровых ресурсов здравоохранения РК для оценки потребности, планирования и прогнозирования кадровых ресурсов здравоохранения.

Для решения вопросов и систематизации порядка внесения изменений в Номенклатуру медицинских и фармацевтических специальностей, пересмотрены проект «Регламента введения новых специальностей» и проект приказа «О внесении изменений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 ноября 2009 года № 774 «Об

утверждении Номенклатуры медицинских и фармацевтических специальностей».

При изучении международного опыта, также с учетом полученных знаний на семинар-тренингах и Флагманском курсе были разработаны методы планирования и прогнозирования «Кадровые ресурсы здравоохранения - население», «метод определения потребностей в медицинской помощи», метод установления целевых показателей по предоставлению услуг.

Проведена пилотная апробация предложенных методов прогнозирования КРЗ. Проведен расчет прогнозной потребности кадров по 8 специальностям пилотных регионов. Участниками апробации в целом дана положительная оценка разработанной методике, внесены предложения и замечания по интерпретации полученных данных, которые были учтены при доработке проекта Методических рекомендаций.

Источники:

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.
2. Стратегический План МЗ РК на 2011-2015 гг.
3. Приказ МЗ РК от 7 апреля 2014 года №173 О создании системы планирования кадровых ресурсов здравоохранения «Обсерватория кадровых ресурсов здравоохранения»

НОВЫЕ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПЛАНИРОВАНИЮ И ПРОГНОЗИРОВАНИЮ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Турумбетова Т.Б.

Главный менеджер Обсерватории кадровых ресурсов здравоохранения¹

Жашкенова Н.С.

Менеджер Обсерватории кадровых ресурсов здравоохранения¹

Мусина Г.А.,

И.о. руководителя Обсерватории кадровых ресурсов здравоохранения¹

Кабдуллина М.М.

Менеджер Обсерватории кадровых ресурсов здравоохранения, м.м.н.¹

Калжанова Ж.Х.,

Специалист Обсерватории кадровых ресурсов здравоохранения, м.м.н.¹

Абельдинова Д.Ж.

Специалист Обсерватории кадровых ресурсов здравоохранения¹

¹РГП «Республиканский центр развития здравоохранения»
Министерства здравоохранения и социального развития РК

Аталуы: Денсаулық сақтау саласы кадрлық ресурстарын жоспарлау мен болжауға жаңа әдістемелік тәсілдер

Авторлар: Тұрұмбетова Т.Б., Жашкенова Н.С., Мусина Ғ.А., Кабдуллина М.М., Қалжанова Ж.Х., Абельдинова Д.Ж. «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК, Астана қ.

Түйіндеме: Мақалада Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау саласының кадрлық ресурстарын болжау әдісінің болмысы, маңызы және қолдануы туралы мазмұндалған. Берілген әдістердің қағидасы ҚР денсаулық сақтау ағымдағы кадрлық саясатына сәйкес икемделген және қолданылады, сонымен бірге бар статистикалық базаларға сәйкестелген

Title: New methodological approach in planning and forecasting of human resource for health.

Authors: Turumbetova T., Zhashkenova N., Mussina G., Kabdullina M., Kalzhanova Zh., Abeldinova D., RSE on REM “Republican Center for Health Development”, Astana

Abstract: The article describes the essence, content, and application of forecasting methods for human resource for health in Republic of Kazakhstan. The principle of these methods has been adapted and applied in accordance with the current policy human resource for health, and in accordance with the existing statistical databases.

Ключевые слова: планирование и прогнозирование кадровых ресурсов здравоохранения, методы планирования и прогнозирования кадровых ресурсов здравоохранения.

Цель работы: изучить сущность и содержания методов планирования и прогнозирования кадровых ресурсов здравоохранения.

Введение.

Стратегия развития кадровых ресурсов является одной из важных составляющих укрепления системы здравоохранения. Международный опыт, в частности опыт Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), свидетельствует о том, что среди организационных изменений, касающихся повышения эффективности систем здравоохранения, наибольшего успеха достигают действия, принимаемые именно в области управления кадрами.

При этом наиболее проблемными в кадровой сфере здравоохранения являются вопросы правильного планирования и прогнозирования кадровых ресурсов, их численности. Вопросы планирования и прогнозирования обычно включают краткосрочные и долгосрочные цели и экономические расчеты, необходимые для расширения возможностей образования и профессиональной подготовки медико-санитарного персонала, сокращения дисбаланса в профессиональной структуре кадровых ресурсов, повышения производительности труда персонала, сокращения текучести кадров и обеспечения способности при-

способливаться к любым крупным реформам в секторе здравоохранения, но вместе с тем они должны быть приведены в соответствие с более широкими стратегиями социального и экономического развития. Они также должны обеспечивать потребности в развитии кадровых ресурсов для приоритетных программ в области здравоохранения.

Результаты и обсуждения:

В результате проведения рабочей группой Обсерватории исследований международного опыта, семинаров, а также флагманского курса был разработан методический и практический инструментарий для обеспечения эффективности прогностической деятельности. Методы прогнозирования кадровых ресурсов здравоохранения (далее – КРЗ), используемые в качестве основы для составления прогнозов потребностей, сосредоточены на различных аспектах динамики КРЗ РК, включая прогнозы потребностей, предложения, рабочей нагрузки и производственной деятельности, а также адаптированы в соответствии с текущей кадровой политикой здравоохранения РК и в соответствии с имеющимися базами статистических данных.

1. Метод прогнозирования, основанный на соотношении числа КРЗ к численности населения.

Данный метод является наиболее распространённым и применяется в странах с различными системами здравоохранения. Это простой прогноз будущей численности требу-

емых медико-санитарных работников на основе предполагаемых предельных значений обеспеченности кадровых ресурсов (например, число врачей на 100 000 человек). Это требовательный подход в отношении данных, но он почти не затрагивает другие основные переменные, за исключением роста численности населения, которые, предположительно, могут повлиять на тип и объем предоставляемых в будущем услуг в области здравоохранения, а также на тип и численность соот-

ветствующих кадровых ресурсов [1]. Данный подход основывается на допущении однородности на всех уровнях числителя (все врачи одинаково продуктивны и такими останутся) и знаменателя (все группы населения имеют одинаковые потребности, которые останутся неизменными).

На рисунке 4 предоставлен принцип работы метода соотношения КРЗ на население.



Рисунок 1– Принцип метода прогнозирования, основанный на соотношении числа КРЗ к численности населения.

Полученные предельные значения служат простым и лёгким для расчёта и понимания показателем. Данный метод часто используется для сравнения между странами или регионами, но его сложно интерпретировать, поскольку существуют определённые проблемы, как с числителем, так и со знаменателем. Работники рассматриваются как однородная категория, и вариации в уровнях (количество отработываемых часов) и типах (клиническая или другие виды) деятельности или в производительности в числителе не отражаются. При сравнении между странами возникают и другие проблемы – различия в определении и круге обязанностей различных профессиональных категорий, а также в должностных инструкциях, ролях и обязанностях, в образовании и в организационных условиях, в которых они имеют право зани-

маться практикой. Например, определение "средний медицинский персонал" может охватывать диапазон от специалиста с высшим образованием, работающего самостоятельно и имеющего право диагностирования и назначения лечения, до медицинского работника со средним специальным образованием, работающего под руководством врача, и включать все, что угодно, в этом диапазоне, что делает сравнения невозможными[2]. Аналогичным образом, в знаменателе не учитываются демографические, эпидемиологические и социальные характеристики населения, а также структура потребления услуг населением (включая пользование услугами за границей).

2. Метод прогнозирования, основанный на целевых показателях обслуживания.

Данный метод является альтернативным подходом, который определяет контроль-

ные показатели оказания (и предполагаемого использования) разных типов услуг в области здравоохранения и учреждений, предоставляющих их, на основе ряда допущений и определяет, как должны изменяться их число, объем и кадровое обеспечение в соответствии с нормами производительности. При использовании метода на основе целевых показателей обслуживания устанавливаются целевые показатели по производству и оказанию опре-

делённых услуг, а затем эти показатели выражаются в виде нормативов укомплектования штатным персоналом и производительности труда (минимальное количество штатного персонала для обслуживания N человек населения или данного типа учреждения). Выбор данного метода даёт представление о задачах и профессиональных навыках, которые требуются для осуществления определённых вмешательств[1].

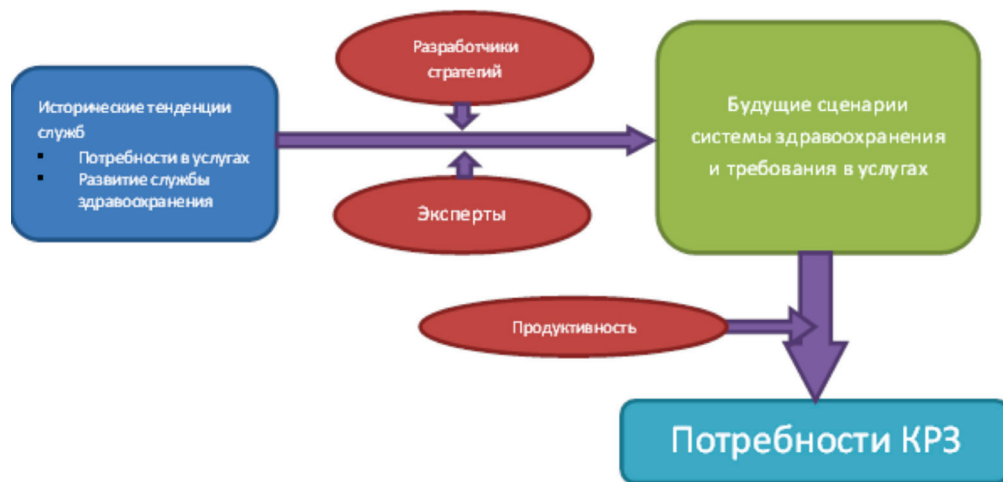


Рисунок 2 - Принцип метода установления целевых показателей по предоставлению услуг.

Этот подход также относительно прост и привлекателен с политической точки зрения, поскольку население легко понимает целевые показатели. С другой стороны, он имеет те же недостатки, что и подход, основанный на соотношении между числом работников и численностью населения, когда предполагается, что потребности везде одинаковы, а все поставщики услуг эквивалентны. Например, предполагается, что в производительности труда или в методах осуществления практики не будет наблюдаться каких-либо вариаций. Критерии определения целевых показателей не всегда излагаются в явном виде – они могут отражать точки зрения и интересы специалистов и экспертов или же просто отражать платёжеспособность страны. В случае установления нереалистичных нормативов возникнут ожидания, которые будет невозможно удовлетворить [3].

3. Метод прогнозирования, основан-

ный на потребностях в медицинской помощи и услугах.

Данный метод является более глубоким подходом, который анализирует вероятные изменения в потребностях населения в услугах здравоохранения на основе изменений в структуре заболеваемости, а также объёме и видах услуг, необходимых для обеспечения этих результатов. Данный подход предполагает сбор и анализ совокупности демографических, социокультурных и эпидемиологических данных, таких как, демографический рост и демографические изменения, политику в области здравоохранения и соответствующее законодательство, изменения в технологиях и др[1]. Например, изменения коэффициента рождаемости и политики в области предоставления услуг по охране здоровья матерей, новорождённых и детей оказывают влияние на возрастной состав конкретного населения, а также на условия предоставления

услуг и их укомплектованность персоналом (такие, как изменения потребностей в акушерском персонале и его расстановке, а также в

специалистах по обслуживанию стареющего населения). На рисунке 6 представлен принцип работы данного метода.

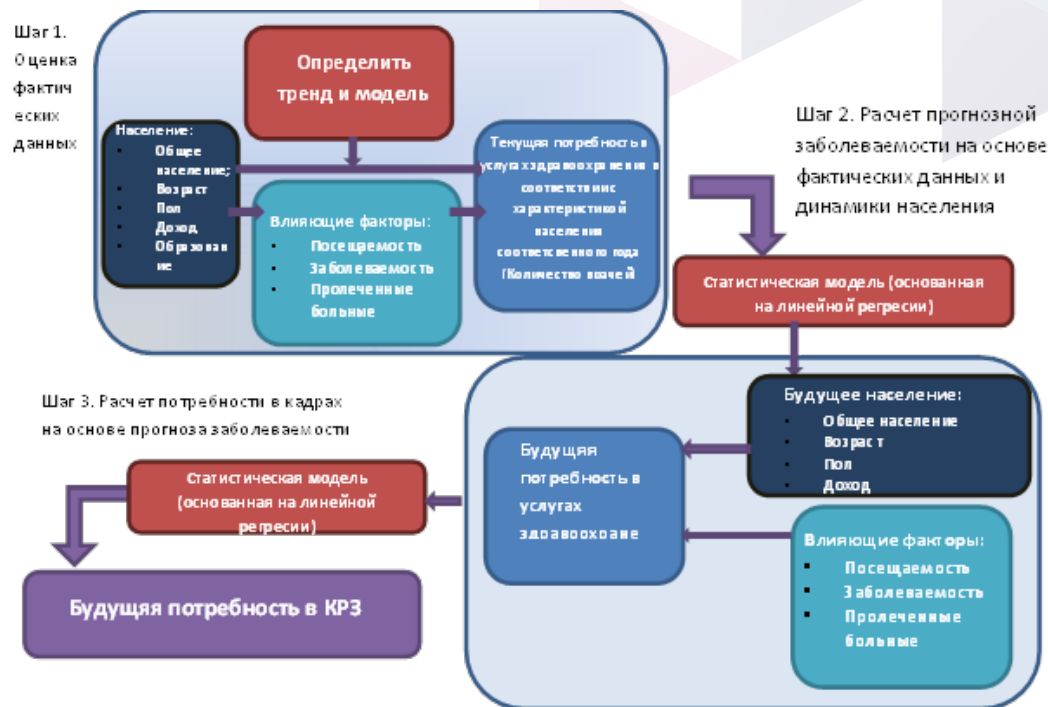


Рисунок 3 - Принцип метода определения потребностей в медицинской помощи

При данном подходе делается попытка преодолеть недостатки, присущие предыдущим подходам. Потребности в медицинской помощи, соответствующие разрывам между наблюдаемым и желаемым состоянием здоровья и выражающиеся в количественных показателях (заболеваемость и распространенность, стандартизированные показатели смертности), представляют основу для расчета потребностей в услугах [2]. Они представляют собой разрыв между имеющимися услугами и услугами, которые необходимы для того, чтобы удовлетворить потребности в здоровье. Из потребностей в услугах, в свою очередь, выводятся потребности в ресурсах, в частности, в кадровых ресурсах здравоохранения. Этот рациональный подход может быть наиболее подходящим, но его также труднее всего применять на практике. Во-первых, весьма несовершенны знания о потребностях в медицинской помощи, поскольку определения понятий "здоровье" и "потребность" являются социальными концепциями, которые

могут различаться в зависимости от возраста, пола, образования, экономического положения, вероисповедания, этнического происхождения, прежнего опыта болезни и ценностей. Работники здравоохранения, руководители высшего звена, финансирующие организации и потребители могут по-разному определять, каковы эти потребности. Измерение потребностей – это тоже непростая задача, особенно когда речь идет о таких аспектах, как психическое, психологическое или социальное благополучие.

Заключение.

Прогнозирование кадровых ресурсов здравоохранения - сложный и трудоёмкий процесс. Ни в одной стране нет определённой модели прогнозирования, которую можно было бы назвать «передовой практикой». Как показал анализ международной практики, оценка потребностей в медицинских кадрах нужна в целях улучшения доступа и эффективности услуг медицинской помощи. Планирование и прогнозирование обеспеченности

медицинскими кадрами различного профиля в здравоохранении требуют специальной методологии и постоянной системы мониторинга не только на республиканском уровне, но и на уровне регионов, каждой медицинской ор-

ганизации. Такой подход позволит регулировать развитие кадров в направлениях, необходимых для полноценного функционирования отрасли здравоохранения.

Источники:

1. Модели и инструменты планирования и прогнозирования потребности в кадровых ресурсах здравоохранения. Обзоритель состояния кадровых ресурсов здравоохранения, Выпуск 3. ВОЗ, 2010 г.
2. Оценка будущих потребностей в кадровых ресурсах здравоохранения. Краткое изложение принципов подготовлено для конференции "Инвестирование в кадровые ресурсы здравоохранения Европы завтрашнего дня: возможности для инноваций и сотрудничества", ВОЗ, 2010 г.
3. G.Dussault et al., (2010) Assessing future health workforce needs. (Online) Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/124417/e94295.pdf/

IMPROVING TRAINING SYSTEM OF NURSING SPECIALISTS IN KAZAKHSTAN

**Heikkila, J., Senior Advisor, PhD, Tiittanen, H., LicNSc, MSc
Aholaaikko, T-K., LicEdSc, Vänskä K., PhD, Homan-Helenius, P., PhD
Jokela J., PhD, Palovaara, M., MNSc**

JAMK University of Applied Sciences (Finland)

Lahti University of Applied Sciences (Finland)

Laurea University of Applied Sciences (Finland)

Häme University of Applied Sciences (Finland)

Аталуы: Қазақстандағы мейіргер ісі мамандарын даярлау жүйесін жетілдіру

Түйіндеме: Осы мақаланың мақсаты Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігіне техникалық және әдістемелік көмек көрсетуде Мейіргер қызметін дамыту және жетілдіру бойынша Жобаның іс-шараларын, нәтижелерін және ұсыныстарын сипаттау болып табылады.

Жобаның алты медициналық колледждері Еуропалық Одан талаптарына сәйкес «Мейіргер ісі» мамандығы бойынша қолданбалы бакалавриат жаңа білім бағдарламасын пилоттауды бастады. Дельфидің қолданбалы тәсілі «Мейіргер ісі» мамандығы оқытушысының бес негізгі біліктілігін анықтау үшін қолданды. Бұл мейіргер ғылымы, замануи педагогикалық тәсілдер және оқуда жаңа технологияларды қолдану саласында өз әлеуеттерін арттыру үшін білім бағдарламасы және колледждер мен университеттердің оқытушылар құрамы үшін негіз болды. Кәсіби біліктілік бойынша зерттеулер оқытушылар және жұмыс берушілердің өз көзқарастары тұрғысынан «Мейіргер ісі» мамандығы бойынша медициналық колледж бен университет түлектерінің кәсіби біліктіліктерін бағалады. Нәтижелер Қазақстан Республикасында дамудың халықаралық стандарттары мен қажеттіліктеріне сәйкес мейіргер білімін және мейіргер қызметін дамыту мен жақсарту үшін білімді қамтамасыз етеді. Мейіргер ісі мамандығын даярлау жүйесін жақсартуға арналған бірнеше ұсыныстар көрсетілген.

Название статьи: Совершенствование системы подготовки специалистов сестринского дела в Казахстане

Резюме: Целью данной статьи является описание деятельности, результаты и рекомендации проекта «Совершенствование системы подготовки специалистов сестринского дела» в обеспечении технической и методологической помощи Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан.

Был начат пилотный проект в шести медицинских колледжах с новыми прикладными программами бакалавра в области сестринского дела, учебный план которого соответствует требованиям Европейского

Союза. Прикладной метод Дельфи был использован для определения пяти основных компетенций учителя в сестринском деле. Это дало основу для образовательной программы для медицинских колледжей и университетов, для преподавательского состава, чтобы увеличить свой потенциал в области сестринского дела, современных педагогических подходов с использованием новейших технологий в обучении. Исследование профессиональных компетенций выпускников - медсестер из медицинских колледжей и медицинских вузов оценивали преподавательский состав университетов и работодателей. Результаты обеспечивают дальнейшее развитие и совершенствование сестринского образования и сестринского ухода в соответствии с международными стандартами и потребностями развития в Республике Казахстан. А также представлены несколько рекомендаций по совершенствованию системы подготовки специалистов сестринского дела.

The aim of this article is to describe the activities, results and recommendations of the project Nursing Care Development and Improvement. The objective of the project was to provide technical and methodological assistance to the Ministry of Healthcare and Social Development of The Republic of Kazakhstan in nursing care development and improvement. There were three project tasks: educational program development of applied bachelor degree in nursing, capacity building for medical college faculty and study of professional competencies of medical college and university graduates in nursing. The project was carried out by Finnish experts in cooperation with the Ministry and other stakeholders, during the time period of December 2014 – June 2015, within the World Bank funded project Kazakhstan Health Sector Technology Transfer and Institutional Reform.

Educational program development of applied bachelor degree in Nursing

The aim of development work in nursing education was to create a new competence-based curriculum, which also fulfills international, especially European requirements for nursing education. The need for development of the quality of nursing work force is based on the requirements set out in strategy documents of the Republic of Kazakhstan named Salamatty Kazakshstan 2015 as well as in Comprehensive plan of Nursing Care Development till 2020. The quality of care and health impact to Kazakhstan's citizens will be more efficient and cost-effective by nursing staff with higher competences.

The Ministry of Healthcare and Social Development chose six medical colleges for piloting applied bachelor education. The pilot colleges were Astana Medical College, Republican Medical College in Almaty, Kokshetau Medical College, Kyzylorda

Medical College, West-Kazakhstan Medical College and Pavlodar Medical College. The educational program development was based on the Kazakhstani strategic needs for nursing professionals, the analysis of the current situation in nursing education in Kazakhstan, and the state of art international nurse competence structures. The educational program was designed during spring 2014, by a working group formed from the teaching staff members of six medical colleges in a step-wise process of working meetings and Master Classes.

The new educational programme fulfills the international nursing education requirements in Europe described in World Health Organization (WHO) 2009 Global Standards for the Initial Education of Professional Nurses and Midwives & EU-directive 2013/55/EU on the recognition of professional qualifications. The educational program in nursing is competence based, and has a modular structure. The program is defined as 140 KZ credits corresponding to 210 European Credit Transfer and Accumulation System (ECTS) credits (3.5 years, 5670 hours, minimum 4600 hours as in EU requirement). The program constitutes basic compulsory and elective courses as well as professional compulsory and elective courses, practical training (3072 hours, EU requirement 2360 hours) and the final thesis.

The pilot education with an intake of 150 students started in autumn 2014. The pilot was monitored in spring 2015 through self-assessment and site visits. There were five monitoring areas: leadership; staff competence; stakeholders/clinical site; support services and facilities; and implementation of educational standards. Each monitoring area had several criteria, which were reviewed. The resolution of the monitoring seminar was that the pilot programme implementation has been carried out

successfully and the implementation follows the requirements for higher education.

Capacity building for medical college faculty

In order to receive high quality, internationally recognized nursing staff sets requirements also for nursing education, and especially for teachers who need to be highly educated to understand nursing as a profession based on their own knowledge base, and who have updated pedagogical skills to implement and to develop nursing education. Frameworks of European Union and CEDEFOP on core competencies of vocational teacher education were used as theoretical background of this development process of Core Competencies for nursing teachers in Kazakhstan. In addition, applied Delphi method was used to define five core competences, which were nursing science competence, co-operation and interaction competence, continuous learning competence, developing educational environment and pedagogical practice competence and facilitating learning competence. The defined and described nursing teacher core competences give the base for the educational program for medical colleges and universities faculty staff to increase their capacity in nursing science, contemporary pedagogical approaches, and using the latest technology in teaching.

Educational program in nursing has two parts (nursing science and pedagogy), of which have both compulsory and elective educational modules. Since most of the nursing teachers in Kazakhstan lack a knowledge base of nursing, it is suggested that all these four nursing modules would be compulsory. The educational program in nursing will lead to mastering contemporary pedagogies in nursing education with the capacity to be a Teacher of Nursing Care and with skills to select and apply varied methods in the context of 21st century teaching, learning and assessment. The future teachers in nursing have the capacity to develop and construct modern educational environments (i.e. simulation) in accordance with the need of nursing care reform, capacity to utilize international nursing theories and sciences in teaching and learning, as well as the capacity

to develop research and development activities within the context of nursing education and development processes in nursing practice.

Capacity building for medical college faculty included several training programs and Master Classes in Astana, Almaty, Koshetau and in Finland, and there were altogether 245 participants taking part in the programs. Overall satisfaction of the participants in the trainings were 4.75 (on scale of 1-5).

Study of professional competencies of medical college and university graduates in “Nursing”

The purpose of the cross-sectional study on professional competencies of graduating nurses from medical colleges and medical universities was to evaluate the professional competences of the nursing graduates in medical colleges and universities from the perspectives of their own, the faculty teaching staff and nursing employers. The aim of the study was to create knowledge for the development and improvement of nursing education and nursing care according to international standards and the developmental needs in the Republic of Kazakhstan.

The theoretical basis for the study was constructed by mapping nursing competences from international literature and recommendations for nursing education. The international competences were culturally validated by Kazakh professionals during mapping international nursing competence structures, finally three structures were chosen: Tuning General and Nursing as well as the General Practice Foundation instrument. Culturally relevant assessment criteria for nursing competencies in Kazakhstan were generated based on Kazakhstan nurse education competence structures. The competence areas for graduating college-level nurses were Education, Ethics, Communication and Work in Team, Health Promotion, Safety and Quality, and Clinical Competence. The competence areas for graduating university bachelor-level nurses were Learning, Professionalism, Communication, Innovations, Clinical Nursing, Scientific Approach and Evidence-based Practice, Management and Quality, Health Promotion and Education and Guidance.

Data collection was carried out in May and June 2014. The responses from graduating nurses in six medical colleges (n=943) and in six medical universities (n=260); the teachers in those medical colleges (n=152) and universities (n=137), also nursing employers of college (n=204) and university (n=88) graduates form the data. Recommendations were created to support the development of nursing in general as well as nursing education in both medical colleges and universities.

The professional competences of the graduating nurses in the Kazakhstan urban medical colleges were on a relatively high level. There were statistically significant differences in all six competence areas for the college-graduates, measured among the graduates, teachers and employers assessing the competences. The self-assessment of graduates and the assessment of teachers were on a higher level than the assessment of employers. The teachers assessed health promotion and clinical competencies as the two lowest-level competence areas. Among the employers, the lowest level was measured within the health promotion competence area (see Figure 1.)

The Bachelor nursing graduates assessed their professional competences to be on a higher level compared with the nursing teachers and the nursing teachers on a higher level compared with the nursing employers. The differences between the groups were statistically significant. The nursing graduates assessed their professional competences to be on the highest level in the competence areas of professionalism and health promotion, whilst on the lowest level in the competence areas of scientific approach, management and quality. The nursing employers assessed the competence areas of learning and professionalism on the highest level and the competence area of scientific approach on the lowest level among the nursing graduates (see Figure 2.)

The assessments of employers' expectations for the college-graduates' competences were very constant. The lowest expected competence areas were education; communication; and health promotion. In safety

and quality competence area the difference between estimated and expected level was highest. The differences between estimations and expectations of the competences on item level show that employers also expect from the graduates of nursing from medical colleges competences to develop nursing practice (generate ideas and utilize research result). The results show also that the clinical skills of making nursing diagnosis, nursing interventions, documenting as well as the health promotion in men's and mental health need more attention in the education (see Table 1.)

The item level results about the differences between employers' estimations and expectations showed employers expecting graduates having stronger competences in development of nursing practice (generate ideas, design development project, prepare guidelines, apply and disseminate research result). However, the preset education does not produce these competences. The results also showed that the clinical skills of making nursing diagnosis need improvement in the nursing education (see Table 2.)

Recommendations for improving training system of nursing in Kazakhstan

Recommendation for improving the training system of nursing in Kazakhstan was created based on the international research literature and policy documents concerning nursing education and work force development, the results of the applied Delphi study and the results of the study on professional competencies of graduating nurses from medical colleges and medical universities keeping in mind the strategic developmental goals of the Republic of Kazakhstan.

Recommendation from the expert group are:

1. Systematic co-operation on future nursing workforce planning is needed. The standards of services provided by nurses, job descriptions and competence descriptions of different levels of nurses should be redefined.

2. The amount of clinical practice studies should be increased in all levels of nursing education to correspond the requirements of EU-directives.

3. Health promotion competence to support individual and community engagement should be developed and emphasized in educational standards. Teaching and learning evidence-based methods of health promotion should be developed.

4. Educational standards for nursing teachers should be established. Future nursing teachers should have the capacity to develop and construct modern educational environments (i.e. simulation) in accordance with the need of nursing care reform, capacity to utilize international nursing theories and science in teaching and learning, as well as capacity to develop research and development activities within the context of nursing education and development processes in nursing practice.

5. The amount of teachers with higher nursing degrees and/or practical experience in nursing should be increased in order to strengthen the nursing approach, and learning of clinical competences that are required in nursing professions.

6. The use of simulation facilities with a modern simulation pedagogy approach should be developed. The development on new simulation

scenarios that support learning independent decision making in demanding situations should be encouraged.

7. The development of evidence-based nursing in nursing practice and educating medical universities should be enhanced by establishing Departments of Nursing with a leading dean or full time professors with a PhD degree in nursing science. In addition, international visiting professors with long-term contracts would support the development of evidence-based nursing and nursing science in Kazakhstan.

8. The role of medical universities to produce research and developmental projects in nursing should be strengthened. A systematic funding mechanism with a separate allocation for nursing research would be needed to strengthen the scientific knowledge base of nursing in Kazakhstan.

9. University nursing departments should take a more active role in developing the quality of nursing care. University education should produce competency for nursing graduates to be involved in developing evidence-based nursing guidelines, and assessing quality and cost effectiveness of nursing care.

References

1. Salamatty Kazakshtan 2015
2. Comprehensive plan of Nursing Care Development till 2020
3. WHO. 2009. Global Standards for the initial education of professional nurses and midwives (WHO/HRH/HPN/08.6) http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/hrh_global_standards_education.pdf
4. European Parliament 2013. Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council of 20 November 2013 amending Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications and Regulation (EU) No 1024/2012 on administrative cooperation through the Internal Market Information System ('the IMI Regulation'). <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:354:0132:0170:en:PDF>
5. CEDEFOP's Comparative presentation of VET teachers and trainers, their qualifications and VET teacher education. http://www3.cedefop.europa.eu/etv/Information_resources/NationalVet/Thematic/criteria_replycop.asp
6. European Commission 2013. Supporting teacher competence development for better learning outcomes. http://ec.europa.eu/education/policy/school/doc/teachercomp_en.pdf
7. Tuning. 2014. The Tuning Generic Competences. <http://www.unideusto.org/tuningeu/competences/generic.html>
8. Tuning. 2008. Competence-based learning. A proposal for the assessment of generic competences. Editors Aurelio Villa Sánchez & Manuel Poblete Ruiz. University of Deusto. http://www.unideusto.org/tuningeu/images/stories/Publications/Book_Competence_Based_Learning.pdf
9. General Practice Foundation (GPF), 2012. General Practice Nurse competencies. At <http://www.rcgp.org.uk/membership/practice-teams-nurses-and-managers/~media/Files/Membership/GPF/RCGP-GPF-Nurse-Competencies.ashx>

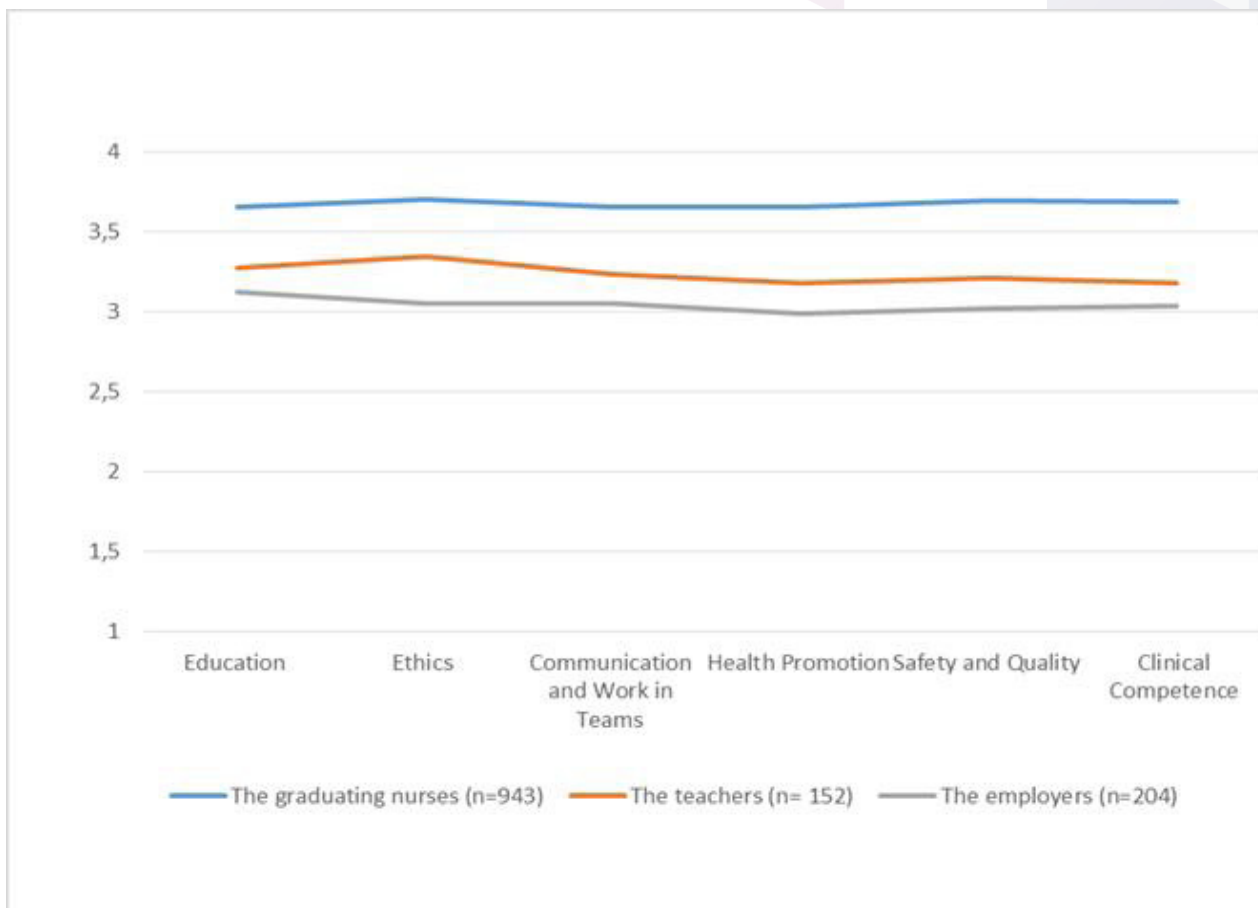


Figure 1. Mean values assessed by respondent groups of Medical College graduates' professional competence level

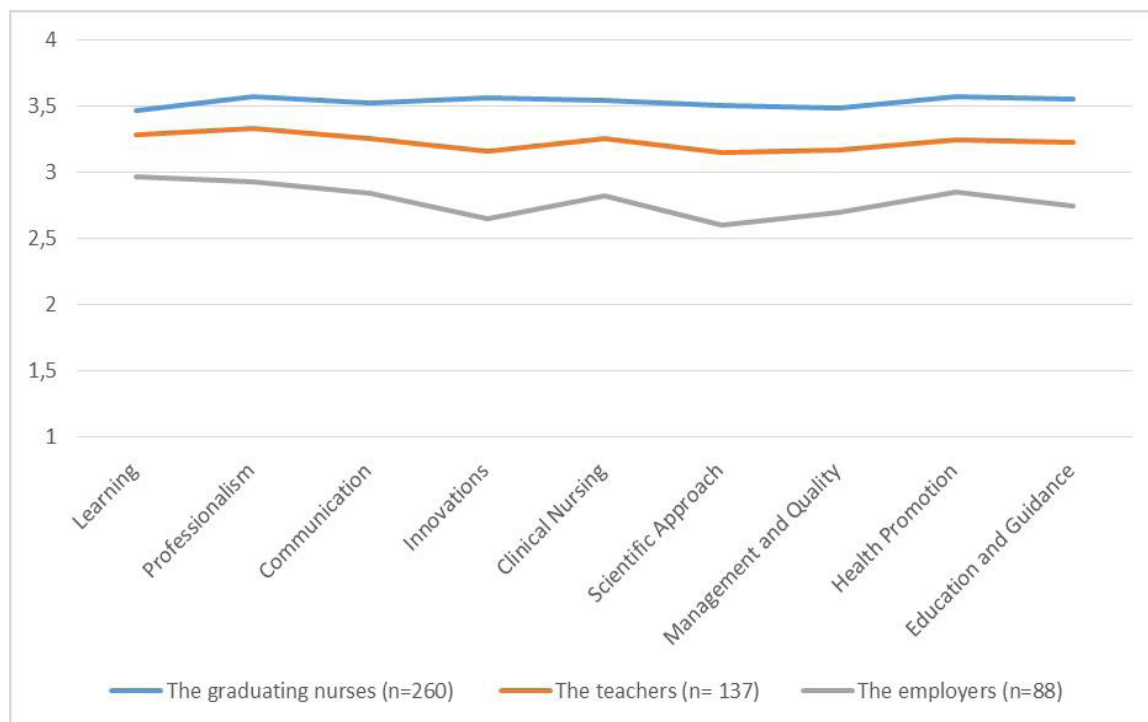


Figure 2. Mean values assessed by respondent groups of Medical University graduates' professional competence level

Competence Area	Rank	Competence
Safety and quality	1	Initiating new ideas for development activities for improved care
Clinical competence	2	Utilizing research findings in further development of nursing
Clinical competence	3	Applying nursing process (nursing diagnosis)
Communication and work in team	4	Communicating with a variety of patients in different types of situations
Safety and quality	5	Identifying, and taking action on the risks to health of microbiological, and chemical hazards within the working environment according to regulations
Health promotion	6	Caring for Men's Health
Health promotion	7	Being aware of both local and national health policy which have a bearing on wider health economy
Safety and quality	8	Adhering to safeguarding policies in cases of family violence, child abuse and addictive behaviours
Health promotion	9	Caring for Mental Health Patients
Safety and quality	10	Being able to manage the emergency response and treatment using standard operational procedures

Table 2. The largest differences (top 10) between the employers (n=88) estimations and expectations of medical university graduates' competence level

Competence Area	Rank	Competence
Scientific approach	1	Designing and managing projects
Scientific approach	2	Making proposals concerning further development and research
Innovations	3	Generating new ideas
Scientific approach	4	Disseminating nursing research for developing clinical practice
Clinical nursing	5	Independently applying nursing diagnosis
Management and quality	6	Involvement in clinical audits
Management and quality	7	Contributing to the preparation of local guidelines protocols
Management and quality	8	Facilitating quality monitoring and audit by using standardized documentation
Scientific approach	9	Applying current and relevant knowledge of internationalization
Communication	10	Working in an international context

Improving training system of nursing specialists in Kazakhstan

Heikkilä, Johanna, Senior Advisor, PhD

JAMK University of Applied Sciences, Rajakatu 35, 40101 Jyväskylä, Finland

+358408488623, johanna.heikkila@jamk.fi

Tiittanen, Hannele, Principal lecturer

Lahti University of Applied Sciences, Hoitajankatu 3, 15850 Lahti, Finland

+358504036885, hannele.tiittanen@lamk.fi

Aholaakko, T-K., Principal Lecturer, LicEdSc
Laurea University of Applied Sciences, Ratatie 22, 01300 VANTAA, Finland
+358468567348, teija-kaisa.aholaakko@laurea.fi

Vänskä, Kirsti, Principal Lecturer
JAMK University of Applied Sciences, Teacher Education College, Piippukatu 11, 40100 Jyväskylä, Finland
+358405322419, kirsti.vanska@jamk.fi

Homan-Helenius, Päivi, Principal Lecturer
Häme University of Applied Sciences, Wahreninkatu 11, 30100 Forssa, Finland
+358403563644, paivi.homan-helenius@hamk.fi

Palovaara, Marjo, Head of Degree Programme in Nursing (English), RN, MNSc, PhD student
JAMK University of Applied Sciences, Piippukatu 2, 40100 Jyväskylä, Finland
+358400976746, marjo.palovaara@jamk.fi

Jokela, Jorma, Principal Lecturer, Adjunct Professor (PhD)
Laurea University of Applied Sciences, Ratatie 22, 01300 Vantaa, Finland
+358400945738, Jorma.jokela@laurea.fi

РЕЗУЛЬТАТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ВНЕДРЕНИЯ НОВОЙ МЕТОДОЛОГИИ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ И НАВЫКОВ СПЕЦИАЛИСТОВ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Мендешева Г.Г.

Начальник отдела оценки знаний и практических навыков по г.Алматы¹

Жангереева Г.Т.

Руководитель Республиканского центра оценки знаний и навыков

*¹РГП "Республиканский центр развития здравоохранения"
Министерства здравоохранения и социального развития РК*

Эффективность системы здравоохранения и качество предоставления медицинских услуг зависят от клинических компетенций медицинских работников, которые определяют медицинские знания, навыки оказания медицинской помощи, коммуникации необходимые для успешной профессиональной деятельности в рамках профессионального стандарта. Разрыв между необходимым и существующим уровнем компетенций определяется с помощью оценочных инструментов: тестовые вопросы, клинические задачи, клинические сце-

нарии, симуляции, используемые при лицензировании и сертификации.

Международные стандарты и наилучшая международная практика в сфере лицензирования и сертификации врачей и медицинских сестер, одним из обязательных условий предусматривает прохождение Оценки компетенций медицинских работников в независимых структурах, позволяющие провести объективную оценку уровня знаний и практических навыков, результату которого доверяет население страны.

В 2012 году в целях реализации цели 5

«Создание конкурентоспособного кадрового потенциала здравоохранения и развитие инновационных технологий» п 187 «Внедрить институт независимой оценки знаний и навыков выпускников медицинских вузов, колледжей и практикующих работников здравоохранения» Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы и Компонент С «Реформа медицинского образования и науки» Проекта «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан», ратифицированного Законом Республики Казахстан «О ратификации Соглашения о займе между Республикой Казахстан и Международным Банком Реконструкции и Развития» был создан Республиканский центр оценки знаний и навыков (РЦОЗН) в гг. Астана и Алматы, численностью 22 человека.

Миссия РЦОЗН - защита здоровья населения через разработку и внедрение стандартов и процедур оценки профессиональной подготовленности и подтверждение соответствия квалификации специалистов в области здравоохранения.

Основными деятельностью были определены пять направлений:

- 1) Обеспечение институциональной устойчивости;
- 2) Разработка и внедрение новой модели Оценки знаний и практических навыков специалистов здравоохранения и выпускников медицинских организаций образования и науки;
- 3) Разработка и внедрение единой методологии составления экзаменационного материала (тестовые вопросы и клинические сценарии) для Оценки;
- 4) Продвижение симуляционного обучения и программ стандартизированного пациента;
- 5) Интеграция в международное сообщество.

Для обеспечения институциональной устойчивости РЦОЗН был оснащен материально-техническими средствами, включая симуляционное оборудование на 666 141 405 тенге. Сотрудниками РЦОЗН разработаны, утверждены

основные стратегические документы: бизнес-план, стратегический план развития на 2012-2015 года, положение о РЦОЗН, должностные инструкции сотрудников, внутренние документы по работе с экспертами по разработке экзаменационного материала, экспертами по Оценке, экспертизе с учетом международных стандартов и наилучшего международного опыта в сфере лицензирования и сертификации. В период 2012 -2014 годов проведена подготовительная работа к прохождению аккредитации в области Оценки профессиональной подготовленности и подтверждения соответствия квалификации специалистов здравоохранения, результат которой получение свидетельства об аккредитации в МЗСР РК на 4 года.

Для разработки и внедрения новой модели оценки знаний и навыков специалистов здравоохранения и выпускников медицинских организаций образования и науки, изучен опыт Соединенных штатов Америки (USMLE), Канады (MCCQE), Австралии (AMC) и Англии по проведению лицензионных и сертификационных экзаменов в сфере здравоохранения, на основании анализа информации была разработана казахстанская модель квалификационного экзамена, состоящая из оценки знаний и оценки практических навыков. В качестве оценочных инструментов для оценки знаний был выбран формат тестирования, с использованием тестовых вопросов множественного выбора А –типа с одним наилучшим вариантом ответа, которые составлялись в соответствии технологической спецификации. Для оценки практических навыков выбран формат, клинического экзамена с использованием клинических станций по оказанию скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе при неотложных состояниях.

Новая модель оценки знаний и навыков специалистов здравоохранения прошла пилотное апробирование в гг.Астана и Алматы в сентябре 2012 года с участием 174 врачей и 86 средних медицинских работников. По результату пилота были доработаны методические и технические документы по поддержке и сформирован окончательный вариант Оценки знаний и навыков, который был внедрен согласно приказу МЗ РК № 381 от 08.07.2014 года О внесении изме-

нений в приказ и.о. Министра здравоохранения РК от 6 ноября 2009 года №661 «Об утверждении Правил квалификационных экзаменов в области здравоохранения».

Для выпускников медицинских организаций образования и науки, окончивших интернатуру и резидентуру, разработан формат комплексного компьютерного тестирования, по компонентам обязательных дисциплин Государственного стандарта образования, который в пилотном режиме прошел единовременно в один день и час во всех медицинских ВУЗах с применением программного обеспечения Национального Центра Тестирования. База тест была разработана, с учетом, правил составления тестовых вопросов Национального Совета Медицинских Экзаменаторов США, который является международным консультантом РЦОЗН с 2014 года. По результатам комплексного тестирования, большинство медицинских ВУЗов приняли решение, приравнять результат оценки знаний РЦОЗН, результату Государственного Аттестационного Экзамена выпускника (1 этап – оценка знаний), что свидетельствует о высоком доверии РЦОЗН.

Согласно приказу МЗ РК № 697 от 27.11.2013 года «О проведении пилотного проекта по внедрению независимой оценки знаний и навыков практикующих работников здравоохранения» специалисты, рекомендованные Республиканским штабом для прохождения Оценки направляются Управлениями здравоохранения/организациями здравоохранения в РЦОЗН для прохождения оценки знаний и навыков. Формат экзамена состоял из оценки знаний с помощью компьютерного тестирования и оценки навыков с помощью клинического экзамена на станциях по оказанию медицинской помощи при неотложных состояниях, включая случай, по которому произошел смертельный исход и использованием оценки работы в команде. Соответственно, с 2013 года по настоящее время РЦОЗН провел оценку 292 специалистов здравоохранения с высшим и средним медицинским образованием.

Для проведения новых форматов экзаменов (оценка знаний и навыков специалистов, выпускников, практических работников) был

разработан новый экзаменационный материал, состоящий из тестовых вопросов, множественного выбора и клинических сценарий, который впервые прошел и содержательную и тестологическую экспертизы. Для составления и экспертирования экзаменационного материала привлекались специалисты, как из академической, так и практической среды, которые прошли обучение, проводимое сотрудниками РЦОЗН.

Таким образом, банк экзаменационного материала РЦОЗН составляет из 4000 тестовых вопросов, используемых при оценке знаний специалистов, проходящих Оценку по решению протокола Республиканского штаба по принятию мер по снижению материнской и младенческой смертности, 12 400 тестовых вопросов для выпускников интернатуры и резидентуры, 15 клинических сценарий для оценки навыков специалистов в рамках исполнения протокольных решений Республиканского штаба по принятию мер по снижению материнской, младенческой смертности. 8 клинических сценарий для Оценки практических навыков врачей и 8 клинических сценарий для Оценки практических навыков СМР для Оценки подтверждения соответствия квалификации специалистов здравоохранения.

Наиболее сложным направлением деятельности РЦОЗН, явилось продвижение симуляционного обучения. Учитывая, недостаточное оснащение симуляционным оборудованием медицинских организаций образования и науки и практически отсутствием единой методологии симуляционного обучения, РЦОЗН разработал рабочие учебные программы обучения инструкторов симуляционного обучения, специалистов симуляционного центра по оценке, тренер стандартизированного пациента, а также тематические симуляционные цикла по оказанию скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе при неотложных состояниях в акушерстве, кардиологии, педиатрии.

Разработана программа стандартизированного пациента с методическим обеспечением по отбору, привлечению и обучению кандидатов в стандартизированные пациенты. Ведется реестр обученных стандартизированных пациентов с момента проведения пилотной

оценки в 2013 году.

Вместе с тем, для международного признания системы оценки, программ симуляционного обучения и с целью приобретения международного опыта и обмена информацией РЦОЗН, стал членом Международной ассоциации Медицинских Регулирующих органов в 2013 году. В рамках членства в IAMRA (2013-2014 гг.), РЦОЗН получил доступ к некоторым документам и стандартам процедур лицензирования/сертификации, а также аккредитации, которые легли в основу при создании новой модели проведения добровольного квалификационного экзамена, проводимого в настоящее время, а также разработке ряда нормативно правовых документов по оценке профессиональной подготовленности и подтверждения соответствия квалификации и вопросам аккредитации (в отсутствие международного консультанта). На правах членов IAMRA, РЦОЗН удалось установить контакты с ведущими тестовыми провайдерами «Pearson VUE» и «Assessment

System Corporation», которые имеют большой опыт в проведении оценки знаний выпускников медицинских школ и специалистов здравоохранения, в рамках лицензирования/сертификации в странах Европы, Америки и Австралии. При взаимодействии с данными организациями, РЦОЗН разработал техническую спецификацию «Интегрированной информационной системы» с учетом передовых технологий и психометрического анализа. Кроме того, РЦОЗН является действующим членом Европейское общество симуляций в медицине (SESAM).

Членство в международных ассоциациях показывает стремление РЦОЗН соответствовать высоким международным стандартам в области Оценки специалистов здравоохранения и симуляций, повышает доверие населения, а также работодателей результатам Оценки специалистов, которые являются залогом соответствия компетенций специалистов здравоохранения требованиям профессионального стандарта.

HEALTHCARE ACCREDITATION IN KAZAKHSTAN: METHODS AND IMPACT

A. F. Al-Assaf

MD, MPH, CQA Professor Emeritus, University of Oklahoma and Executive Director, American Institute for Healthcare Quality

Аталуы: Қазақстан денсаулық сақтауындағы аккредиттеу: әдістері мен ықпалы

Автор: Асаф Аль-Ассаф Оклахома Университетінің құрметті профессоры, АҚШ денсаулық сақтау сапасы бойынша Америка институтының атқарушы директоры.

Түйіндеме: Аккредитация сыртқы аккредиттеу ұйымы денсаулық сақтау ұйымдарының маңызды салаларының сапасын бағалайтын комплексті жүйесі болып табылады.

Аккредитация медициналық ұйымдарда көрсетілетін профилактикалық қызмет және пациенттердің қанағаттануы сияқты маңызды салаларын бағалайды.

Аккредиттеу үшін кім жауапты?

Аккредиттеу бағдарламасы аккредиттеу агенттігімен басқарылады. Ол - жеке тәуелсіз ұйым, бірақ денсаулық сақтау министрлігінің бақылауымен мемлекеттік мекеме арқылы басқарыла алады. Орталық Денсаулық сақтау министрлігінде

Қазақстанда Денсаулық сақтау министрлігі медициналық ұйымдар үшін аккредиттеу бағдарламасын құрды. Басқару төрешілігі Денсаулық сақтау министрлігінің лидерлерінен тұратын Ұлттық аккредиттеу орталығы құрылды. Бағдарламаны іске асыру үшін арнайы оқытылған мамандар сайланды.

Орталық құрылған күннен бастап аккредиттеу стандарттарын (ауруханалар, жедел медициналық көмек және реабилитология ұйымдары бойынша) әзірлеу жұмыстарын жүргізіп, Денсаулық сақтау министрлігімен бекітіліп, Денсаулық сақтау сапасы бойынша (ISQua) Халықаралық қоғамында аккредиттеуден өтті.

Аккредиттеу бойынша есеп беру:

Қазақстанда аккредиттеу стандарттары ISQua бойынша аккредиттеуден өтті, ендігі мақсат аккредиттеу орталығы ISQua ұйымыдық аккредиттеуден өту. Ол үшін Қазақстанның Ұлттық аккредиттеу орталығы ISQua аккредиттеу стандарттарының талаптарына сай болуы керек.

Название статьи: Аккредитация медицинских организаций в Казахстане: методы и влияние

Автор: Профессор Асаф Аль-Ассаф почетный профессор Университета Оклахомы и исполнительный директор Американского Института по качеству в здравоохранении, США.

Резюме: Аккредитация является тщательным и комплексным процессом оценки, с помощью которого внешний орган по аккредитации оценивает качество ключевых систем и процессов, из которых и состоит организация здравоохранения.. Аккредитация оценивает помощь и услугу, предоставляемую медицинскими организациями в таких важных областях, как профилактическая услуга и удовлетворенность пациентов.

Кто несет ответственность за аккредитацию?

Программа по аккредитации координируется агентством аккредитации. Это агентство, как правило, частная независимая организация, но агентство по аккредитации также может управляться государственным учреждением, контролируемое министерством здравоохранения страны.

В Казахстане Министерство здравоохранения и социального развития создало программу аккредитации для медицинских организаций. При Министерстве был создан Национальный центр аккредитации с председательством правления, состоящего из лидеров МЗСР. Центр размещен при МЗСР и специально обученные специалисты были назначены для реализации этой программы.

Таким образом, с момента своего создания Центр упорно трудится в разработке комплекса стандартов аккредитации (для больниц, скорой медицинской помощи и организаций по реабилитации). Эти стандарты были утверждены Министерством здравоохранения и социального развития и далее прошли аккредитацию в Международном общества по качеству в здравоохранении (ISQua).

Подотчетность органа по аккредитации

Стандарты аккредитации в Казахстане уже аккредитованы ISQua и как только центр аккредитации дополнительно укрепитс я и, возможно проведет реорганизацию, Центр аккредитации сможет достигнуть свою дальнейшую цель - пройти организационную аккредитацию ISQua. Для достижения такого статуса, добиться международного признания, Национальному центру аккредитации в здравоохранении Казахстана придется соответствовать всем требованиям стандартов аккредитации ISQua , используемые для подобных организаций.

Каждая программа аккредитации должна разработать свои собственные стандарты. Понятно, что эти стандарты должны соответствовать национальным и международно-признанным нормам. Агентство по аккредитации (в Казахстане - это Национальный центр аккредитации в здравоохранении при Министерстве здравоохранения) несет ответственность за разработку и постоянное обновление стандартов аккредитации медицинских организаций, действующих в стране.

Introduction and Background

It is a widely accepted belief that accreditation, as a system and mechanism, has the ability to improve process and outcome. Several studies have documented the impact of accreditation on organizations and their clients. Organizations that participate in accreditation have shown improved patient and environmental safety as well as a more satisfied patients and staff. Accreditation fosters “an ongoing improvement process that continually stimulates vital educational efforts through a process of self-regulation. In seeking accreditation organizations must meet rigorous organizational and training standards, which are considered essential for quality education. Accreditation ensures that the training organization has undergone a self-

study and validation process with a third party accrediting agency.”

http://accreditationtrainingadvisors.com/knowledge_base/what_is_accreditation.html (2015)

The International Society of Quality in Health Care (1998) defines accreditation as:

“...self-assessment and external peer review process used by health care organizations to accurately assess their level of performance in relation to established standards and to implement ways to continuously improve the health care system. Quality standards and the external peer review process are directed by nationally recognized autonomous, independent accrediting agencies with a commitment to improve the quality of health care for the public”.

Accreditation is a rigorous and comprehensive evaluation process through which an external accrediting body assesses the quality of the key systems and processes that make up a healthcare organization. Accreditation includes an assessment of the care and services that healthcare organizations are delivering in important areas such as preventive services and client satisfaction. Accreditation was developed in response to the need for standardized, objective information about the quality of healthcare organizations. Almost all accreditation programs are voluntary. Organizations seek accreditation for different reasons but most do so in an effort to increase market share and to win customer satisfaction and professional reputation.

Benefits of Accreditation

Here are some of the benefits of accreditation according to TJC (2014), NCQA (2014) and AAAHC (2014). Accreditation of a healthcare organization:

1. Strengthens overall performance (clinical and managerial)
2. Improves patient, medication and facility safety in all units and departments
3. Enhances community trust and confidence in the organization
4. Provides a report card for the public to compare between organizations
5. Offers an objective evaluation of the organization's performance
6. Stimulates the organization's quality improvement efforts
7. Aids in professional staff recruitment and retention
8. Provides educational and training outlets for staff
9. May be used to meet certain government certification requirements
10. Expedites third-party (insurance and government) payment
11. Often fulfils licensure requirements
12. May favourably influence liability insurance premiums
13. Favourably influences employers' contract decisions
14. Finds new ways to improve the care and services they offer

15. Increases the organization's efficiency and reduces costs

16. Provides a mechanism for sustainable documentation of processes and services

17. Develops better risk management programs

18. Motivates staff and instils pride and loyalty

19. Strengthens public relations and marketing efforts

20. Develops alliances with other provider groups and health care organizations

Who is responsible for Accreditation?

Accreditation is an external assessment program based on a set of standards. The program itself is coordinated by an accreditation agency. This agency is usually private independent organization but can also be a governmental agency related to the nation's ministry of health. This agency will be responsible for overseeing the overall accreditation program in that country.

In other countries, accreditation is handled primarily by a government agency or a quasi-government agency such as Accreditation Canada or its Australian, Japanese, Indonesian, Turkish, Austrian, Jordanian or Saudi counterparts. In all cases however, these accrediting organizations are governed by a board comprised of experts as well as independent agencies that represent other sectors in the healthcare system in that country such as the private sector and academia.

In Kazakhstan, the Ministry of Health created the accreditation program for healthcare organizations. A unit within the Ministry was created and called the National Healthcare Accreditation Center with a governing board comprised of MOH leaders. The Center is hosted at the MOH and several professionals were assigned to administer and operate the Center. So since its inception, the Center worked hard to develop several sets of accreditation standards (for hospitals, emergency care and rehabilitation organizations) and had those standards approved by the MOH and further accredited by the International Society of Quality in Healthcare (as explained below). The Center further worked on identifying, selecting and training a large number of healthcare professionals to act in the role of

accreditation surveyors. These individuals were recently gathered and retrained on a set of new accreditation methodologies and then certified to take the role of national accreditation surveyors. The Center is now preparing for the accreditation of its structure by ISQua as an accredited national accreditation organization fulfilling the stringent requirements of that international body.

The main functions of the accreditation agency are:

- creating and maintaining of the register of accredited organizations and the register of accreditation personnel;

- Representing Kazakhstan and participating in all relevant international, European and regional organization and meetings on accreditation;

- drafting and executing related international and national agreements on cooperation and mutual recognition of accreditation;

- seeking, achieving and complying with international accreditation standards (e.g. ISQua) and become an accredited organization for the granting of accreditation of healthcare organization in Kazakhstan;

- development and delivery of training of accreditation personnel and empower them to carry out accreditation activities according to the set requirements;

- provide educational and awareness material to providers and the public on issues related to accreditation and the associated standards;

- develop and regularly update the pertinent accreditation standards for the different healthcare organizations in the country;

- identify, select, train and certify qualified healthcare professionals to fulfill the role of national accreditation surveyors and assessors;

- assess compliance of healthcare organizations to accreditation standards through triennial site visits and periodic as needed surveys to sustain such conformity to the standards;

- make decisions as to the degree of compliance of healthcare organizations to the accreditation standards and decide on the awards of accreditation to such facilities or the revocation

of such awards for non-complying organizations;

- development of policies, procedure and related guidelines on the preparation for site visits and the delivery of such visits to healthcare organizations nation-wide;

- develop guidelines and train surveyors on the on-site survey assessment methodology (e.g. clinical and system tracers) and procedures for conducting the site visits, the scoring of the standards, and on the reporting of the findings;

- assess and collect surveying fees and related financial requirements to operate and sustain an effective and objective national accreditation program

- creation of technical accreditation committees and approval of their provisions (e.g. standards development);

- provide a set of guidelines and policies on accreditation decisions appeals and grievance procedures;

- organize and deliver seminars, workshops and training avenues on the accreditation standards to healthcare professionals and their organizations;

- organize and administer an annual consensus national conference on accreditation process, standards and related outcomes;

- provide a national “help-line” and mechanism to provide logistical and expert support to healthcare organizations as they prepare for their accreditation award;

- provide comparative information to select national regulatory agencies and the public on healthcare organizations performance and patient related outcomes and;

- assist in enhancing nation-wide awareness on patient rights and safety and on providers’ responsibilities and ethical behavior

Accountability of Accreditation Organizations

The Kazakhstan accreditation standards have already been accredited by ISQua and once the Accreditation Center is further strengthened and perhaps re-organized, ISQua accreditation of the Center can be sought and achieved. To achieve such status and achieve international recognition and accountability, the Kazakhstan National Healthcare Accreditation Center will have to

comply with ISQua's accreditation standards that are required for similar organizations.

Accreditation Standards

Every accreditation program must develop its own standards. Understandably, these standards must comply with nationally and internationally accepted norms. The accreditation agency (in Kazakhstan it is the National Healthcare Accreditation Center within the Ministry of Health) is responsible for the setting and continuously updating the accreditation standards of healthcare organizations operating in the country. They must also develop the scoring guidelines for measuring compliance to the standards.

In its effort to continuously update and upgrade standards, this unit (the accreditation center) will be responsible for identifying related experts from the healthcare community at large

and assign them to different teams. These teams will be responsible for developing, revising and/or updating standards. So there may be a team for patient safety, another for care processes, and yet another for infection control and medication management. Once these teams complete their work, new standards are developed or old ones revised and a new edition of the standards manual is published. Thus this manual becomes the guide for both organizations and surveyors to gauge accreditation eligibility and organizations must strive to achieve as many of these standards as possible to achieve the acceptable "score" for winning accreditation. Once accredited, organizations will still have to maintain (on a continuous basis) the level of performance associated with those standards and will have to undergo another accreditation cycle every three years.

ПОДГОТОВКА К МЕЖДУНАРОДНОЙ АККРЕДИТАЦИИ (ISO15189) КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРИЙ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Икранбегийн Р., Ph.D, Д.Б.Н., доцент ¹

David McAlister, Ph.D ¹

Albetkova A., Ph.D ¹

Karen McClure, Ph.D., MLS (ASCP)SBB ¹

Daphne B. Moffett, Ph.D ¹

George Schmid, Ph.D ¹

¹Centers for Disease Control and Prevention

На протяжении последних 20 лет, и в особенности с момента введения Международных медико-санитарных правил ВОЗ, обеспечение качества лабораторных исследований является предметом пристального внимания множества стран во всем мире. И хотя каждая страна обязана раз-

рабатывать свои стандарты, соответствующие ее местной специфике, повсеместно признано, что эти стандарты должны базироваться на международных стандартах для медицинских лабораторий (ISO 15189 – Лаборатории медицинские. Специфические требования к качеству и компетенции), и что эти стандарты

Консультативно-диагностический центр, Семей	60	46	41	43	12	34	25	29	7	29	16	27	31
Консультативно-диагностический центр, Уральск	33	43	35	55	43	29	25	27	20	7	15	11	29
Поликлиника №4, Астана	95	100	88	95	83	97	90	87	75	90	97	88	90
Республиканский диагностический центр, Астана	93	97	99	100	96	100	95	96	95	93	91	98	95

Как видно из данных, приведенных в таблице 1, внедрение основных 12 элементов СМК более-менее реализовано в двух лабораториях г. Астаны. В регионах практически все элементы являются предметом обсуждения. Являясь одним из ключевых требований СМК, стандартизация имеет целью достижение такого уровня качества клинических лабораторных исследований, который в наибольшей степени удовлетворяет потребителей лабораторной информации — врачей-клиницистов и пациентов.

Степень удовлетворения или неудовлетворения врачей-клиницистов и пациентов работой лаборатории является основой для окончательной оценки. ИСО 15189 предусматривает в системе мер менеджмента качества изучение несоответствий, то есть жалоб и указаний на ошибки, и принятие соответствующих кор-

ректирующих и предупредительных мер.

Однако система менеджмента качества предусматривает и активную систематическую собственную оценку лабораторными специалистами степени соответствия своей работы требованиям, предъявляемым клиническим предназначением лабораторных результатов — по аналитической надежности, клинической информативности, оперативности предоставления информации, что должно предупреждать выдачу лабораторией

Таблица 2 – Результат итоговой оценки уровня внедрения СМК в лабораторную практику в пилотных лабораториях

Наименование лаборатории	Элементы СМК												
	Организация	Обслуживание клиентов	Помещение, инфраструктура и безопасность	Персонал	Закупка и инвентарный учет	Оборудование	Управление процессами	Документы и учетные записи	Управление информацией	Управление несоответствиями	Оценка	Непрерывное улучшение	Общий итог, %
Региональный диагностический центр, Алматы	95	91	98	95	85	81	83	100	83	81	68	93	88
Консультативно-диагностический центр, Семей	79	46	84	81	78	87	81	91	89	89	80	93	82
Консультативно-диагностический центр, Уральск	89	86	93	80	89	78	84	96	95	89	80	93	82
Поликлиника №4, Астана	99	91	96	100	93	90	84	100	97	89	100	93	94
Республиканский диагностический центр, Астана	97	97	99	100	96	100	95	96	97	94	95	98	97

⁶ CLSI. Quality Management System: Equipment; Approved Guideline. GP37-A. 2011

⁷ ИСО 15189:2012 Лаборатории медицинские. Частные требования к качеству и компетентности.

⁸ Практическое руководство по биологической безопасности лабораторных условиях» ВОЗ, 2004г.

недостовой информации и, соответственно, оправданные жалобы потребителей этой информации. Исходя из этого, для внедрения СМК в практическую лабораторную службу в пилотных лабораториях использована программа наставничества на местах. Программу наставничества составили двух недельным сроком в трех кратном посещении. Из-за нехватки времени программа была рассчитана в период со 2 марта по 3 июля в течение 4 месяцев. Для двух лабораторий из Астаны с учетом высоких первоначальных рейтингов наставничество было определено недельным сроком. Наставники проводили обучение по СМК, ИСО 15189:2012 и биобезопасности, участвовали в создании документов, проводили наглядные тренинги при необходимости, объясняли суть международных стандартов. В конце программы была проведена повторная, итоговая оценка (таблица 2).

Целостную оценку обеспечивает общий индикатор, который рассчитывается как средняя величина баллов, полученных для всех 12 элементов СМК. Такие объединенные показатели указывают, какие элементы вносят наибольший вклад в заключительный общий индикатор, а также дают возможность быстро определить, какие модули нуждаются

ся в улучшении. Желательная цель – набрать как минимум 85% (http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/who_hse_gr_lyo_2012.2_eng.pdf). В среднем, результаты оценки в диапазоне 65–85%, для любого индикатора, свидетельствует о функциональности лабораторной системы с определенными областями, подлежащими к улучшению.

Таким образом, внедрение СМК в пилотные лаборатории Казахстана успешно завершено, хотя имеются индикаторы, нуждающиеся в улучшении. Такое обстоятельство связано тем, что программа наставничества была проведена очень сжатые сроки, в течение которых лаборатории не успели получить результаты внедрения элементов. Кроме того, также не было возможность выбора и оценки ЛИС, и дальнейшее ее внедрения в практику. На балл индикатора также повлияло отсутствие национальной программы внешней оценки качества ВОК. В целом, полученный высокий результат внедрения СМК это гарантия готовности пилотных лабораторий к аккредитации по ИСО 15189:2012. Программа наставничества, не смотря на очень сжатый срок, являлся отличным инструментом для внедрения СМК и улучшения потенциала лабораторной службы Казахстана.

УКРЕПЛЕНИЕ СЛУЖБЫ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ В КАЗАХСТАНЕ

Дэвид Грилли, Говард Ку, Александр Семенов, Владимир Зинкин, Инна Юркевич
Американский международный союз здравоохранения

В 2014 году Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан при финансовой поддержке Всемирного банка заключило с Американским международным союзом здравоохранения (АМСЗ) договор на оказание технической помощи для подготовки Республиканской референс-лаборатории службы крови (РРЛСК) в Астане к международной аккредитации по ISO 17043 и ISO 19011 с целью

улучшения доступа к безопасной донорской крови и ее препаратам. Этот успешный и создавший много возможностей для сотрудничества проект оказания технической помощи продолжался с 6 октября 2014 г. по 1 ноября 2015 г. Он был посвящен развитию кадровых ресурсов для здравоохранения и предусматривал координацию шести международных программ обучения для 121 врачей, менеджеров по качеству, медсестер и производственного

персонала.

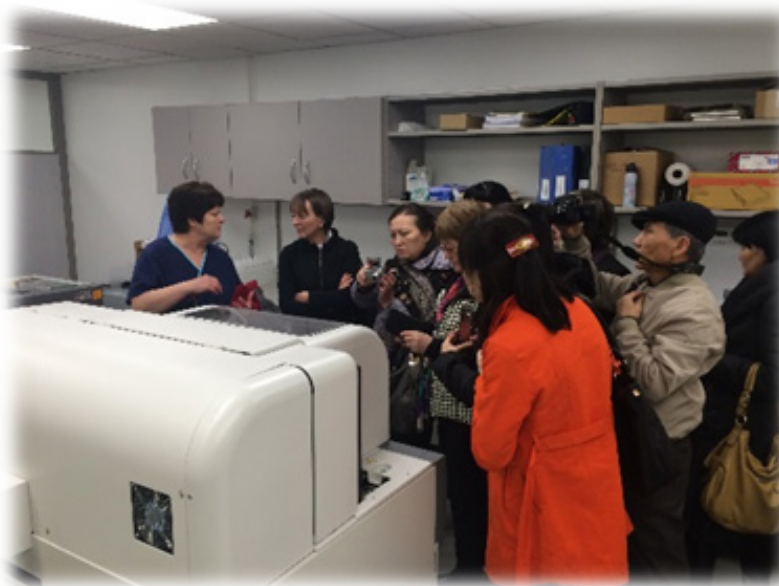
С 6 по 13 ноября 2014 г. технические специалисты АМСЗ провели начальную оценку требований ISO 17043 в РРЛСК, в результате которой были представлены отчет об анализе недостатков, план работы и паспорт медицинской лаборатории. В тесном сотрудничестве с Министерством и другими заинтересованными сторонами специалисты АМСЗ провели в ноябре и декабре 2014 г. начальное обучение требованиям ISO 17043, после чего в январе 2015 г. для 14 местных специалистов был проведен трехдневный тренинг по техническим требованиям для аккредитации. Два международных консультанта помогли рабочей группе РРЛСК в оценке текущей деятельности и хода разработки подтверждающих документов и реализации, необходимых правил и процедур. В апреле и мае 2015 г. состоялись дополнительные посещения, в рамках которых было проведено аудиторское обучение согласно ISO19011.

Учебно-ознакомительные поездки в известные банки крови и лаборатории США и Испании сыграли решающую роль в развитии кадрового потенциала в рамках этого годичного проекта. АМСЗ организовал первую такую поездку 8–19 декабря 2014 г., пригласив группу специалистов по качеству, директоров областных центров крови и представителей Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан (всего 21 человек) в г. Сиэтл, штат Вашингтон, где они приняли участие в двухнедельном тренинге по управлению качеством в Центре крови Пьюджет-Саунд. Участникам было показано, как процесс обеспечения качества встраивается в текущую деятельность при реализации процесса переливания крови «из вены в вену». Первая неделя тренинга была посвящена из-



учению процессов в центре крови, от привлечения доноров и до хранения и распределения компонентов крови. В течение второй недели изучались клинические процессы, в том числе клиническая оценка пациента, введение крови, мониторинг и информирование о нежелательных явлениях.

В январе 2015 г. группа специалистов по лабораторному тестированию (21 человек) прошла пятидневный курс обучения в Оклахомском институте крови (ОИК) в г. Оклахома-Сити, штат Оклахома. В феврале другая группа из 20 участников занималась изучением производства компонентов крови, а в мае АМСЗ организовала третью учебно-ознакомительную поездку в ОИК, посвященную организации взаимодействия с потребителями крови и развитию добровольного донорства. В апреле 2015 г. группа врачей анестезиоло-



гов и реаниматологов в течение 2 недель изучала вопросы клинической трансфузиологии на базе BloodSource г. Сакраменто, штат Калифорния. Наконец, в июне АМСЗ провел тренинг по управлению службой крови для 22 медсестер в Банке крови и тканей в Барселоне, Испания.

1 сентября 2015 г. были представлены окончательные результаты проекта — подготовка РРЛСК к аккредитации по ISO 17043. При содействии международной команды консультантов по лабораторным исследованиям Департамент организации внешней оценки качества (DOEQA) завершил разработку всех требуемых ISO технических и организационных нормативов и процедур. В настоящее время идет внедрение этих нормативов и процедур под ответственность DOEQA. Также был проведен аудит по оценке готовности департамента к аккредитации и разработана система программного обеспечения, включающая статистические приложения для межлабораторного сравнения результатов проверки квалификации, а затем 28-30 октября 2015 г. в Астане проведено обучение работе с ней.

По словам технического эксперта АМСЗ Говарда Ку, магистра естественных наук, медицинского технолога с сертификацией ASCP, бывшего администратора региональных лабораторий Северной Калифорнии Кайзер-Перманенте и адъюнкт-профессора по клиническим лабораторным исследованиям в Доминиканском университете Калифорнии, это международное сотрудничество было очень важным и значимым с точки зрения обмена знаниями и опытом, так как позволило казахстанским специалистам воспользоваться методами обеспечения безопасности крови, принятыми во многих развитых странах.

«Сотрудники научно-производственного центра трансфузиологии (НПЦТ) были одной из самых внимательных и развитых групп клинических лаборантов, с которыми мне выпала честь работать. Они были готовы учиться и не стеснялись задавать уточняющие вопросы, чтобы хорошо понять материал. Они были очень восприимчивы к тем знаниям, которыми я поделился с ними», — сказал Говард

Ку, вес словам которого придает его более чем 35-летний профессиональный опыт.

«Я высоко оценил искренность, гостеприимство, и профессиональную гордость моих казахстанских коллег», — продолжил Говард Ку. «Меня очень впечатлило их стремление улучшить качество оказания медицинской помощи путем принятия стандартов международной аккредитации и применения системы качества, несмотря на различные препятствия».

Вадим В. Чурсин, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии в Казахском медицинском университете непрерывного образования в Алматы и национальный эксперт в области клинической трансфузиологии, принял участие в тренинге по клинической трансфузиологии, проведенном в BloodSource г. Сакраменто, Калифорния.

«Учеба в США была очень полезной. Теперь я убежден, что мы находимся на правильном пути и соблюдаем международные стандарты клинического использования крови. В некоторых отношениях мы даже опережаем наших коллег, например, в области рационального использования препаратов и компонентов крови», — сказал д-р Чурсин. «В целом, наша система контроля безопасности переливания крови неплоха, за исключением отслеживания осложнений и побочных реакций. Информация и ресурсы, которые мы получили в ходе обучения, применяются для разработки инструкций для внешнего аудита, а также в моей работе преподавателя», — продолжил он, отметив, что «было очень полезно обсудить все аспекты использования цельной крови».

Признавая плодотворное сотрудничество и успешное завершение проекта, директор НПЦТ Жандос Конысович Буркитбаев заявил: «Благодаря усилиям АМСЗ обучение было хорошо организовано, что позволило нам повысить квалификацию специалистов службы крови, а также других учреждений здравоохранения. Учебные мероприятия проводились интересно и с высоким качеством, что обеспечило всестороннее ознакомление с

самым современным мировым опытом. Благодаря этому проекту оказания технической помощи РРЛСК достигла уровня, необходимого для получения международной аккредитации в соответствии с ISO 17043. Мы надеемся, что

этот проект — лишь начало нашего перспективного сотрудничества и что оно поможет нам справиться со сложными задачами, с которыми мы столкнемся в будущем», — заключил директор Буркитбаев Ж.К.

Таблица 1. - Сводка учебных мероприятий

Дата тренинга	Название тренинга	Место проведения	Продолжительность	Количество и тип обучаемых
Задача 1. Подготовка к международной аккредитации ИСО17043				
6-16 ноября 2014 г.	ISO 17043	Оценка		Рабочая группа по ISO 17043
27 ноября – 18 декабря 2014 г.	ISO 17043	Вебинары	4 сеанса по 1,5 ч	Рабочая группа по ISO 17043
5–9 января 2015 г.	Требования ISO 17043: СОП и управление качеством	Астана, Казахстан	5 дней	14: рабочая группа по ISO 17043
20–23 апреля 2015 г.	ISO19011-2011	Астана, Казахстан	5 дней	14 (лабораторные специалисты или менеджеры (заведующий референс-лабораторией, отдел ФТ, отдел КК, исполнительное руководство — 2 чел.)
4–8 мая 2015 г.	Технические требования ISO 17043:	Астана, Казахстан	5 дней	14: рабочая группа по ISO 17043
28–30 октября 2015 г.	Компьютерная система для отдела проверки квалификации	Астана, Казахстан	3 дня	14: рабочая группа по ISO 17043
Задача 2: Повышение потенциала специалистов службы крови				
8–10 декабря 2014 г.	Управление качеством	Центр крови Пьюджет-Саунд, г. Сиэтл, шт. Вашингтон	10 дней	21 трансфузиолог: специалисты по качеству, директора центров крови, представители МЗСР
19–23 января 2015 г.	Организация лабораторного тестирования донорской крови	Оклахома-Сити, шт. Оклахома	5 дней	21: лабораторные специалисты/врачи
23–27 февраля 2015 г.	Организация производственных процессов	Оклахома-Сити, шт. Оклахома	5 дней	20: лабораторные специалисты/врачи
13–24 апреля 2015 г.	Клиническое переливание крови и трансфузиология	BloodSource, г. Мазер, шт. Калифорния	10 дней	16 врачей
18–22 мая 2015 г.	Взаимодействие с потребителями крови	ОИК, г. Оклахома-Сити, шт. Оклахома	5 дней	2 зав. отделениями, 4 врача, 14 руководителей отделов, 1 специалист по качеству — всего 21 чел.
1–12 июня 2015 г.	Управление средним медицинским персоналом	Банк крови и тканей, г. Барселона, Испания	10 дней	22 медсестры

В дополнение к этому проекту Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан и Всемирного банка АМСЗ также является получателем пятилетнего гранта согласно Чрезвычайному плану Президента США по борьбе со СПИД (PEPFAR) на оказание технической помощи в укреплении служб крови в странах Центральной Азии, Украине и Камбодже. Этот проект осуществляется при технической поддержке Центров контроля и профилактики заболеваний США (CDC).

В рамках этого проекта АМСЗ совместно с Национальной службой крови Казахстана оказывал поддержку развитию инфраструктуры, проводя оценку компьютерной системы управления информацией (КСУИ) в НПЦТ Астана и в Республиканском центре крови в Алматы, предоставляя техническую помощь

в разработке пользовательских технических требований (ПТТ) для НПЦТ и предоставляя разнообразные модули для ПТТ.

Кроме того, АМСЗ поделился международным опытом в области финансового управления; в сотрудничестве с НПЦТ были разработаны циклы для постдипломного образования в области управления качеством в службе крови и клинического применения крови на основе учебных программ ВОЗ и CLST. В Астане в марте 2015 г. Был проведен 10-дневный семинар для 39 врачей, в том числе нескольких участников из Кыргызстана и Таджикистана. Другие области технической помощи охватывали сотрудничество в области добровольного безвозмездного донорства крови, а также исследования, в частности, по теме аллоиммунизации у казахстанских пациентов с острым миелоидным лейкозом.

ИНИЦИАТИВЫ В ОБЛАСТИ РАЗВИТИЯ НАУЧНОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СРЕДЫ

Сыздыкова А.А.

*Директор Департамента науки и человеческих ресурсов
Министерства здравоохранения и социального развития РК*

Койков В.В.

*Директор департамента научных исследований и экспертизы
РГП «Республиканский центр развития здравоохранения»
Министерства здравоохранения и социального развития РК*

Создание современной и эффективной системы здравоохранения относится к числу первостепенных целей в политическом курсе Казахстана, озвученном главой государства Н. Назарбаевым в стратегии «Казахстан 2050». При этом в условиях нарастающего влияния глобального экономического кризиса и усиления внешних и внутренних вызовов национальным системам здравоохранения особую актуальность приобретает инновационное развитие системы здравоохранения РК, основанное на новейших достижениях медицинской и фармацевтической науки, а также повышение эффективности политических и управленческих решений, принимаемых в отрасли.

К числу ключевых условий, обеспечивающих эффективное функционирование системы здравоохранения, относится создание единой информационной системы, аккумулирующей данные по различным показателям деятельности отрасли (медицинским и финансовым показателям, показателям кадровой и материально-технической обеспеченности и т.д.) в разрезе регионов и всей страны. В том числе высокую актуальность имеет создание единого информационного пространства по вопросам исследований в области здравоохранения (рисунок 1).

Несмотря на предпринимаемые в последние годы меры по развитию единой информационной системы и информационных



Рисунок 1 – Предпосылки для развития научной информационной среды

технологий в здравоохранении, внедрению принципов доказательной практики в медицине и менеджменте, необходимость создания в национальной системе здравоохранения эффективной научной информационной среды приобретает всё большую значимость (рисунок 2). Это связано, прежде всего, с тем, что в Республике Казахстан недостаточно эффективно работают механизмы обмена результатами научных исследований между различными ведомствами, между исследователями и государственными органами. Так, Министерство здравоохранения и социального развития РК получает отчеты лишь

по научно-техническим программам, финансируемым самим министерством. Вместе с тем, эти исследования составляют лишь 15-20% реализуемых в отечественных организациях медицинской науки научных программ и проектов – по остальным 80-85% проектов и программ (грантовые исследования, финансируемые отечественными и зарубежными фондами грантодателями, инициативные исследовательские проекты, диссертационные исследования) отчеты в полномочный орган в области здравоохранения, который может и должен использовать эти данные при принятии управленческих решений, не предоставляются.



Рисунок 1 - SWOT-анализ развития научной информационной среды в здравоохранении

Во многом сложившаяся ситуация связана с недостаточным уровнем информационно-коммуникационной инфраструктуры в здравоохранении, в том числе в сфере медицинской науки – отсутствием единого информационного ресурса (базы данных) по исследованиям проводимым в сфере здравоохранения.

В этой связи в рамках проекта «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан», реализуемого Министерством здравоохранения при поддержке Всемирного банка, в качестве одного из ключевых мероприятий по реформированию

медицинской науки было запланировано мероприятие по развитию научной информационной среды в области здравоохранения.

Решение проблемы формирования единого информационного пространства в области биомедицинских научных исследований, выполняемых на территории Республики Казахстан и (или) с участием казахстанских исследователей осуществлялось путем разработки научно-медицинского информационного портала «Медицинская и фармацевтическая наука Казахстана» на домене medscience.kz (рисунок 3) и размещения на его платформе баз данных по научным исследованиям в области здравоохранения.

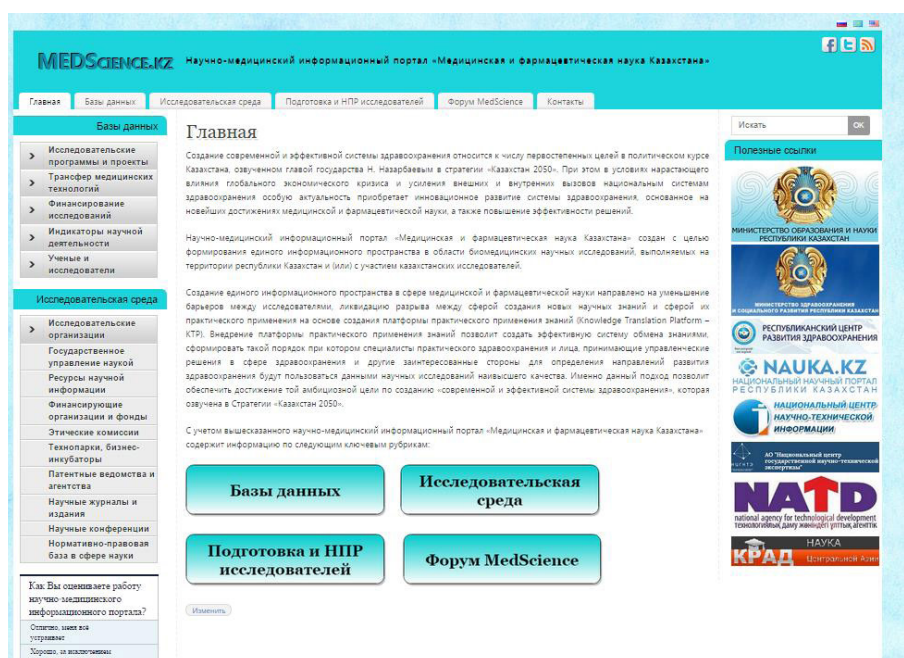


Рисунок 3 – Скриншот главной страницы научно-медицинского информационного портала MEDScience.kz

(В качестве ключевых разделов научно-медицинского информационного портала MEDScience.kz предложены: «Базы данных по научным исследованиям в РК», «Информационные ресурсы по Исследовательской среде», «Подготовка и НПР исследователей», «Форум по вопросам медицинской науки» (рисунок 4). Размещаемая на портале информация предназначена для использования различными категориями стейкхолдеров – индивидуальными исследователями и специалистами медицинских научных организаций и ВУЗов, полиси-

мейкерами (специалистами Центрального и местных органов управления здравоохранением), менеджерами здравоохранения всех уровней, потенциальными инвесторами и широкой общественностью.

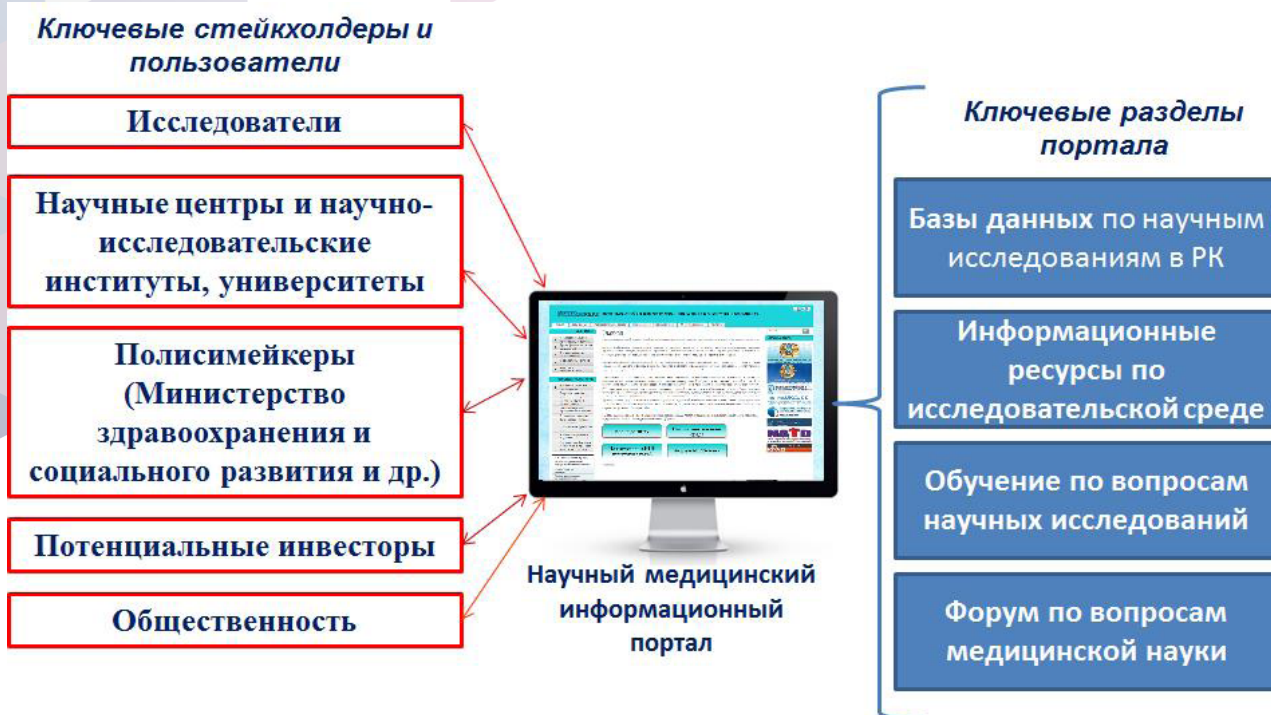


Рисунок 4 – Организационная структура и ключевые стейкхолдеры научно-медицинского информационного портала

Базы данных в сфере медицинской и фармацевтической науки и инноваций в области здравоохранения предоставляют доступ к ресурсам по исследованиям в области здравоохранения, научным разработкам и инновациям для всех заинтересованных сторон – исследователей, профессорско-преподавательского состава ВУЗов, специалистов практического здравоохранения и лиц, принимающих управленческие решения на всех уровнях системы здравоохранения. Система информационной поддержки исследований в виде единой базы данных научно-исследовательских программ и проектов, результатов научных исследований и кадрового потенциала медицинской науки Казахстана предназначена для повышения эффективности использования данных и продукции, получаемой различными субъектами научной деятельности.

База данных по инновационным, инвестиционным и научным программам и проектам содержит информацию о проведенных на территории Республики Казахстан и выполняемых в настоящее время научных программах и проектах, инновационных программах и проектах, инвестиционных программах и

проектах в области здравоохранения и биомедицины (рисунок 5). В настоящее время база включает информацию по программам и проектам выполненным в течении 10 последних лет, включая информация по отдельным видам исследований (фундаментальные, прикладные исследования) и различным формам финансирования (программно-целевое и грантовое финансирование, инициативные тематики), а также по проведенным в медицинских и фармацевтических ВУЗах РК диссертационным исследованиям. Информация для пользователей по каждой программе или проекту представлена в виде развернутой аннотации, позволяющей получить всю основную информацию по целям и задачам исследования, срокам проведения исследования и исполнителям, полученным результатам и выводам. Для эффективной работы с базой данных предусмотрена функция сортировки данных и поиска по ключевым словам.

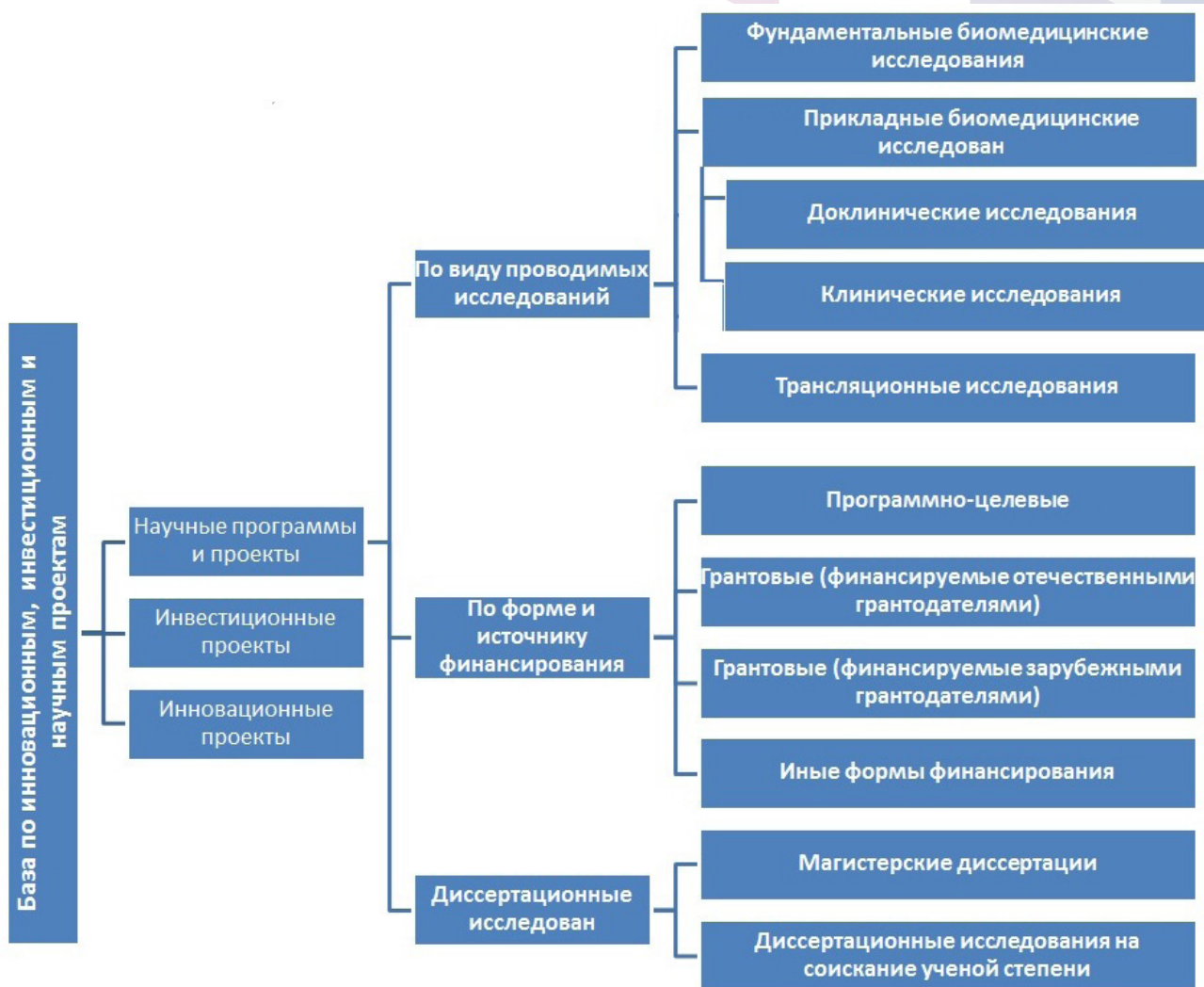


Рисунок 5 – Структура базы данных по инновационным, инвестиционным и научным программам и проектам

База данных по трансферу медицинских технологий включает информацию по медицинским технологиям, являющимся разработками казахстанских исследователей, а также медицинским технологиям, завозимым в РК из-за рубежа, которые прошли процедуру оценки медицинских технологий (ОМТ) и были разрешены к применению в системе здравоохранения РК как в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, так и в рамках клинической апробации (рисунок 6).

Учитывая, что международно-признанная процедура ОМТ широко применяется не только как инструмент оценки новых технологий, но и как механизм оценки технологий, используемых медицинскими работниками в своей повседневной практике, в дальнейшем данная база данных, в том числе, будет напол-

няться информацией по ОМТ применяемых в РК медицинских технологий.



Рисунок 6 – Структура базы данных по трансферу медицинских технологий

База данных по финансированию научных программ и проектов предназначена для оценки объемов финансирования отечественной медицинской и фармацевтической науки в разрезе как отдельных форм финансирования, так и отдельных видов финансируемых организаций (рисунок 7). Данная база данных предназначена больше для специалистов уполномоченных органов, менеджеров в области медицинской науки.

База данных индикаторов мониторинга эффективности научных исследований в секторе здравоохранения включает информацию по всем индикаторам научной и инновационной деятельности, по которым осуществляется оценка деятельности субъектов научной деятельности в области здравоохранения – медицинских НИИ, НЦ и высших учебных заведений, включая результаты ежегодного ранжирования данных организаций по указанным индикаторам (рисунок 8). Данная база данных предназначена для использования всеми субъектами научно-инновационного процесса и лицами, принимающими управленческие решения в сфере медицинской науки, для получения информации по имеющим-

ся достижениям, анализа динамики ключевых показателей научной и инновационной деятельности.

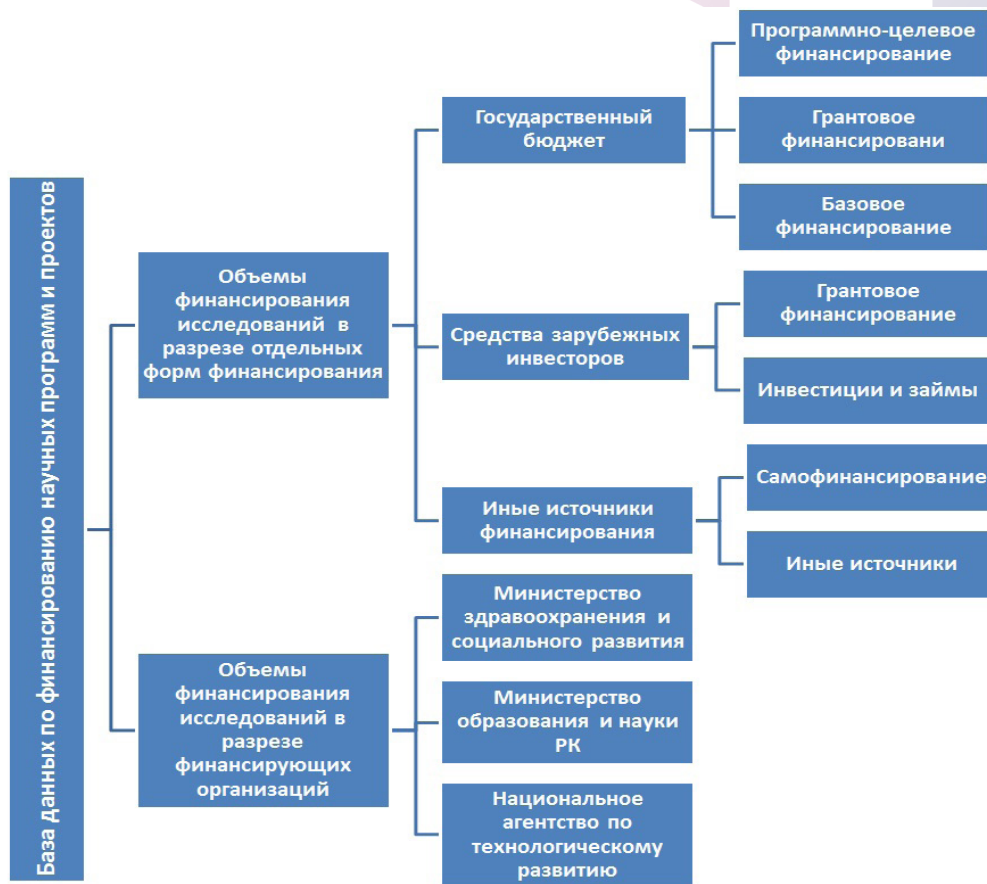


Рисунок 7 – Структура базы данных по финансированию научных программ и проектов

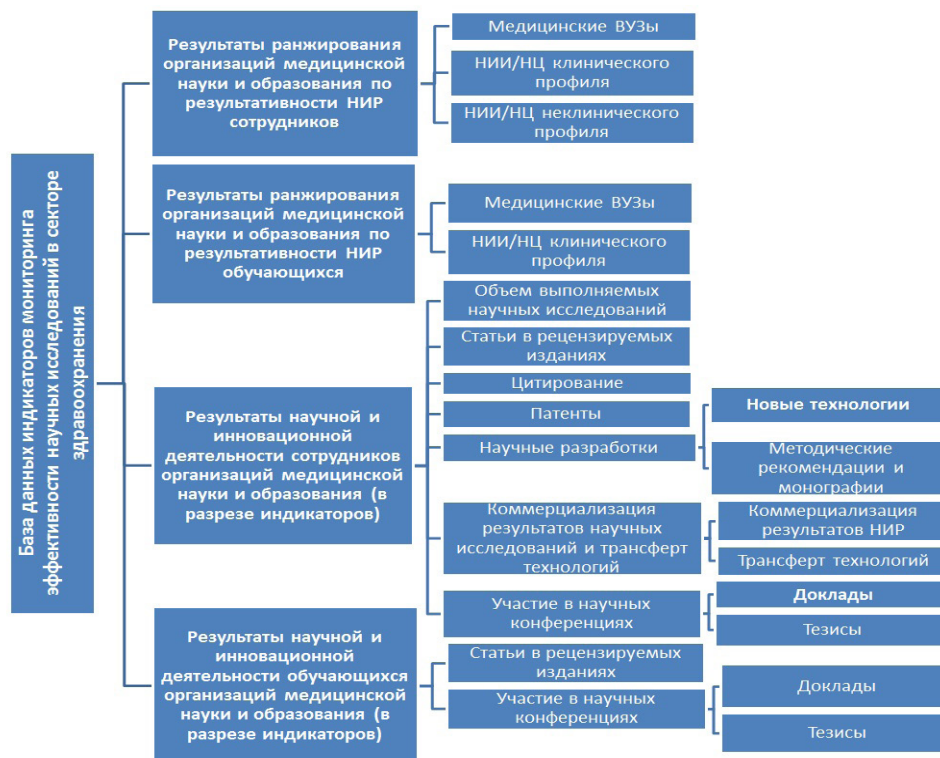


Рисунок 8 – Структура базы данных индикаторов мониторинга эффективности научных исследований в секторе здравоохранения

База данных исследователей в области здравоохранения и биомедицины – представляет собой регистр исследователей в области здравоохранения и биомедицины, и

предназначена для учета всех специалистов, вовлеченных в сферу научных исследований, оценки их вклада в развитие медицинской и фармацевтической науки РК (рисунок 9).

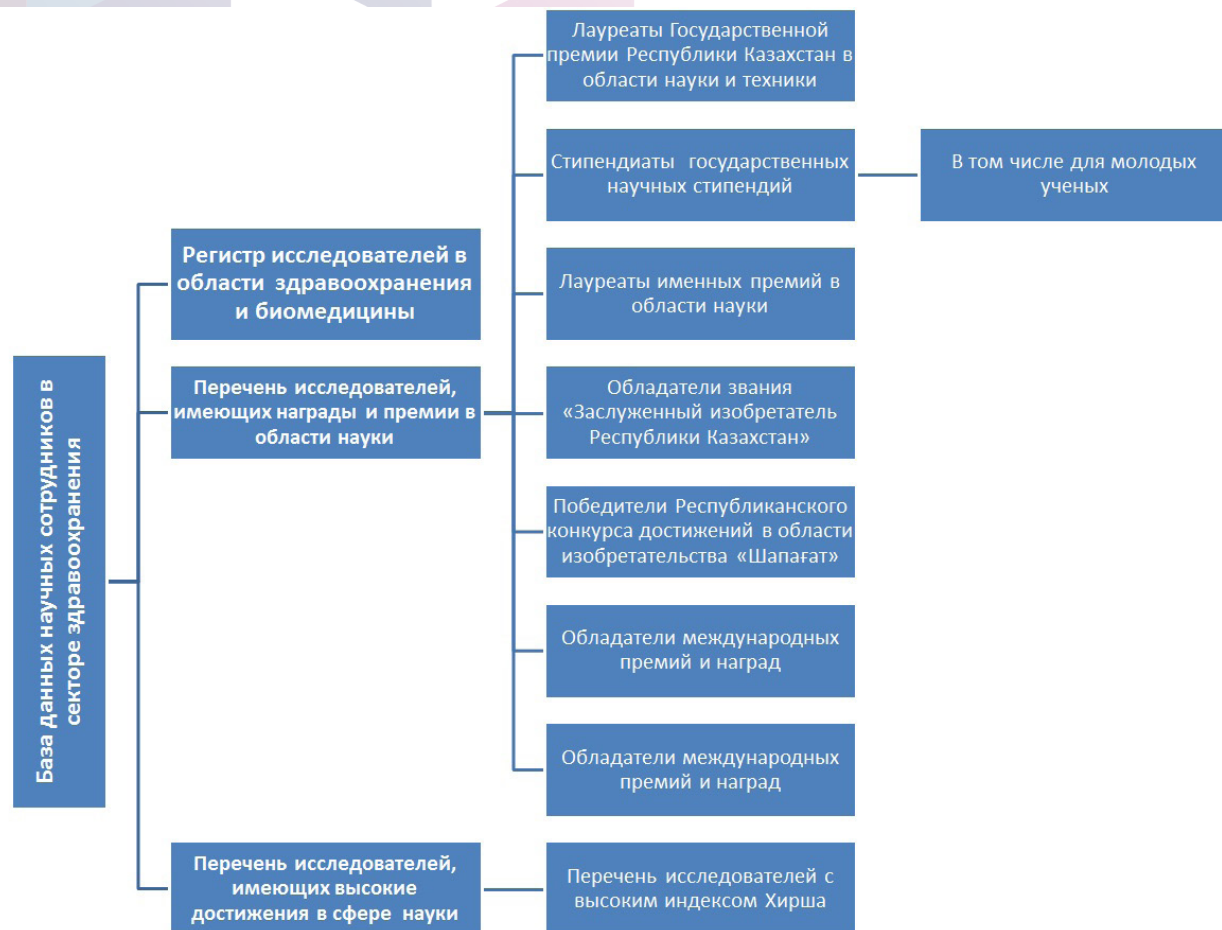


Рисунок 9 – Структура базы данных исследователей в области здравоохранения и биомедицины

К числу ключевых разделов научно-медицинского информационного портала относится также информационный ресурс по исследовательской среде в области здравоохранения. Данный раздел портала включает информацию обо всех субъектах научной деятельности в области здравоохранения и биомедицины (НИИ, НЦ, ВУЗах и т.д.), органах и организациях, содействующих формированию исследовательской среды (госорганах, экспертных и информационно-ресурсных организациях, этических комиссиях, технопарках и бизнес-инкубаторах, офисах коммерциализации и т.д.), организациях, финансирующих научные исследования в РК и зарубежных фондах-грантодателях, научных

изданиях, в которых казахстанские исследователи могут опубликовать результаты своих исследований и т.д. (рисунок 10).

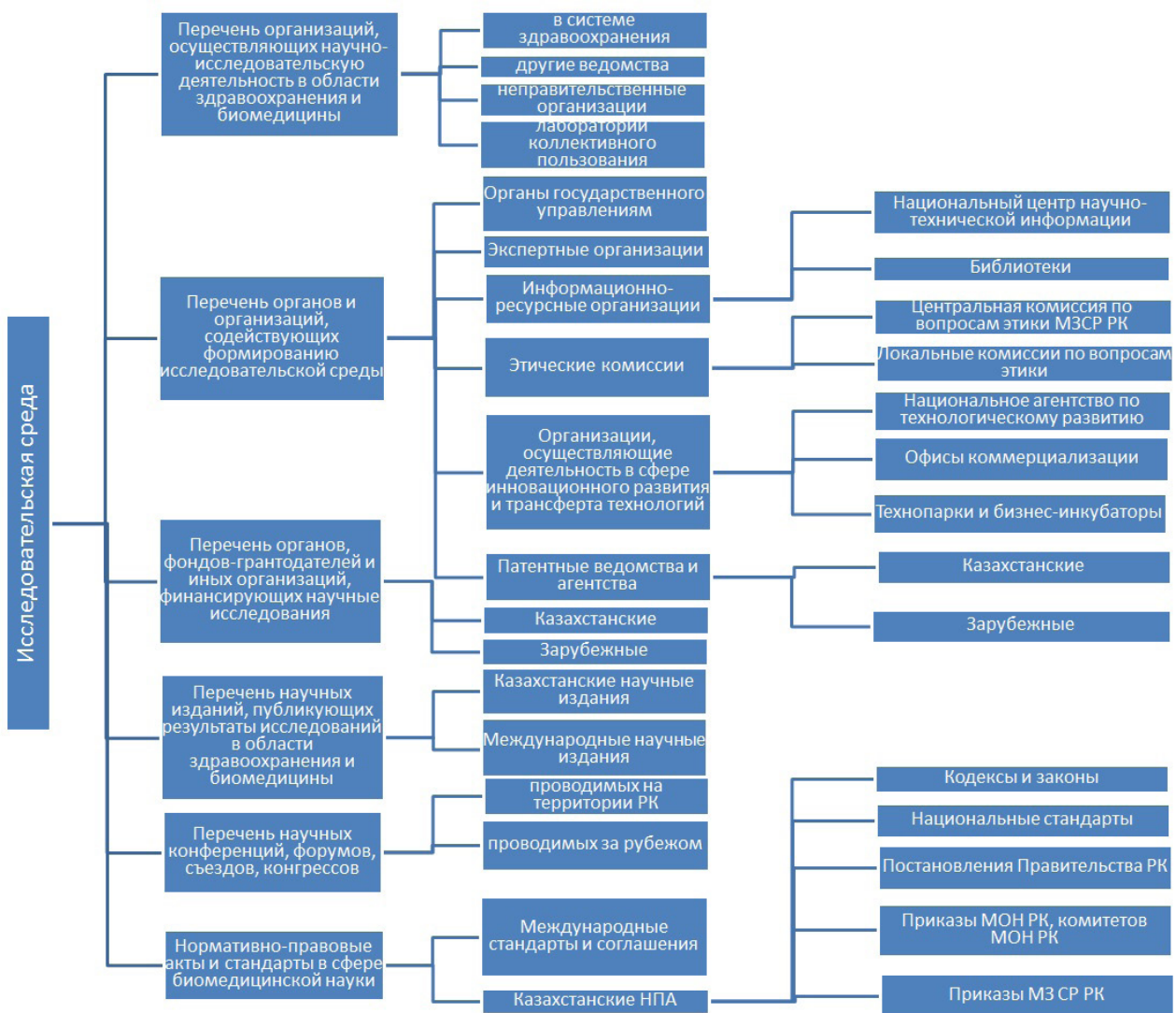


Рисунок 10 – Структура информационного ресурса по исследовательской среде в области здравоохранения

В настоящее время научно-медицинский информационный портал функционирует MEDScience.kz в виде он-лайн демо-версии с доступом на государственном, русском и английском языках. Полное наполнение всех разделов портала и баз данных будет завершено к концу 2015 года.

Реализация инициативы по созданию и развитию научной информационной среды в области здравоохранения и биомедицины в РК будет способствовать усилению информированности всех стейкхолдеров в сфере медицинской и фармацевтической науки, но и активному включению Казахстана в мировое исследовательское пространство.

Создание единого информационного пространства в сфере медицинской и фарма-

цевтической науки направлено на уменьшение барьеров между исследователями, ликвидацию разрыва между сферой создания новых научных знаний и сферой их практического применения на основе создания платформы практического применения знаний (Knowledge Translation Platform – КТП). Внедрение платформы практического применения знаний позволит создать эффективную систему обмена знаниями, сформировать такой порядок при котором специалисты практического здравоохранения и лица, принимающие управленческие решения в сфере здравоохранения и другие заинтересованные стороны для определения направлений развития здравоохранения будут пользоваться данными научных исследований наивысшего качества.

Именно данный подход позволит обеспечить достижение той амбициозной цели по созданию «современной и эффективной системы

здравоохранения», которая озвучена в Стратегии «Казахстан 2050».

Источники:

1. Послание Президента Казахстана Нурсултана Назарбаева народу Казахстана «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства». Астана, Акорда, 14 декабря 2012 г.
2. Здоровье-2020: Основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия. Всемирная организация здравоохранения, Копенгаген, 2013 г., 28 с.

Инициативы в области развития научной информационной среды

Койков В.В., директор департамента научных исследований и экспертизы РГП «Республиканский центр развития здравоохранения»

С целью формирования единого информационного пространства в области биомедицинских научных исследований, выполняемых на территории республики Казахстан и (или) с участием казахстанских исследователей разработан и запущен в свободном онлайн-доступе Научно-медицинский информационный портал «Медицинская и фармацевтическая наука Казахстана» (www.medscience.kz). Размещаемая на портале информация предназначена для использования различными категориями стейкхолдеров – индивидуальными исследователями и специалистами медицинских научных организаций и ВУЗов, полисмейкерами (специалистами Центрального и местных органов управления здравоохранением), менеджерами здравоохранения всех уровней, потенциальными инвесторами и широкой общественностью

ВНЕДРЕНИЕ НОВОЙ МОДЕЛИ ПРИЕМА И ОТБОРА ГРАЖДАН В МЕДИЦИНСКИЕ ВУЗЫ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Байгожина З.А.

Начальник отдела

развития медицинского образования, к.м.н.¹

Абдрахманова А.О.

Главный менеджер отдела развития медицинского образования

к.м.н., доцент¹

Хандиллаева Б.М.

Главный менеджер отдела развития медицинского образования, к.м.н.¹

¹РГП "Республиканский центр развития здравоохранения"

Министерства здравоохранения и социального развития РК

Аталуы: Қазақстан Республикасының медициналық жоғарғы оқу орындарына азаматтарды қабылдау және іріктеу жаңа моделін енгізу.

Авторлары: Байгожина З.А., Абдрахманова А.О., Хандиллаева Б.М.
ҚР ДСӘДМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК

Түйіндеме: Мақалада екі пилоттық медициналық жоғарғы оқу орындарында пилоттық түрде өткізілген көптеген мини-интервьюлар нәтижесі берілген. Алынған нәтижелер медициналық білім беру мекемелеріне оқуға түлектерді іріктеу үшін дифференциациялық талдау тәсілінің устемділігі және кемшіліктері туралы тұжырымдама жасауға мүмкіндік берді.

Title: Implementing the new model of admission and selection of citizens in the Republic of Kazakhstan in to medical schools.

Authors: Baigozhina Z., Abdrakhmanova A.O., Khandillayeva B.

The Republican State Enterprise on the right of economic management «Republican Center for Health Development» of the Ministry of Health and Social Development of the Republic of Kazakhstan (further RSE "RCHD")

Abstract: The article presents the results of the pilot multiple mini-interviews in two pilot medical universities of the Republic of Kazakhstan.

The results led to the conclusions about the advantages and disadvantages of the method of differential selecting of applicants for training in medical educational establishments.

С каждым годом современное общество предъявляет все более высокие требования к медицинским работникам [1]. Формирование грамотного медицинского работника напрямую зависит от системы медицинского образования. В этой связи перед медицинскими ВУЗами республики стоит важная задача – формирование личности, открытой к общению, здоровой конкуренции, постоянным инновациям, нравственно готовым к будущей профессии.

Уже сегодня медицинские ВУЗы должны иметь четкое понимание того, какую личность они будут формировать, чему и как учить, а главное, кого обучать.

SWOT – анализ с выявлением слабых и сильных сторон ВУЗа, оказывающих влияние на процесс качественной подготовки медицинских кадров, позволил определить угрозы и возможности казахстанских вузов в проведении дифференцированного отбора наиболее сильных и психологически пригодных для обучения в медицинских университетах абитуриентов с последующим формированием врача новой формации.

SWOT анализ ситуации в медицинском и фармацевтическом образовании, оказывающим влияние на механизм отбора абитуриентов в медицинские ВУЗы, выявил:

Strengths (сильные стороны)	Weaknesses (слабые стороны)
<ul style="list-style-type: none"> - Политическая поддержка государства и гарантия образования; - наличие медицинских вузов во всех регионах РК с развитой инфраструктурой и материально технической базой; - наличие потенциала преподавателей в каждом медицинском ВУЗе, прошедших обучение в лучших зарубежных медицинских школах; - трансферт современных педагогических технологий в медицинское образование. 	<ul style="list-style-type: none"> - нормативно-правовая база, не регламентирующая дифференцированный отбор абитуриентов в медицинские ВУЗы; - недостаточный уровень компетентности ВУЗа в вопросах дифференцированного отбора абитуриентов; - недостаточный уровень знаний личностных компетенций, которыми должен обладать абитуриент медицинского вуза; - низкий уровень профориентационной подготовки школьников.
Opportunities (возможности)	Threats (угрозы)
<ul style="list-style-type: none"> - законодательное закрепление процедуры дифференцированного отбора абитуриентов в медицинские ВУЗы; - разработка программ по дифференцированному отбору абитуриентов в медицинские ВУЗы; - подготовка специалистов из числа ППС вузов для проведения дифференцированного отбора в медицинские ВУЗы; - разработка программ по профориентационной подготовке школьников с формированием личностных компетенций претендентов для обучения в медицинских ВУЗах. 	<ul style="list-style-type: none"> - стремительные социально-экономические перемены в обществе и экономике республики (внешние угрозы).

Практика отбора студентов в медицинские вузы за рубежом адаптирована к локальной и национальной ситуации и напрямую зависит от системы обучения в стране. В систему отбора входят уровень знаний (средние

баллы), оценки по профильным предметам, тесты для выявления мануальных способностей, рекомендательные письма, интервью [2].

В последнее время в некоторых стра-

нах, входящих в Европейский союз, критерии отбора студентов начали меняться. Это стало требованием национальной политики государства, обусловленной острой необходимостью разработки единых моделей подготовки специалистов, соответствующих мировым стандартам.

Также при отборе претендентов, желающих получить медицинское образование, за рубежом широко используются различные критерии оценки и отбора, в том числе и метод множественных мини-интервью, который успешно внедрен и используется в Австралии, Канаде, США, Израиле и Великобритании.

Множественные мини-интервью (ММИ) представляют собой серии коротких, тщательно рассчитанных по времени станций-интервью по раскрытию и оценке некогнитивных способностей кандидатов на обучение в медицинских университетах. Оценка некогнитивных способностей кандидата является стандартным процессом в престижных медицинских университетах по всему миру [3].

Широкое внедрение множественных мини-интервью в качестве метода отбора абитуриентов в медицинские ВУЗы, рекомендуемой экспертами из Канады, требует этапной подготовки. Это, в первую очередь, определение приоритетов ВУЗа при отборе абитуриентов, обладающих личностными (некогнитивными) качествами, важными для дальнейшего успешного обучения медицинским наукам [4].

В рамках реализации мероприятий компонента С «Реформа медицинского образования и науки» Проекта Всемирного Банка по совершенствованию политики приема и методов отбора граждан в медицинские организации образования в двух медицинских ВУЗах РК: РГП на ПХВ «Карагандинский государственный медицинский университет» и АО «Медицинский университет Астана», проведен пилотный проект по апробированию множественного мини-интервью.

Для реализации данного проекта была проведена подготовительная работа, состоящая из нескольких этапов и последовательных мероприятий:

1) Планирование ММИ

- совместный план подготовки и проведения ММИ;
- отбор ситуационных заданий для станции ММИ;
- подготовка и отбор интервьюеров;
- отбор участников ММИ и студентов (кандидатов).

2) Методологическое обеспечение

- формирование базы ситуационных заданий – станций (26);
- разработка инструкций для участников ММИ: администратор, координатор, тайм-кипер, регистратор, интервьюер и кандидат;
- составление расписания циклов, расписания звонков;
- разработка оценочных материалов (оценочный лист, критерии оценки, сводная таблица, итоговая форма для приемной комиссии).

3) Проведение инструктажа

- проведение инструктажа всех участников ММИ в двух вузах: рабочей группы, интервьюеров и кандидатов – студентов 1-го курса специальности «Общая медицина»;
- проверка готовности пилотных ВУЗов и станций для проведения ММИ.

4) Проведение ММИ в пилотном режиме

- 8-9 октября 2015 года в АО «МУА»;
- 14-16 октября 2015 г. в КГМУ.

В каждом пилотном ВУЗе проведено по 6 циклов ММИ. Один цикл ММИ включал 10 ситуационных заданий - станций. Каждая станция располагалась в отдельном кабинете. На двери каждой станции было вывешено содержание ситуационного задания. В кабинете на столе – два экземпляра задания: для кандидата и интервьюера, а также чистые листы бумаги и ручка для кандидата, 10 оценочных листов для интервьюера.

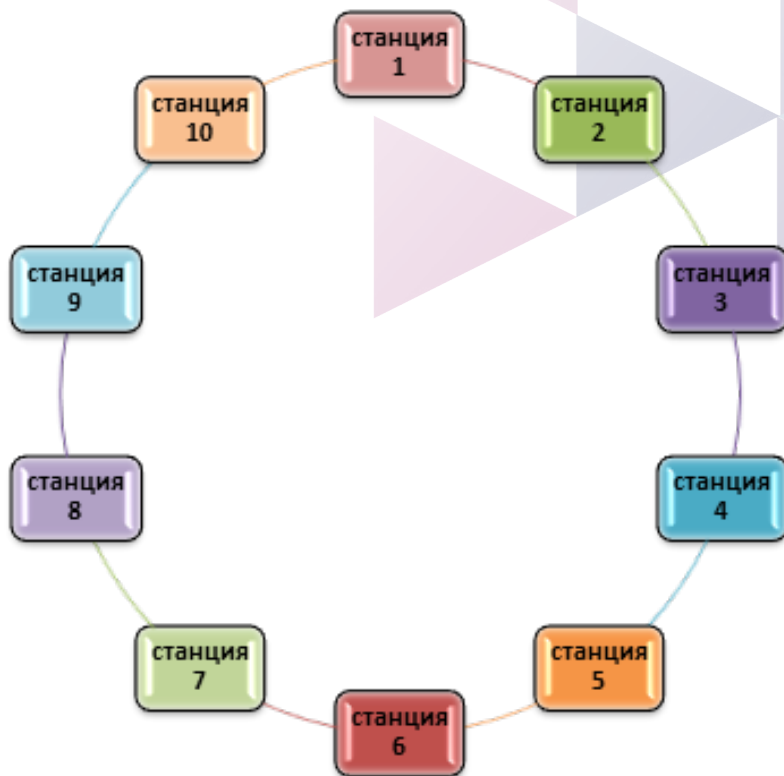


Рисунок 1. Схема цикла множественного мини-интервью, состоящего из 10 станций.

В обоих ВУЗах была четко налажена система звонков, которая сигнализировала разрешение заходить на станцию и завершение интервью. Продолжительность каждого интервью составляла 8 минут, из которых 2 минуты были отведены кандидату для прочтения задания, обдумывания его содержания и ответа. Обсуждение занимало 6 минут, после чего звенел звонок, и кандидаты покидали станцию. На переход от одной станции к другой была отведена одна минута. Таким образом, интервьюеры имели 3 минуты на заполнение оценочного листа.

Каждый кандидат оценивался по четырем критериям: способность к обучению, творческая активность, критическое мышление, личностные качества. В свою очередь каждый критерий включал четыре параметра.

1) Способность к обучению: четкость и краткость изложения задания, выделение ключевой проблемы, обоснованный поиск дополнительной информации, умение обоснованно излагать свою точку зрения.

2) Творческая активность: предположение различных вариантов исхода той ситу-

ации, способность прогнозировать ситуации, способность расставлять приоритеты, способность видеть связь в объектах, ситуациях.

3) Критичность мышления: способность использовать объективные критерии, способность четко формулировать, способность находить ошибки, в том числе собственные, независимость суждения.

4) Личностные качества: этические и моральные суждения, способность к состраданию и сопереживанию, умение брать на себя инициативу, поиск путей облегчения сложившейся ситуации.

Оценка каждого критерия осуществлялась по сумме баллов и выводился средний балл по каждому критерию, максимально равный 10. Максимальная сумма баллов по четырем критериям не превышала 40 баллов. Интерпретацию среднего значения от суммы баллов по четырем критериям и подведение итогов с учетом комментариев интервьюеров проводила приемная комиссия.

Таблица 2 - Итоги результатов оценки ММИ по двум ВУЗам.

Медицинский университет Астана	Карагандинский государственный медицинский университет
<ul style="list-style-type: none"> ▶ 29 (48,3%) кандидатов получили высокие баллы 7-10 ▶ 31 (51,7%) кандидатов получили средний балл 4-6,9 ▶ низший балл 0-3,9 не получил ни один из кандидатов 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 33 (55%) кандидатов получили высокие баллы 7-10 ▶ 27 (45%) кандидатов получили средний балл 4-6,9 ▶ низший балл 0-3,9 не получил ни один из кандидатов

После завершения каждого цикла ММИ было проведено добровольное анкетирование кандидатов, интервьюеров и членов рабочей группы. В большинстве своем ответы всех респондентов двух вузов свидетельствовали о необходимости введения дополнительного дифференцированного отбора абитуриентов в медицинские вузы, при этом множественному мини-интервью, как методу дифференцированного отбора было отдано предпочтение. Практически все кандидаты успешно справились с заданиями, однако большинство из них отметили ряд заданий-станций, как наиболее сложные. Среди пожеланий кандидатов обращают на себя внимание следующие замечания: «интервьюер не должен возражать или опровергать ответы кандидата, так как на представленные ситуации нет правильных ответов» и «интервьюерам встречать кандидатов веселее».

Замечания интервьюеров: усовершенствовать критерии оценки и проводить пробный опрос (ММИ) на этапе обучения в школе, чтобы предотвратить неправильный выбор; провести обучение интервьюеров; пересмотреть критерии оценки.

Заключение.

Организация и проведение ММИ в двух пилотных медицинских ВУЗах прошли четко и слажено. Работа всех участников ММИ была хорошо скоординирована администратором и руководителем команды. Члены приемной комиссии принимали решение по результатам прохождения станций.

Объективность результатов ММИ и решения приемной комиссии, а также их соответствие результатам ЕНТ, будет мониториться в течение последующих лет обучения кандидатов в двух вузах.

Результаты пилотного проекта позволили выявить ряд преимуществ и лишь один недостаток ММИ как метода дифференцированного отбора.

Преимущества ММИ:

- 1) оценивает абитуриента сразу по нескольким критериям;
- 2) свободная обстановка проведения ММИ позволяет раскрыться абитуриенту;
- 3) дает разностороннюю оценку с высокой степенью надежности и исключает возможность предвзятости, так как в оценке участвуют не менее 8-10 независимых интервьюеров (по количеству станций);
- 4) не требует много ресурсов.

Недостаток ММИ:

- требует привлечения большого количества преподавателей в качестве интервьюеров для проведения ММИ.

Рекомендации:

1. Рассмотреть возможность внести изменения и дополнения в нормативный документ «Типовые правила приема на обучение в организации образования, реализующие профессиональные учебные программы высшего образования», постановление Правительства РК от «19» января 2012 года № 111(с изменениями от 19 апреля 2012 года № 487, от 30 июня 2012 года № 896, от 05 июля 2014 года) в качестве дополнительного экзамена для приема в медицинские организации образования «Множественные мини-интервью».

2. Создать базу данных заданий для множественного мини-интервью.

3. Актуализировать оценочные материалы.

Изменения политики отбора и приема в медицинские ВУЗы Республики Казахстан

будет способствовать формированию и подготовке профессионально ориентированных специалистов системы здравоохранения.

Источники

1. Концепция развития медицинского и фармацевтического образования Республики Казахстан на 2011-2015 годы.
2. Кулмагамбетов И.Р., Нурманбетова Ф.Н., Калиева Ш.С. Научное сопровождение реализации концепции реформирования медицинского и фармацевтического образования Республики Казахстан. 2009. – 555 с.
3. Блай Франк, Ник Бьюзинг, Льюис Томалти. Отчет В - 2.1 «Разработка и внедрение новой модели приема в организации высшего медицинского образования». 2011. – 2 с.
4. Orvill Adams, Nick Busing. Twinning arrangement for improvement of medical education. Recommendations on Modernization of Medical Education Management System in Kazakhstan. CSIH, 2011.

ИНТЕГРИРОВАННАЯ АКАДЕМИЧЕСКАЯ СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ТРИЕДИНСТВО ПРАКТИКИ, НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ

Ошакбаев К.П.

Главный менеджер Департамента науки и образования
АО "Национальный медицинский холдинг"

АО "Национальный научный центр онкологии и трансплантологии", д.м.н., доцент

Айдосов С.С.

Главный менеджер Департамента науки и образования
АО "Национальный медицинский холдинг"

Алимбаева Ж.А.

Главный менеджер Департамента тарифообразования
АО "Национальный медицинский холдинг"

Дукенбаева Б.А.

Доцент кафедры патологической анатомии
АО "Медицинский университет Астана"

*«...ученый бывает особенно счастлив, когда полученные им
результаты приносят немедленную практическую пользу»*

Луи Пастер

Ключевые слова: медицина, образовательные ресурсы, кадры, научно-исследовательские работы.

Аталуы: Денсаулық сақтаудың ықпалдасқан академиялық жүйесі: білім, ғылым және тәжірибе үштұғырлығы

Авторлары: Қ.П. Ошакбаев, С.С. Айдосов, Ж.К. Әлімбаева, Б.А. Дүкенбаева

Түйіндеме: Денсаулық сақтаудың ықпалдасқан жүйесіндегі өзара ғылымның білім мен тәжірибеге игілігі, медицина ғылымының стандарттар мен рөлін құруында талқылау.

Қорытынды. Медициналық ұйымда медициналық ғылымның білім және тәжірибе арасындағы қатынасы тікелей және жанама дивидендтермен камтамасыз етеді, және мынадай мүмкіндіктер береді: 1) халыққа жоғары технологиялық қызмет көрсету; 2) практика және білім үшін жоғары білікті кадрлар дайындау; 3) халықаралық деңгейде танымал және қызықтыру бренді болуға; 4) инвестициялық тартымдылығын арттыру мен жоғары рейтингін ұстап сақтауға; 5) медициналық ұйымның бәсекеге қабілеттілігін және оның

экономикалық активтерін арттыру; 6) жаңа заманауи фармакологиялық дәрі-дәрмек және емдеу әдістерін, медициналық мақсаттағы бұйымдардың және медициналық құрылғыларды әзірлеу; 7) тұрақты халыққа медициналық қызмет көрсету сапасын және жеткізуді жақсарту үшін диагностикалық және емдік іс-шаралардың тиімділігін арттыру болады.

Title: Integrated academic health system: the Trinity of Practice, Science and Education

Authors: KP Oshakbayev, SS Aidossov, ZhK Alimbayeva, BA Dukenbayeva

Abstract: Objective. Discussion of the role of health science in an integrated health care system. The determination of relationship and benefit of science for medical practice and education.

Conclusion. The relationship of medical science, education and practice in the medical organization provides both direct and indirect dividends, and makes it possible to: 1) provide high-tech services to the population; 2) train highly qualified personnel both for practice and for education; 3) be a recognizable and attractive brand for international; 4) increase the investment attractiveness and keep a high rating organization; 5) increase the competitiveness of the medical organization and improve its economic assets; 6) develop new modern pharmacological medicines and therapies, medical devices and medical devices; 7) steadily increase the efficiency of diagnostic and therapeutic measures and to improve the quality of health services to the population.

Введение.

Интегрированные академические системы здравоохранения наилучшим образом выполняют тройную миссию в обеспечении высококачественных услуг здравоохранения, в проведении новаторских биомедицинских исследований, а также в подготовке высокопрофессионального медицинского персонала [1, 2].

В последнее время термин «Академическая научная система здравоохранения» используется для наилучшего описания интеграции клинических и исследовательских миссий в систему оказания медицинских услуг, и включающий социально-ориентированное здравоохранение [2, 3].

Особое внимание уделяется внедрению инноваций и приобретению новых знаний посредством исследовательских программ, особенно, в области перехода основных научных открытий в новаторские клинические испытания.

Академические системы здравоохранения и наука находятся в оптимальном положении для заполнения переходных пробелов между академическим открытием, наукой, индустрией и оказанием медицинской помощи, создавая, тем самым, более эффективный и более совершенный переход от открытия к передаче технологии и широкому клиническому применению.

Известно, что академические системы здравоохранения и наука способны создавать

вертикально интегрированную систему оказания медицинских услуг, обеспечивая беспрепятственное оказание медицинских услуг по всему спектру, начиная от первичной медико-санитарной помощи до высокоспециализированной медицинской помощи населению [4, 5].

Однако, слово «совершенствование», по сути, не имеет границ. Даже в самой развитой академической системе здравоохранения и науки такой, как Дюкский Университет (США), где создана сильная сеть врачей, используется несколько моделей развития для сравнения между собой [6], то есть Дюкский Университет продолжает совершенствовать эти модели. Например, в 2011 году Дюкский Университет объявил о новом инновационном партнерстве с «LifePoint Hospitals» для объединения клинического опыта и руководства с операционными и финансовыми ресурсами в управлении научной и образовательной деятельностью с охватом периферийных врачей Северной Каролины.

Целью данного сообщения было обсуждение роли медицинской науки в интегрированной системе здравоохранения, установление уровня и пользы науки для практики и образования в этой системе взаимосвязи.

Медицинская наука становится как бы «надстройкой» и не может самостоятельно существовать без медицинской практики. Все научные изыскания проверяются только на практике и именно она является доказательной базой для получения научных результа-

тов. Наука без практики как «без рук», и, в то же время, практика без науки как «без будущего», «без центра управления» – не имеет базы для совершенствования.

«Практика» хотя и может существовать без «науки», но развиваться и улучшать свои навыки не сможет. Без постоянной работы по внедрению в практику новых разработанных технологий диагностики, лечения и профилактики, которые могут достигаться лишь на основе проведенных исследовательских работ, не будет прорывных успехов в основных показателях здоровья населения (заболеваемость, смертность, инвалидность и др.).

Не случайно, одним из направлений отечественного управления практической деятельностью региональных клиник было то, что организационно-методическая работа курируется республиканским научным центром (научно-исследовательским институтом) по соответствующему профилю, и ведется работа по внедрению в региональную практику результатов разработанных современных инновационных методов диагностики и лечения (по так называемым актам внедрения).

Почему возникает необходимость в развитии науки и практики именно в интегрированной системе здравоохранения? Причина в том, что методы диагностики и лечения в клинике со временем быстро устаревают вследствие разработки все новых и эффективных методов. Соответственно, новые знания должны передаваться от центра к регионам, от новаторов и ученых к региональным специалистам и молодежи. Необходимо как можно скорее внедрение и широкое клиническое применение полученных результатов академических открытий и науки для создания более эффективного и совершенного перехода от открытий к передаче технологий.

Польза науки для практики и образования заключается как в прямом, так косвенном значениях. Хотя, дистанция между практическим здравоохранением, с одной стороны, и накапливающейся теоретической информацией в области фундаментальных биомедицинских исследований – с другой, все больше возрастает [7].

Необходимость преодоления этого противоречия и вызвала появление т.н. трансляционной медицины. Ее задачей стало установление профессионального контакта между врачами-клиницистами и научными работниками во многих связанных с медициной областях с целью активного переноса (трансляции) данных современных фундаментальных исследований на эффективную медицинскую помощь [8].

Следует заметить, что не сами изобретения, а их внедрение давали коренное качественное преобразование, качественный скачок в структуре и динамике развития производительных сил. Не только изобретение/создание материальных веществ/объектов двигало научно-технический прогресс, но и внедрение схемы/системы/ порядков ускорял прогресс человечества.

Что касается развития и внедрения инновационных технологий в различных странах, исторический опыт и настоящая реальность показывает разный уровень и источники их получения. В экономически развитых странах источником инновационных технологий становятся результаты собственных научно-исследовательских работ. Тогда как в развивающихся странах источником инновационных технологий в основном становятся трансферт инновационных технологий из других стран, то есть перенос уже готовых решения какой-либо проблемы в свою страну за счет приглашения специалистов, менторства, мастер-классов, и др., или обучение и подготовку своих кадров в экономически развитых странах мира. Одним словом, ввоз инновационных технологий в страну осуществляется через наем специалистов из других стран, где имеется та или иная технология, для обучения и подготовки собственных кадров. Параллельно идет также трансфер оборудования, реактивов, и других прикладных, прилагодных изделий.

Одним из результатов внедрения технологии в практику в нашей стране является высокоспециализированная медицинская помощь (ВСПП). Развитие науки в медицинской организации дает возможность разрабатывать

и внедрять новые методы диагностики и лечения. Известно, что объем финансовых выплат государством медицинской организации по оказанию ВСМП, по сравнению со специализированной медицинской помощью (СМП), в несколько раз выше, в зависимости от профиля специализации. В то же время, осуществление ВСМП реально возможно только при проведении или внедрении в практическую медицину результатов научно-исследовательских работ.

Внедрение и проведение инновационных и научно-обоснованных технологий в практическую медицину увеличивает эффективность лечебно-диагностических процедур, повышает качество оказания медицинских услуг. Все эти моменты являются привлекательными инструментами для пациентов, увеличивающими востребованность населением в услугах подобной организации здравоохранения.

Кадры

Практический врач, именно та ключевая фигура, которая сталкивается с реальными проблемами и, соответственно, так или иначе, решает их. Поэтому повышение заинтересованности практического врача, особенно у молодого специалиста, в научной деятельности может качественно поднять уровень проводимых прикладных научно-медицинских исследований.

Научный исследователь является тем специалистом, который в своей исследовательской сфере обладает самыми последними достижениями современной науки. Следовательно, клиницист, участвующий в научно-исследовательском проекте, по своему направлению проводит лечебно-диагностические мероприятия на передовом уровне развития медицинской науки. Вследствие этого, результаты лечения/профилактики у научного исследователя – врача-клинициста по сравнению с обычным клиницистом будет гораздо выше.

Развитие науки предоставляет возможность готовить востребованные временем кадры. Получение высокой степени образования позволяет человеку участвовать и заниматься научно-исследовательской работой.

В процессе проведения обеспечения подрастающего поколения качественным образованием должны участвовать успешные ученые, которые готовы поделиться своими научными достижениями, результатами научных и практических исследований, а также ставить ещё неизученные вопросы для дальнейшего развития науки. Успешность ученого должна определяться количеством и качеством произведенной научной продукции, которая цитируется в международных базах данных.

Основным результатом исполнения научно-исследовательской работы (НИР) является научная продукция в виде публикации, которые позволяют увеличить рейтинг клинициста по нескольким направлениям. Это получение: 1) более высокой категории по специальности; 2) образования совершенно новой или смежной специальности; 3) ученой степени и (или) звания; 4) регионального, республиканского и (или) международного признания среди коллег; 5) широкого распространения технологии среди целевых групп пациентов; 6) возможности дальнейшего совершенствования предложенной технологии вследствие различных мнений и обсуждений разработанного метода/способа.

Повышение рейтинга медицинских кадров, в свою очередь, ведет к увеличению соответствующего статуса медицинской организации.

Мировой опыт развития медицинской науки показывает, что она имеет некоторые особенности функционирования в отличие от деятельности клиники и образования, где имеются уже разработанные стандарты рабочей деятельности. Для нормального функционирования научной части медицинской организации необходим штат научных сотрудников в виде временного научного коллектива, создающегося на время исполнения и выполнения научно-исследовательской работы.

Коммерциализируемость научного продукта. Проведенные на основе выполнения НИР научные продукты в виде патентов и (или) авторских свидетельств на изобретение, позволяют осуществлять коммерциализацию продукта и получать соответствующие

дивиденды. Это также увеличивает рейтинг клинического подразделения. К тому же интеллектуальная продукция может войти в экономические активы медицинской организации, которые повышают финансовую состоятельность организации.

В экономически развитых странах источником инновационных технологий становятся результаты собственных НИР, тогда как в развивающихся странах источником инновационных технологий в основном становятся трансферт инновационных технологий из других стран. Для долговременной экономической стратегии государства предпочтительнее, чтобы источником инновации являлся внедренный товар/продукт, полученный в результате собственной исследовательской деятельности отечественного научного коллектива/сотрудника. Усилия при этом требуются больше, однако, эффективная отдача, политическая и экономическая польза значительно выше. В нашей стране крайне необходимы законодательные акты, позволяющих ускорение коммерциализации результатов НИР.

Получение коммерциализируемой технологии должно быть одним из основных критериев оценки планируемой/ проведенной НИР. Коммерциализация научной продукции повышает инвестиционную привлекательность; повышает авторитетный уровень научной организации среди международного научного сообщества; совершенствует научную деятельность; привлекает международное сообщество; привлекает молодых специалистов; улучшает социально-материальное положение специалиста.

В последние годы государство перед исполнителями ставит приоритетную задачу разработать коммерциализируемую технологию в рамках выполнения НИР [9, 10]. С 2012 года впервые начали финансироваться научные программы, которые непосредственно направлены на получение коммерциализируемых объектов.

Наука и образование. Вследствие того, что медицинская наука развивается чрезвычайно интенсивно, образовательные программы быстро устаревают. Возникает необ-

ходимость постоянно ежесезонно обновлять программу образовательных циклов. Совершенствование образовательных программ без привлечения научных сотрудников будет иметь мало пользы, так как только наука может давать «новое дыхание» устаревающим программам обучения кадров. Образовательные циклы невозможно проводить на достаточно высоком уровне без использования новейших результатов научных исследований.

Проведение научно-исследовательских работ создает условия для медицинской организации квалифицированно заниматься постдипломным профессиональным образованием, так как при этом происходит непосредственная передача знаний от ученых к специалистам практического здравоохранения.

Как правило, развитие науки обеспечивает молодежь. Не случайно, в профессиональных послевузовских образовательных программах таких, как интернатура, магистратура, PhD-докторантура (раньше – ординатура, аспирантура и докторантура) в более, чем в 80-90% обучающийся контингент составляют лица моложе 40 лет.

Наука опосредованно через образовательную деятельность, в результате которой происходит подготовка высококвалифицированных специалистов для практического здравоохранения, дает дивиденды для клинической практики. Наука должна быть не ради самой науки, а наука – во благо совершенствования практической деятельности и соответственной передачи знаний поколению.

В результате проведения и выполнения НИР происходит увеличение количества, рост и появление высококвалифицированных кадров, готовых оказывать медицинскую помощь населению на современном уровне науки и техники.

Прямые финансовые трансферты от «науки» к «клинике» также сопровождаются. К примеру, в результате проведения НИР в клинику идут, предусмотренные по статьям расходов грантовых научных программ, привлечение и закуп современного нового медицинского оборудования: приборов и ап-

паратов. В рамках научных программ осуществляется закуп реактивов, расходных материалов и другие изделия медицинского назначения, то есть клиника обогащается новыми методами диагностики и лечебно-профилактическими способами.

С внедрением в клинику новой технологии диагностики и лечения увеличивается эффективность данных внедряемых методов, соответственно все это повышает рейтинг привлекательности клиники для пациентов, в том числе из зарубежных стран. А проведение образовательной деятельности ведущими учеными увеличивает привлекательность клиники для талантливой молодежи.

Конкурентоспособность. Наука скорее приспособляется к требованиям рынка, так как по требованию времени разрабатываются и создаются новые более современные медицинские технологии и необходимая прикладная продукция. Проведение научных исследований повышает уровень конкурентоспособности организации, увеличивает шансы на «выживание» и дает возможность всегда находиться на уровне передовых технологий, что увеличивает эффективность медицинских вмешательств.

Научно обоснованные методы организации труда позволяют добиваться более высоких результатов практической деятельности по принципам «достижение цели более экономичным путем» и (или) «достижение новой или максимальной цели». Эти мероприятия, конечно, позволяют оптимально использовать ресурсы системы здравоохранения. Это согласуется с высказыванием о том, что «... необходимо уменьшение бумажного документооборота в медицинских организациях...» [из Госпрограммы «Салауатты Казахстан» на 2011-2015 годы].

Нужно ещё раз отметить, что наука, как и образование по отношению к клинике находится в качестве «надстройки», тогда как клиника находится на роли «базы» или фундаментальной основы. Известно, что медицина это наука, которая постоянно и неуклонно совершенствуется, так как в области диагностики и лечения заболеваний ещё много не рас-

крытых тайн и открытии, говоря о проблемах долголетия, геномики и хронобиоритмологии, адаптационных возможностей организма, трансплантации органов и тканей, борьба с новообразованиями, психологии общения и т.д. Следовательно, вопросы несовершенной практики дают почву для развития науки.

И только клиника на практике может показать действенность и реальность научных изысканий. Она является доказательной базой для научно обоснованных методик и способов. Такое тесное переплетение ролей и взаимосвязей между наукой и практикой обуславливает необходимость их взаимозависимости, и, соответственно, требует взаимосвязанного интегрированного развития. На рисунке 1 представлено схематическое изображение триединства «Наука – Клиника – Образование» с функциональными задачами в системе здравоохранения.

Во всем мире, не только в Казахстане, существует проблема интегрированной системы образования науки и практики. В связи с этим, необходимы дальнейшие разработки модели функционирования академических медицинских центров с гармоничной взаимосвязью клиники, науки и образования, с постановкой задач по проведению и внедрению на пилотных объектах системы интеграции науки, практики и образования.





Рисунок 1 – Триединство «Наука – Клиника – Образование» с функциональными задачами в системе здравоохранения

Осуществление поставленной цели уже успешно производится в нашей стране с участием профессиональной академической системы «Назарбаев Университет» в интеграции с практическим здравоохранением в лице Национального медицинского холдинга, научно-инновационной деятельности с созданием офисов-коммерциализации, и с активным участием международными научными системами, такими как Duke University.

Заключение

Таким образом, во всем современном мире, в том числе в Казахстане, совершенствуются процессы взаимосвязи и взаимозависимости между практикой, наукой и образованием. В данной статье авторами была попытка показать взаимную пользу науки для практики и образования. Наука является промотором совершенствования образовательных программ. Наука – «питающая ножка» для совершенствования практики и образовательной деятельности. Наука – это профилактика против «старения» клиники и образова-

ния.

Взаимосвязь медицинской науки, образования и практики в медицинской организации дает как прямые, так косвенные дивиденды, и дает возможность: 1) оказывать населению высокотехнологичные услуги; 2) готовить высококвалифицированные кадры, как для практики, так и для образования; 3) быть узнаваемым и привлекательным брендом на международном уровне; 4) повышать инвестиционную привлекательность и удерживать высокий рейтинг организации; 5) увеличивать конкурентоспособность медицинской организации и повышать её экономические активы; б) осуществлять разработку новых современных фармакологических и не лекарственных методов лечения, медицинских оборудования и изделий медицинского назначения; 7) неуклонно увеличивать эффективность диагностических и лечебно-профилактических мероприятий и повышать качество оказания медицинских услуг населению.

Источники:

1. Hillhouse E, Kuwari H.A.I., Sheikh J. Establishment of a model academic health system in Qatar. The Lancet, 2012; 379(9817): 694-695.
2. Ovseiko P.V., Davies S.M., Buchan A.M. Organizational models of emerging academic health science centers in England. Acad Med. 2010; 85: 1282-1289.
3. Barret D.J. The evolving organizational structure of academic medical centers: The case of the university of

Florida. Acad Med. 2008; 83: 804-808.

4. Dzau V.J. et al. The role of academic health science systems in the transformation of medicine. The Lancet. 2009; 375 (9718): 949-953.

5. Sabeti H, Kahn MJ, Sachs BP. The "for-benefit" academic medical center: a solution for survival. Acad Med. 2015; 90(5): 599-602.

6. Brenan, C.J. The center for integration of medicine and innovative technologies (CIMIT): a proven model to speed the cycle of healthcare innovation. Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc. 2011; 2011: 5593-5599.

7. Leng F. Build a two-way road for health industry: the current circumstance of translational medicine in China. Sci China Life Sci. 2012; 55(10): 931-293.

8. Ипатов О.М., Медведева Н.В., Арчаков А.И., Григорьев А.И. Трансляционная медицина – путь от фундаментальной биомедицинской науки в здравоохранение. Вестник РАМН, 2012; 6: 57-65.

9. Государственная программа по форсированному индустриально-инновационному развитию Республики Казахстан на 2010 - 2014 годы. Указ Президента Республики Казахстан от 19 марта 2010 года № 958.

10. Постановление Правительства Республики Казахстан от 09.08.2012 г. № 1037 «Об утверждении Правил предоставления инновационных грантов на коммерциализацию технологий»

РОЛЬ МЕНЕДЖМЕНТА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ермекбаев К.К.

Советник генерального директора

РГП «Республиканский центр развития здравоохранения»

Министерства здравоохранения и социального развития РК, к.м.н

Исанов А.Б.

Главный менеджер Центра менеджмента здравоохранения

РГП «Республиканский центр развития здравоохранения»

Министерства здравоохранения и социального развития РК

Аталуы: Қоғамдық денсаулық сақтауды дамытудың қазіргі жағдайда менеджменттің рөлі

Авторлары: Ермекбаев К.К., РМК Бас директордың «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» кеңесшісі

Түйіндеме: Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесі Кеңес модель менеджмент жүйесін мұраланған, сол себепті қазіргі заманғы жағдайында медициналық ұйымдар арасында бәсекелестік органы құруға кедергілерді жасайды. Кеңес кезеңінде денсаулық сақтау ұйымдарының қуаты көрсеткіштер тәуелді кепілдік қаржыландырудан медициналық қызмет көрсету пациентке бағдарланған технология көшу үшін денсаулық сақтау менеджерлерге біліктілік талаптар өсуіне әкелді. Осыған байланысты, құзыретті менеджерлермен қамтамасыз ету және заңнамалық, нормативтік қолдау денсаулық сақтау басқару жүйесінің тиімді қызмет атқару үшін аса қажет. БҰДСЖ жүзеге асыру аясында, сондай-ақ әлеуметтік медициналық сақтандыру (ӨМС) келешекте ендіруіне байланысты, денсаулық сақтау жүйесінің менеджерлердің негізгі құзыреттерін арттыру (экономикалық басқару мәселелері, HR-технологиялар) және жеке менеджерлер институтын Қазақстан Республикасында құру ерекше орын алады.

Title: Role of health management in current situation

Authors: Ermekbaev K.K., Advisor to Director General of RSE "National Center for Health Development"

Abstract: The health care system of the Republic of Kazakhstan inherited Soviet model management system that creates barriers to the development of competitive environment in modern conditions. The transition from the guaranteed funding, dependent on the number of beds in health organizations in the Soviet period to the patient-oriented medical care led to increased requirements for health care managers. In this regard, providing a sufficient number of competent managers as well as legislative and regulatory support are necessary for the efficient operation of the health management system overall. In the context of the implementation of Unified National Health System and Social Health Insurance (SHI) in the future, building the core competencies of health managers (economic management issues, HR-IT) and creating managers institution will play an important role for the Health System in Kazakhstan.

Система здравоохранения Республики Казахстан унаследовала не только модель Семашко в организации медицинской помощи, но и соответственно стиль управления системой на всех уровнях [1-2].

Системные изменения в здравоохранении суверенного Казахстана направленные на внедрение рыночных отношений практически начались с внедрением принципов Единой национальной системы здравоохранения (далее ЕНСЗ) с 2010 года.

Принципы ЕНСЗ предусматривали создание конкурентной среды среди поставщиков медицинских услуг, формирование Единого плательщика через консолидацию бюджета, внедрение экономических стимулов для обеспечения доступности и качества медицинских услуг при оказании ГОБМП - принцип «деньги следуют за пациентом».

Внедрение новой парадигмы в функ-

ционировании системы здравоохранения потребовало существенного изменения технологиях управления системой здравоохранения на всех уровнях: стратегическом, операционном, производственном.

Менеджмент - это деятельность, направленная на совершенствование форм управления, повышение эффективности производства с помощью совокупности принципов, методов и средств, активизирующих трудовую деятельность, интеллект и мотивы поведения, как отдельных сотрудников, так и всего коллектива.

Всего в системе здравоохранения РК работают свыше 7350 менеджеров. Из них стратегический уровень (топ менеджеры) 104, операционный уровень 2756, производственный (линейный) уровень 4490 человек (Рис. 1).

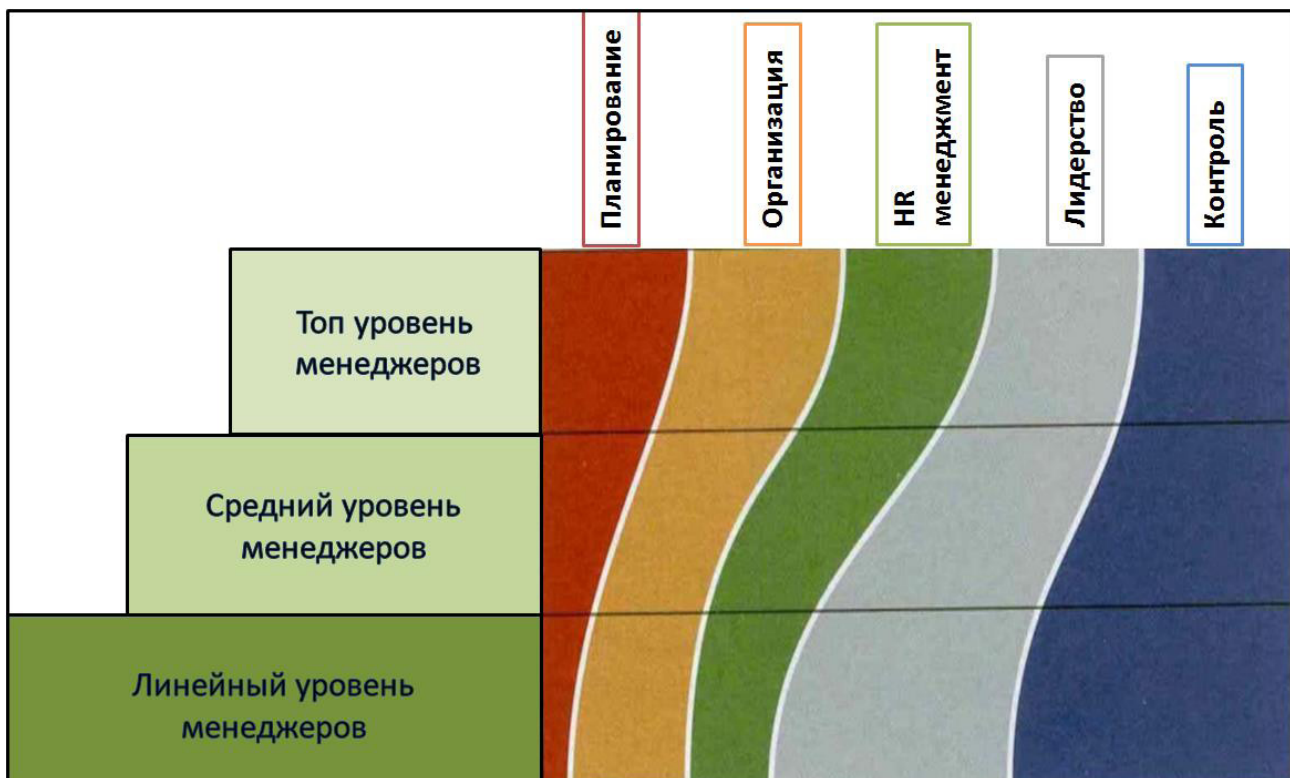


Рис. 1. Компетенции менеджеров в зависимости от уровня

Корпус управленцев системы здравоохранения ранее работавший в условиях гарантированного финансирования рассчитанного на мощностные показатели медицинских организаций и установленные в советский

период нормативы, в новых условиях должен был обеспечить востребованность своих услуг в конкурентных условиях и создать клиенто-(пациенто)-ориентированную технологию оказания медицинских услуг, поэтому

важным является замена роли организатора, которая была типичной в условиях централизованного управления, на роль менеджера, управленца. Соответственно существенно возросли требования к профессиональной компетентности руководящего состава системы здравоохранения (Рис. 2). Например, квалификационные требования предъявляемые к руководителям организаций здравоохранения можно распределить по областям менеджмента: стратегическое планирование – умение определить политики, стратегии деятельности, провести анализ и оценка деятельности организации; операционный менеджмент

– внедрение новых и совершенствования существующих организационных форм работы персонала, внедрение медицинской этики, трудового распорядка; менеджмент человеческих ресурсов – обеспечение квалифицированными кадрами, безопасности для жизни и здоровья условий труда, формирование благоприятной психологической атмосферы в коллективе; финансовый менеджмент – укрепление договорной и финансовой дисциплины, заключение договоров [3]. Помимо этого, они должны иметь глубокие познания в законах и нормативно-правовых актах Республики Казахстан.



Рис. 2. Навыки, знания и качества необходимые для менеджеров здравоохранения.

Анализ процессов формирования управленческого корпуса отрасли, свидетельствует, что большинство руководителей выросли из медицинской среды и отличались определенными лидерскими качествами. Вместе с тем, целенаправленной, системной подготовки с обеспечением достаточного уровня компетентности менеджеров в стране

отсутствовала.

Так из всего состава менеджеров 6.6% имеют немедицинское базовое образование (юридическое, финансовое и тд), где 11,3% менеджеров получили послевузовское образование по специальности «Менеджмент здравоохранения». Незначительный процент менеджеров здравоохранения имеет второе

высшее образование 2,9%.

Необходимо отметить значительное отставание тематик программ подготовки и переподготовки менеджеров от темпов внедрения изменений в системе здравоохранения в последние годы. Так в 2014 году сотрудники медицинских организаций по всей республике прошли обучение по 52 темам менеджмента здравоохранения, среди них не были охвачены такие актуальные темы, как «Экономика в здравоохранении», «Финансовый менеджмент в здравоохранении» и «Больничное управление».

Успешность действий менеджера во многом зависит от владения им стратегических направлений развития отрасли и региона, знания законодательных и правовых основ регулирующих многогранную и повседневную работу руководителя. Сложность современного периода развития национальной системы здравоохранения еще заключается в том, что законодательное и нормативное сопровождение реформ не всегда полно и своевременно, а в некоторых случаях противоречиво. Так принципы планирования бюджета ГОБМП и регламенты проверок контролирующих органов не синхронизированы с установленными правами поставщика медицинских услуг в части использования заработанных средств. Руководители государственных медицинских организаций из-за противоречий в нормативах опасаются широко внедрять мотивированные системы оплаты труда, не могут самостоятельно планировать инвестиции в развитие медицинских технологий, требующих дорогостоящего оборудования. В тоже время, организационно-правовая форма государственного предприятия не обеспечивает прозрачность принятия решений руководителем. Эти и другие проблемы правового и нормативного характера не находят своего решения в большинстве действующих обучающих программах для менеджеров.

В условиях внедрения ЕНСЗ, а в перспективе Социального медицинского страхования (далее СМС), особое место в ключевых компетенциях менеджеров занимают экономические вопросы. Необходимость бизнес-

планирования для поставщиков медицинских услуг становится важным инструментом эффективности медицинской организации в современных условиях. Навыки правильного бизнес-планирования в настоящий период присущий далеко не всем менеджерам системы здравоохранения и международно-признанный инструмент не стал в настоящий период основой и руководством к действию для большинства менеджеров. Обучающие программы для менеджеров предоставляют лишь теоритические основы бизнес-планирования, не уделяя должного внимания к практическим тренингам на основе собственных параметров медицинской организации.

Важно отметить что, вместо административного стиля управления свойственной для советской модели системы здравоохранения, в современных условиях возникла необходимость активного внедрения HR- технологий в работе с медицинскими кадрами. Это предполагает такие компетенции у менеджеров, как коммуникация и менеджмент взаимоотношений - способность четко и кратко доносить свои мысли, вести эффективно переговоры с внутренними и внешними клиентами, построение взаимоотношений и способствование конструктивному диалогу между сотрудниками и командами, лидерство – способность вдохновлять как к личностному превосходству, так и совершенству в организации, созданию и достижению коллективного видения и успешно управлять изменениями для достижения стратегических целей организации и результативности.

При формировании корпуса менеджеров системы здравоохранения важно учитывать необходимость решения ряда вопросов касающихся системы подготовки кадрового резерва, процедур назначения менеджеров на должности, перспективам профессионального роста, а так же вопросам оплаты труда и социальной защите менеджеров [4].

Становление института менеджеров системы здравоохранения в РК происходит в условиях системных реформ государственного управления в стране и в самой отрасли, соответственно необходимо широкое и компе-

тентное обсуждение большого круга профессиональных опросов управления отраслью и медицинскими объектами. Создание ассоциации менеджеров здравоохранения на базе

Центра менеджмента РЦРЗ способствовало бы корпоративному обсуждению проблем здравоохранения в целом и развитию института менеджмента в здравоохранении РК.

Источники:

1. Rocky road from the Semashko to a new health model. Bulletin of the World Health Organization [Internet]. 2013 May 1 [cited 2015 Nov 5];91(5):320–1. Available from: <http://www.who.int/entity/bulletin/volumes/91/5/13-030513.pdf>
2. А. Кацага, М. Кульжанов. Казахстан. Обзор системы здравоохранения. Системы здравоохранения: время перемен. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. Том 14 №4 2012
3. Об утверждении Квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 791. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 30 ноября 2009 года № 5945
4. Об утверждении Плана поэтапной разработки национальной системы квалификаций. Постановления Правительства Республики Казахстан от 18 июня 2013 года № 616

К ВОПРОСАМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ МЕНЕДЖЕРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Майкл Джоунс

Международный консультант «Oxford Policy Management», профессор, Бизнес Школы при Университете Миддлсекса

Title: Issues in professional development managers of health in the republic of kazakhstan.

Author: Mike Jones International consultant «Oxford Policy Management», Professor, School of Business at the University of Middlesex

Abstract: Leadership and management development are the key role in the improvement of medical services for patients, enhancing the reputation of the health sector, staff motivation. Health management development was shaped by contextual factors. Evaluation and training managers are key aspects in achieving successful work at the individual, team and organizational level to improve the management of health care. International experience and best practices show that the training of health care managers, using a framework model is the most successful one. Currently, knowledge is needed before moving on to the implementation of the action. International experience cannot be directly used in Kazakhstan, but specific recommendations were presented for Kazakhstan. The transition to new approaches of training should take into account the previous knowledge and experience of managers already working in the system. In this regard, Health Management Center, National Center for Health Development plans to strengthen the capacity of health management to improve the quality of service delivery among health care providers.

Аталуы: Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау менеджерлерінің кәсіби дамыту мәселелері талқыланды.

Авторлары: Mike Jones халықаралық кеңесші «Oxford Policy Management», профессор, Middlesex университетінің бизнес мектебі

Түйіндеме: Көшбасшылық және басқарушылықты дамыту денсаулық сақтау секторда негізгі рөлі атқарады, өз кезегінде денсаулық сақтау сектордың беделін арттырады, науқастарға медициналық қызмет жетілдіреді және медициналық қызметкерлерді ынталандырады. Қазіргі заманғы денсаулық сақтау менеджментін даму деңгейі контекстік факторларға байланысты болды. Бағалау және менеджерлер даярлау денсаулық сақтау басқаруды жетілдіру жеке, команданың және ұйымдастырушылық деңгейде табысты жұмыс негізгі элементтері болып табылады. Халықаралық тәжірибе және озық тәжірибесін денсаулық сақтау менеджерлерін дайындау бойынша негіздемелік моделі ең табысты екендігін көрсетті. Қазіргі уақытта, тәжірибелік іс-қимыл жүзеге асыру алдында теориялық білім алғашында қажет. Халықаралық тәжірибе тікелей Қазақстанда пайдаланылуы мүмкін емес, бірақ Қазақстан үшін нақты ұсынымдар бөлінді. Оқытудың жаңа тәсілдерді көшу ескере отырып, жұмыс менеджерлердің алдыңғы білімі мен тәжірибесін алуы тиіс.

Осыған байланысты, Денсаулық сақтау менеджменті орталығында, Республикалық денсаулық сақтауды дамыту орталығы денсаулық сақтау провайдерлер қызметтердің сапасын жақсарту үшін денсаулық сақтау басқару әлеуетін нығайту жоспарлап отыр.

«Обучение позволяет создать цивилизованное общество, развивать духовную сторону нашей жизни и продвигать активную гражданскую позицию. Обучение играет важную роль в жизни каждого человека, которое помогает нам реализовать наш потенциал и открывает двери для любви к музыке, искусству и литературе, укрепляет семью».

В послание Президента Республики Казахстан «План нации - 100 конкретных шагов по реализации пяти институциональных реформ» от 6 мая 2015 г. обозначен 81-ый шаг «Развитие частной медицины, внедрение корпоративного управления в медицинских учреждениях».

В этой связи для реализации поставленной задачи Центр менеджмента здравоохранения (далее - ЦМЗ), Республиканский центр развития здравоохранения при поддержке проекта Всемирного Банка, реализуемого консалтинговой фирмой Oxford Policy Management (OPM), намерен укреплять потенциал менеджмента здравоохранения на базе ЦМЗ.

Лидерство и развитие менеджмента имеют ключевую роль в улучшении оказания медицинских услуг пациентам, повышении репутации сектора здравоохранения, мотивации, повышении потенциала и расширения полномочий персонала.

Необходимость развития менеджмента были вызваны несколькими факторами, такими как:

- реформирование сектора здравоохранения;
- изменения жизненных стилей и культур пациентов, их ожидания и требования к сектору здравоохранения;
- внедрение новых технологий в оказании медицинских услуг;
- предоставление автономности для медицинских организаций;
- наличие связи между менеджментом и результатами оказания услуг пациентам;
- общая политика Правительства по оказанию медицинских услуг;
- необходимость обеспечения равен-

ства и сохранения широкого спектра медицинских услуг пациентам.

Обучение тесно зависит от создания, инвестирования и поддержки обучающей среды и инфраструктуры для получения знаний. В секторе здравоохранения необходимо развивать и поддерживать инфраструктуру, включающую в себя наличие квалифицированных преподавателей и инструкторов, наличие различных источников знаний и обучения, технические и другие ресурсы, построение партнерства ведущими обучающими организациями в области менеджмента здравоохранения.

Также необходимо предусмотреть обучение и предоставление услуг по модернизации обучения в частности, в вопросе технологического потенциала (особенно это касается дистанционного, электронного обучения).

Оценка и проведение обучения менеджеров как ключевого элемента успешной работы на личном, командном и организационном уровне имеет важное значение для совершенствования менеджмента здравоохранения. В быстро меняющейся сфере здравоохранения инвестирование в развитие навыков и знаний людей, стремящихся работать или уже занятых в здравоохранении и смежных секторах, играют центральную роль в модернизации и реорганизации услуг, оказываемых пациентам.

Обучение в основном должно заключаться в приобретении новых навыков и реализации потенциала менеджеров для внесения своего вклада в улучшение ситуации в секторе здравоохранения.

Целью обучения является обеспечение пациентов и их семей в получении эффективной помощи от оказываемых услуг от более

компетентной и мотивированной рабочей силы, независимо от месторасположения медицинской организации. Сегодня уже имеется большой объем рациональной практики и достижений в секторе здравоохранения для обеспечения достижений единого высококлассного уровня в развитии потенциала сотрудников, в том числе менеджеров здравоохранения.

«Персонал имеет право работать в эффективных медицинских организациях, которые обучают, ценят и поощряют развитие их навыков по оказанию услуг, ориентированных на пациента».

Философия, на которой основаны принципы развития лидерства и менеджмента, проста и зарекомендовала себя на практике:

- чтобы лидеры наиболее эффективно выполняли свои функции, они должны чувствовать уверенность в своей роли;

- для того, чтобы быть уверенными, им необходимы квалификация, навыки, экспертиза, опыт и поддержка. Это можно получить за счет повышения квалификации и образовательных программ, а также получая опыт в ходе работы;

- лидеры должны обладать определенным спектром поведений, которые они могут использовать при выполнении своих функций в комплексной межведомственной системе, такой как здравоохранение. Недостаток развития данного качества приведет к очень узкому диапазону стилей, которые могут использовать лидеры;

- корректное поведение лидеров играет немаловажную роль при выстраивании партнерства с большим числом профессиональных работников на межведомственном уровне для удовлетворения потребностей различных сообществ, нужды которых неоднородны. Успех системы здравоохранения во многом будет зависеть от поведения лидеров здравоохранения на всех уровнях – они должны уметь сотрудничать с лидерами в других областях государственной и частной системы;

- лидеры должны уметь вовлекать и наделять полномочиями тех, кто работает с

ними, а не полагаться на старый командный подход и контроль, который в свою очередь подавляет инновацию, личную инициативу и доброжелательный рабочий климат (вовлеченность и сопереживание сотрудников).

Эффективное и мотивированное обучение требует, чтобы опыт и уровень образовательной подготовки обучающихся были отражены в программе обучения с целью повышения эффективности и обмена опытом и рациональной практикой между участниками. Обучение менеджеров должно отвечать следующим принципам: материалы обучения должны основываться на доказательных данных, процесс обучения должен быть прозрачным и практичным для слушателей в последующем.

Международный опыт и передовые практики показывают, что наиболее рациональной практикой для всех работников сектора здравоохранения, и конкретно для менеджеров здравоохранения является рамочная модель основанная на модели Института менеджмента здравоохранения Великобритании (Рис 1).



Рис. 1: Функции менеджмента здравоохранения

Минимальный набор знаний и навыков, необходимый для эффективного оказания услуг здравоохранения, включает в себя :

- полное понимание и уважение прав и чувств пациентов и их семей, выявление и удовлетворение их потребностей;
- эффективная коммуникация с коллегами, пациентами, их семьями и лицами, осуществляющими уход за ними;
- оценка информации о пациентах как привилегированного ресурса, надлежащее использование и предоставление данной информации в соответствии с уровнем конфиденциальности и согласия пациента, и с помощью самых эффективных технологий;
- понимание и демонстрация того, как функционирует система здравоохранения и соответствующие региональные организации;
- эффективная работа в составе команды, уважение роли другого персонала и организаций, участвующих в уходе за пациентом
- демонстрация готовности повышения квалификации – включая использование новых подходов к обучению и использованию информации, оказание поддержки обучению и развитию других
- признание и демонстрация своей ответственности по поддержанию здоровья и безопасности пациентов и коллег в любом контексте оказания услуг

Кроме того, обучение менеджменту должно отражать практику менеджмента. Менеджеры тратят время на реализацию следующих работ:

- управление ресурсами;
- управление услугами;
- управление людьми;
- управление стратегией;
- управление информацией.

Различные роли требуют различной степени компетентности в данных областях, соотношение важности компетенции в каждой области меняются в зависимости от выполняемых ролей.

Лидерство и менеджмент здравоохранения в основном направлены на следующее:

- улучшение ухода и лечения пациента, и его восприятия системы здравоохранения;

- улучшение здоровья населения;
- повышение общественной репутации учреждения путем умелого управления ресурсами и посредством обеспечения общественного учета и управления;
- мотивацию, развитие и расширение функциональных компетенций персонала;
- использование здравого смысла при управлении активами и человеческими ресурсами.

Лидеры на каждом уровне должны изучить и развить у себя ключевые навыки менеджмента, которые будут далее совершенствоваться на различных этапах их карьеры.

Много дебатов и дискуссий было проведено по поводу отношения между знанием, теорией, функциями и практичностью. В настоящее время в отношении процесса обучения подразумевается, что необходима базовая теория, прежде чем переходить к реализации практических действий. Другими словами, должно быть интеллектуальное понимание принципов, прежде чем результаты обучения могут проявиться на практике.

Работа Колба (1984) показала, что разные люди по-разному учатся. Некоторым нравится изучать теорию и затем применять ее на практике. Другим нравятся сталкиваться с жизненными ситуациями и на их основе разрабатывать теоретические гипотезы.

Важно то, что практическое применение должно быть взаимосвязано с теорией.

Широко дискусируется связь между знанием и практическим действием. Существуют веские доказательства того, что знает человек, лишь отчасти определяет то, что он делает. Знание не предопределяет действие.

Однако функциональная компетенция является измеряемым, выполнимым и доказуемым действием на рабочем месте, напрямую связанным с обучением. Другими словами, выполнение работы (действие) на рабочем месте используется как индикатор эффективного обучения, а не теоретические познания.

Мировой опыт не может напрямую использоваться в Казахстане, так как фундамент, процесс реформ, организационные структуры, экономические условия и многое

другое отличаются. Но необходимо отметить следующие выводы для Казахстана, которые могут полезны:

- Акцент следует делать на развитие менеджмента, а не развитие менеджера. То есть, приоритеты обучения должны определяться организационной необходимостью, а не проблемами в знаниях менеджеров. Это означает, что анализ потребности в обучении должны быть специфическим для каждой ситуации;

- Развитие менеджмента должно быть ориентировано на разработку плана реформ;

- Обучаемые должны четко понимать, чего от них требуется на рабочем месте и соответственно обучение должно отвечать их ожиданиям;

- Процесс обучения должен быть непрерывным, по мере того, как сектор здравоохранения вступает в стадию зрелости, развивается и обновляется

Есть четкое понимание того, что пока не существуют системы, интегрирующие оценку потребностей сектора здравоохранения с оценкой потребностей людей в обучении и заказом обучающих программ у провайдеров образовательных услуг.

Внедрение систем оценки, обязательного непрерывного профессионального развития, связанных с повторной аттестацией/

сертификацией, потребует вмешательства правительства.

Также следует признать, что независимые учреждения, связанные между собой отношениями по управлению, надзору и аккредитации, пока не существует в зрелой форме. Создание и развитие таких учреждений также потребует вмешательства правительства.

Переход к новым подходам должен будет учитывать предыдущий уровень знаний и опыт менеджеров, уже работающих в системе. Например, руководитель стационара, занимающий свою должность уже 20 лет, не будет заинтересован в программе для новых менеджеров.

В интересах простоты и систематичности предлагается, что имеющееся поколение менеджеров, вместе с их непосредственным руководителем, проведут простой анализ потребностей в обучении и будут рассматривать результаты обучения как результат их участия в программе.

По этой причине ЦМЗ будет выступать как оценщик потребности «рынка» менеджмента здравоохранения и станет важным поставщиком образовательных услуг для менеджеров.

Источники:

1. План нации - 100 конкретных шагов по реализации пяти институциональных реформ Главы государства Нурсултана Назарбаева от 6 мая 2015 года.
2. Professional Practice Framework. Institute of Healthcare Management. 2015 UK.
3. Mooney, G. (1994). Key Issues in Health Economics. Harvester Wheatsheaf.
4. Drummond, M.F., Stoddart, G.J. and Torrance, G. W. (1997). Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programme. Oxford University Press.
5. DOBROW, MJ, GOEL, V and UPSHUR, REG (2004) Evidence-based health policy: context and utilization. Social Science and Medicine; 58(1), pp.207-17.

СТРАТЕГИЯ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ АО «НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР»

Байгенжин А.К.

*Председатель Правления АО «Национальный научный медицинский центр»,
д.м.н., профессор*

С момента образования акционерного общества «Национальный научный медицинский центр» (далее - ННМЦ) прошло 15 лет. С первых дней открытия клиники мы приняли на работу высококвалифицированные кадры по конкурсу, укомплектовали центр современным оборудованием и поставили себе задачу качественного оказания медицинских услуг. Мы начали с того, что провели обучение и в 2004 году организовали отдел внутреннего аудита.

Первыми шагами развития системы менеджмента качества стало разработка и внедрение МС ИСО 9001-2001 [1]. Внедрение требований международных стандартов нам помогло систематизировать нашу деятельность, управлять документацией и записями, проводить внутренние аудиты, управлять несоответствующими услугами и их своевременно предупреждать. Затем мы последовательно улучшили качество диагностических исследований. С 2006 года, мы проводим внешнюю оценку качества лабораторных исследований по программам RIQAS. Концептуальные подходы и критерии Модели Европейской организации менеджмента качества [2] стали применять с 2009 года. Мы каждые 2 года проходим внешнюю оценку и достигли уровня Признанного совершенства 5*.

ННМЦ также освидетельствован по стандартам аккредитации МЗ РК в 2009 году, благодаря которым мы реализовали подходы по управлению рисками. В дальнейшем мы улучшили корпоративную социальную ответственность и внедрили в деятельность центра систему защиты информации. Имеем полностью компьютеризированную систему рабочих мест с электронным документооборотом, 5 автоматизированных программ для работы с доступом Интернета на всех рабочих местах.

Применяя инструменты менеджмента как: самооценка, фактический анализ внутренней и внешней среды, имея ресурсные возможности, используя выгодные партнерства мы ставили акценты на постоянное обучение персонала и внедрение инновационных технологий. Ежегодный анализ деятельности позволил определить наши сильные стороны как: наличие системы менеджмента качества, международное признание на уровень Признанного совершенства 5* EFQM; корпоративное управление; креативный персонал, современный портфель технологии услуг; информационные технологий, электронный документооборот, услуги телемедицины на международном уровне; оптимальная инфраструктура; высокая удовлетворенность и лояльность пациентов.

Слабыми сторонами, требующими постоянного контроля и улучшения мы обозначили высокий уровень амортизации основных активов и низкую категорированность молодых специалистов.

Свои возможности для дальнейших улучшений мы видим в развитии сотрудничества с партнерами для изучения лучшей практики инновационных технологий; в совершенствовании научного процесса; оптимизация системы оплаты труда.

В то же время на достижение стратегических целей отрицательно могут повлиять: изменения макро и микроэкономики; быстрое развитие конкурентной среды; текучесть кадров; изношенность оборудования и необходимость их замены.

Одним из решающих факторов поступательного развития нашего центра явилось стратегическое планирование. Мы определили 7 направлений стратегии.

Производственная стратегия – гаран-

тия предоставления высокотехнологичных медицинских услуг всем категориям потребителей на уровне мировых стандартов с достижением удовлетворенности пациентов 98%;

Стратегия качества – совершенствование системы менеджмента ННМЦ на основе применения концептуальных подходов и критериев Модели EFQM, самооценки и повторной внешней оценки на соответствие уровню Признанного совершенства 5* каждые 2 года и ресертификация по стандартам аккредитации МЗ и СР РК; МОН РК (каждые 4 года);

Финансовая стратегия – оценка и обеспечение выбора оптимальных финансовых средств для повышения эффективности и стоимости бизнеса с тем, чтобы добиться динамики роста доходов до 9% ежегодно и оптимизации расходов до 5% ежегодно;

Стратегия информационной безопасности и совершенствование информационных технологии во всех бизнес процессах, все внедренные информационные системы заикливать в единую систему, внедрить электронную историю болезни с обеспечением надежной защиты информации;

Стратегия в области научного партнерства – переход от тактического к стратегическому партнерству для достижения конкурентоспособности инновационных медицинских технологий и высокого рейтингового уровня среди казахстанских научных центров;

Стратегия в области управления кадрами – создание условий для повышения профессиональных знаний, квалификации, приверженности персонала и обеспечение эффективной системы его мотивации. Категорированность врачей запланировано увеличить до 70%, среднюю зарплату персонала увеличить ежегодно на 6%;

Маркетинговая стратегия – выявление и анализ потребностей существующих и потенциальных категорий потребителей медицинских услуг ННМЦ, продвижение платных услуг с тем, чтобы удельный вес ВСМП увеличить ежегодно на 5%.

Развивая все направления стратегии, мы обращаем пристальное внимание созданию условий для повышения профессио-

нальных знаний, квалификации, приверженности персонала и обеспечение эффективной системы его мотивации. Продвижение услуг осуществляется через учет потребностей в наших медицинских услугах территориальных организаций здравоохранения, активное взаимодействие с ними посещением курируемых регионов, через обучение региональных специалистов с передачей технологий.

Цели ННМЦ исходят из задач, которые нам поставило МЗ и СР РК на основе Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» [3] на 2011-2015гг. Все стратегические цели переносятся на операционные планы. Для их достижения мы определили свои ресурсы, ответственность и полномочия. Четкое планирование, мониторинг необходимых показателей [1,4] позволяют достичь запланированные рубежи. Гибкость к переменам реализуется Правлением через постоянный анализ деятельности и определение рентабельности структурных подразделений. Принятие руководством ННМЦ глобальных решений о развитии центра завершается изменением организационной структуры. При этом, перераспределяя ресурсы, мы ставим задачу не сиюминутного получения прибыли, а достижения успеха в долгосрочной перспективе.

За последние 3 года мы создали департамент координации развития трансплантологии, открыли отдел трансплантации органов и тканей. С учетом уровня развитости и снижением потребности в отдельных услугах в РК и г.Астане, мы сократили отдел микрохирургии глаза и урологический отдел. В связи с открытием Национального научного кардиохирургического центра пересмотрены акценты развития кардиохирургической и кардиологической служб, открыты аритмологический отдел, отдел интервенционной кардиологии. Создали Группу сердца для оптимизации оказания помощи кардиологическому пациенту по единой цепочке услуг, открыли реабилитационные койки для кардиохирургических пациентов. Потребность в бесперебойной работе медицинского оборудования обусловила открытие с 2015 года самостоятельного отде-

С момента образования акционерного общества «Национальный научный медицинский центр» (далее - ННМЦ) прошло 15 лет. С первых дней открытия клиники мы приняли на работу высококвалифицированные кадры по конкурсу, укомплектовали центр современным оборудованием и поставили себе задачу качественного оказа-

ния медицинских услуг. Мы начали с того, что провели обучение и в 2004 году организовали отдел внутреннего аудита.

Первыми шагами развития системы менеджмента качества стало разработка и внедрение МС ИСО 9001-2001 [1]. Внедрение требований международных стандартов нам помогло систематизировать нашу деятель-

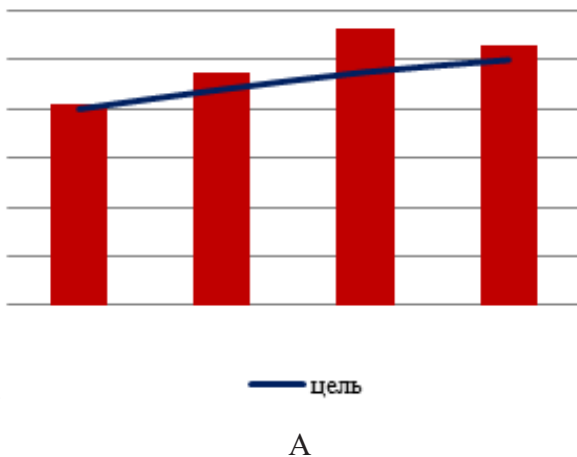


Рисунок 1А - Объем выполненного госзаказа за 2011-2014 годы

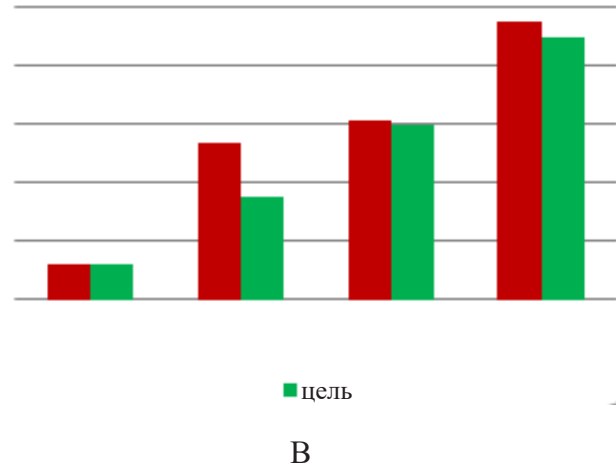


Рисунок 1Б - Количество выполненных операций при жизнеугрожающих нарушениях ритма сердца за 2011-2014 годы

Внедренные нами за последние 4 года инновации показывают стабильно позитивную динамику.

Количество операций при жизнеугрожающих нарушениях ритма увеличилось с 122 в 2011 году до 953 в 2014 году, т.е. в 7,8 раза. Аритмологами освоены изоляция устья легочных вен методом криоабляции и транскатетерное закрытие ушка левого предсердия.

Наряду с выполнением достаточных объемов операций по коронарному стентированию (до 800 операций в году), интервенционными рентгенхирургами освоена технология почечной денервации при артериальной гипертензии и стентирование периферических сосудов.

HIFU-терапия заняла достойное место в лечении опухолевых заболеваний, паразитарных кист. Ежегодно выполняется от 166 до 177 операций. Данная инновационная технология получила европейскую премию 2014

года за качественную инновацию.

Продолжаются научные исследования по применению уникальных клеточных технологий при лечении системных аутоиммунных заболеваний соединительной ткани, дилатационной кардиомиопатии, заболеваниях нервной системы, почечной недостаточности и сахарном диабете. Количество трансплантации фетальных клеток увеличили в 3,8 раза, стволовых клеток в 3,2 раза за 4 года.

Трансплантация органов, стартовавшая в 2013 году, набирает темп, возвращая качество жизни обреченным пациентам. За 2 года и 9 месяцев выполнено всего 72 операции, из них 30 операций по трансплантации печени и 42 операции по трансплантации почек. Проведены 2 мастер класса с приглашением трансплантологов из Сеульского Национального университетского госпиталя, 2 мастер класса с приглашением трансплантологов из Хиросимского университетского госпиталя, и 1 мастер класс с приглашением

трансплантологов из Башкентского университета (г. Анкара)

Претворяя в жизнь стратегию снижения смертности от БСК МЗ и СР РК, мы увеличили на 35,7% количество кардиохирургических операций по сравнению с 2011 годом; обучили 1731 кардиологов из различных регионов Казахстана, осуществив трансферт технологий по утвержденным стандартам диагностики и лечения ОКС, разработанных на нашей базе и утвержденных МЗ и СР РК.

Одним из наших ценностей является наш персонал. Мы последовательно осуществляем кадровую политику, давая возможность каждому члену коллектива раскрыть свой потенциал. Проводится мониторинг показателей: укомплектованности врачами - составляет 100,0%, средним медицинским персоналом – составляет 95,0 %; показатель текучести кадров находится в «целевом коридоре» от 5,0 до 20,0%, средняя зарплата персонала по всем категориям растет, 297 сотрудников обеспече-

ны льготным жильем.

Не останавливаясь на достигнутом, мы для ресурсосберегающего управления отходами, энергетической системой а также для наиболее полного обеспечения безопасности и охраны здоровья, в 2014-2015 годах разработали и внедрили систему экологического менеджмента, систему менеджмента безопасности и охраны здоровья, и систему энергосбережения.

Применение ресурсосберегающих технологий в поддерживающих процессах привело к снижению затрат на тепло за 3 года – на 42,0% (установка автоматических контроллеров температуры входящей в систему теплообеспечения воды, включающей автономное отопление); энергосбережению и установка энергосберегающих ламп) (рисунок 2А,Б). Травматизм среди сотрудников доведен до нулевой отметки в 2014 году.

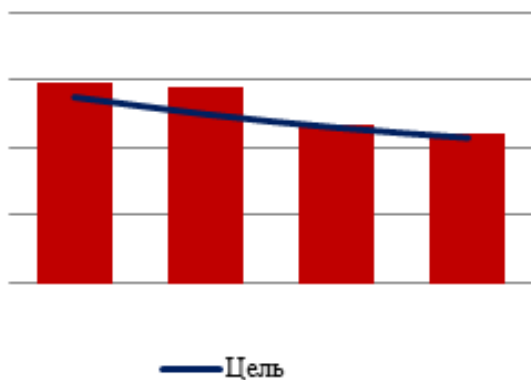


Рисунок 2А – Расход теплоэнергии за 2011-2014 годы, Гкал

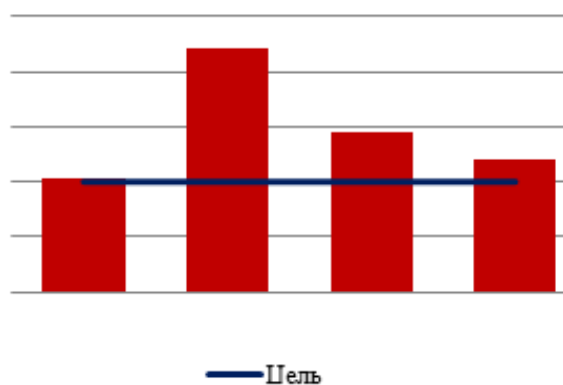


Рисунок 2Б - Расход теплоэнергии за 2011-2014 годы, кВт/ч/койка/год

Конечной целью для всех заинтересованных сторон является достижение высокого качества услуг и максимальная удовлетворенность пациентов.

Постепенной автоматизацией всех работ в клинично-диагностических подразделениях мы добились улучшения своих показателей соответствия внешнему контролю качества – 92%. Обоснованные жалобы от пациентов резко уменьшились, удовлетворен-

ность нашими услугами на высоком уровне - 98,0%. Системный мониторинг качества услуг и своевременно проведенные корректирующие действия обеспечили снижение доли экономических санкций от суммы оплаты услуг с 3% до 0,5%.

Благодаря рациональной тарифной политике и управлению финансовыми рисками, наши доходы от реализации услуг постепенно растут. Питание пациентов и хозяйственные

услуги мы передали в аутсорсинг, сократив расходы по питанию на 46,7%; на ремонт и техобслуживание инженерного оборудования на 21,3%. Комплексные подходы по совершенствованию менеджмента, развитию инновации, обучению и ресурсосбережению позволили достичь финансовой устойчивости.

За это непродолжительное время мы заняли позицию лидера среди многопрофильных клиник, оказывающих высокотехнологичные медицинские услуги.

Нас признали Лучшей медицинской организацией Европы 2012 года. Мы участвовали в конкурсе на президентскую Премию «Алтын сапа» и номинированы премией «Парыз» за инновационные технологии. Получили в 2014 году Европейскую Премию за качественную инновацию по HIFU и выиграли

европейский конкурс на лучшего менеджера 2015 года. По оценке Союза Национального бизнес рейтинга РК в 2015 году мы стали Лидером отрасли здравоохранения.

Наши будущие планы ориентированы на развитие научного партнерства и обмена опытом. Мы планируем улучшить возможности IT технологий (переход на электронный документооборот).

Таким образом, медицинская организация, заинтересованная в устойчивом развитии, в условиях конкурентной среды становится заинтересованной в систематическом проведении самооценки, анализе своей деятельности для обеспечения стабильности и максимальной выгоды для всех стейкхолдеров.

Источники:

1. МС ИСО 9001-2001; СТ РК ИСО 9001-2008
2. Модель совершенства EFQM 2013, Брюссель, 2013 г.
3. Государственная Программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг.
4. Постановление Правительства Республики Казахстан от 22.12.2011 г. №1577 «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг».
5. Постановление Правительства Республики Казахстан от 05.12.11 г. №1464 «Об утверждении Правил оказания стационарной помощи».
6. Приказ Министра здравоохранения РК от 27.12.11 г. № 923 «Методическая рекомендация по организации службы внутреннего контроля (аудита) медицинских организаций».



РАЗВИТИЕ МЕНЕДЖМЕНТА В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ НА ПРИМЕРЕ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ №4 ГОРОДА АЛМАТЫ

Аманов А.Т.

Главный врач ГКП на ПХВ «Городская клиническая больница №4» города Алматы, к.м.н.

Аяганова А.С.

Заместитель главного врача по контролю качества медицинских услуг ГКП на ПХВ «Городская клиническая больница №4» города Алматы, м.м.н.

Аталуы: Мақаланың тақырыбы: «Алматы №4 қалалық клиникалық аурухана мысалында көпсалалы ауруханаларда басқаруды дамыту»

Авторлары: Ә. Т.Аманов – Алматы қаласының ШЖҚ МКК «№4 қалалық клиникалық аурухана» бас дәрігері, м.ғ.к., А.С.Аяганова - Алматы қаласының ШЖҚ МКК «№4 қалалық клиникалық аурухана» медициналық қызметінің сапасын бақылау жөніндегі бас дәрігерінің орынбасары, м.ғ.м

Түйіндеме: бүгін, медициналық ұйым кейде қарама-қарсы, көптеген құрамдас бір күрделі ағза болып табылады. Осыған байланысты, аурухана басқару мәселесі ерекше болып табылады.

Алматы қаласының шаруашылық жүргізу құқығындағы мемлекеттік коммуналдық кәсіпорын «№4 қалалық клиникалық аурухана» - соңғы жылдары аурухана негізгі көрсеткіштердің оң динамикасы - бұл дұрыс таңдаған стратегиялық бағытты көрсетеді. Соңғы жылдары ұйымдастырушылық іс-шаралар нәтижесінде №4 қалалық клиникалық аурухана белгілі бір нәтижелерге қол жеткізді, жұртшылық үшін көрсетілген медициналық қызмет қол жетімді және сапалы.

Title: "Development of the management in a multi-profile hospital based on the case of the City Clinical Hospital No.4 of the City of Almaty"

Authors: Amanov Anuar Tursunzhanovich – Chief Doctor, SCE with RBA «City Clinical Hospital No.4» of the City of Almaty, cms, Ayaganova Aigerim Serikbayevna – Deputy Chief Doctor in charge of quality control of the medical services, SCE with RBA «City Clinical Hospital No.4» of the City of Almaty, mms

Abstract: Currently a medical organization represents a complex entity with large number of components at times counteracting with each other. Due to this the issues of hospital management become especially significant.

In the recent years there has been positive dynamics of main indicators of the hospital's activities within the SCE with RBA «City Clinical Hospital No.4» of the City of Almaty which evidences the correctly chosen strategy of development. As a result of the organizational measures taken within the last few years CCH No.4 achieved certain positive results, improved the quality of its medical services which have become accessible to the population.

Введение.

Президент Назарбаев Н.А. в своем Послании народу Казахстана «Новый Казахстан в новом мире» подчеркнул, что одним из направлений государственной политики на новом этапе развития нашей страны должно стать улучшение качества медицинских услуг и развитие высокотехнологичной системы здравоохранения. Качество медицинских услуг является комплексным понятием и зависит от множества емких причин, среди которых следует выделить материально-техническую оснащенность медицинских организаций, уровень профессионализма и наличие мотивации клинических специалистов к его повышению, внедрение современных технологий управления процессами

организации и оказания медицинской помощи, внедрение эффективных методов оплаты медицинской помощи. Совершенствование управления качеством медицинских услуг занимает важное место в контексте стратегического развития здравоохранения Казахстана до 2020 года. [1]

В 2015 году завершается 2-й этап Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» (далее – Госпрограмма) и будут подводиться итоги её реализации.

Несмотря на приоритетность развития и совершенствования первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП), как одного из направлений Госпрограммы, немало организа-

ционных мероприятий проведено и на уровне стационарной помощи.

Достигнутые результаты деятельности городской клинической больницы №4 города Алматы, как следствие проводимых реформ в рамках Госпрограммы, являются результатом современного менеджмента многопрофильного стационара.

Государственное коммунальное предприятие на праве хозяйственного ведения «Городская клиническая больница № 4» (далее - ГКБ № 4) – это многопрофильная медицинская организация, оказывающая специализированную и высокоспециализированную медицинскую помощь в экстренном порядке населению города Алматы и в плановом порядке пациентам со всех регионов РК по Порталу Бюро госпитализации. С 2010 года больница перешла на право хозяйственного ведения, с 2012 года создан Наблюдательный Совет, который контролирует деятельность больницы путём сокращения рисков возникновения негативных последствий в результате неэффективного использования финансовых ресурсов, участвует в обсуждении стратегического плана развития клиники.

Медицинская помощь оказывается по следующим профилям: травматология и ортопедия, гинекология, хирургия, терапия и неврология, нейрохирургия, урология. Кроме этого, оказывается консультативно-диагностическая и стационарозамещающая медицинская помощь.

Медицинская помощь оказывается согласно Перечню гарантированного объёма бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП), утверждённого Правительством РК в рамках договорных обязательств с территориальным департаментом Комитета оплаты медицинских услуг (далее – ТД КОМУ).

Материально-техническая база ГКБ№4 соответствует современным требованиям. Клиника с 2012 года функционирует в здании, построенном в рамках Госпрограммы «100 школ, 100 больниц», общей площадью 48 тыс. м², с полной комплектацией современным оборудованием, имеет в своём составе 15 операционных с ламинарными потоками, автоматически открывающимися дверями. Клинико-диагно-

стическая лаборатория оснащена современным оборудованием производств мировых лидеров в области лабораторной техники и аналитических технологий, которые обладают исключительно высокой точностью и аналитической надёжностью.

Функционирует более 30 структурных отделений и подразделений, в том числе стационар на 360 коек (310 бюджетных коек, 50 хозрасчётных коек) и 45 коек дневного стационара. В больнице семь отделений травматологического профиля – это отделение острой травмы, сочетанной травмы, эндопротезирования, ортопедии, осложнённой травмы и отделение реабилитации и восстановительного лечения для травматологических больных, ожоговое отделение, а также травматологический пункт.

Проводимая руководством политика управления трудовыми ресурсами направлена, прежде всего, на повышение образовательного и профессионального уровня сотрудников с ориентацией на достижение лучшего качества обслуживания населения.

Оперирующие бригады врачей сформированы из высококвалифицированных специалистов, проходивших специализацию в ведущих клиниках Казахстана, а также ближнего и дальнего зарубежья (Россия, США, Германия, Польша, Корея, Латвия, Швейцария, Бельгия, Индия и др.).

В больнице базируются 5 кафедр КазНМУ им. С.Асфендиярова: травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии, пропедевтики и внутренних болезней, хирургических болезней №3, гинекологии, реанимации и анестезиологии с курсом неотложной медицинской помощи, что значительно повышает её научный и практический потенциал. Клиника является ведущим травматологическим центром по городу Алматы.

ГКБ№4 активно сотрудничает с ведущими клиниками и ВУЗами страны, ближнего (Российская Федерация) и дальнего зарубежья: КазНИИТО, Астана, КазМУНО, КазНМУ им. С.Асфендиярова, Сент-Луиский университет США, клиника Велтон Кореи, ортопедическая клиника города Урумчи (Китай), Институт международного обучения Чехии и др.

Основной ресурсной характеристикой стационара является коечный фонд, поэтому одной из важнейших задач является оптимизация использования данного ресурса.[2] По результатам анализа деятельности, учитывая показатели коечного фонда, с целью его рационального использования, ежегодно проводится оптимизация и перепрофилирование с учётом потребности.

Так, с 2012 года коечный фонд круглосуточного стационара уменьшился на 30 коек, при этом увеличился коечный фонд коек дневного пребывания с 12 до 45. За счёт перепрофилирования с 2012 года на базе неврологического отделения открыт инсультный центр на 20 коек, в отделении сочетанной травмы развёрнуты нейрохирургические койки.

С 2012 года открыто отделение гемодиализа и экстракорпоральной детоксикации, где в две смены в рамках стационарозаменяющих технологий получают заместительную терапию пациенты с хронической почечной недостаточностью. Кроме этого, активно внедряются методы детоксикации, такие как внутрилазерное облучение крови, плазмаферез, гемодиализация, ультрафиолетовое облучение крови, которые приносят дополнительный финансовый доход клинике.

Уникальное медицинское оснащение больницы в использовании квалифицированного медицинского персонала даёт возможность для постоянного внедрения новых инновационных технологий, улучшения качества проводимых диагностических и лечебных мероприятий.

В клинике оказывается, как специализированная, так и высокоспециализированная медицинская помощь (далее - ВСМП) по травматологии и ортопедии, хирургии, гинекологии и урологии. На долю травматологической службы приходится около 95% ВСМП.

Следует отметить, что технологией операций ВСМП в ГКБ№4 владеют все дежурные бригады врачей-травматологов, что даёт возможность оказывать экстренную помощь при переломах проксимального отдела бедра круглосуточно на уровне приёмного покоя. Таких пациентов, при отсутствии противопоказаний,

оперируют в первые 24 часа.

Признано, что при консервативном лечении переломов, в связи с длительной обездвиженностью пациента, увеличивается риск летального исхода на фоне прогрессирования сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности, развития гипостатической пневмонии и тромбоэмболии легочной артерии.

Ежедневно в стационаре выполняются около 50 операций, врачи владеют техникой высокотехнологических и малотравматичных операций на позвоночнике, верхних и нижних конечностях, таза, а также техникой малоинвазивных артроскопических и лапароскопических операций.

За последние 5 лет внедрены более 20 технологий оперативных вмешательств: это эндопротезирование крупных суставов (тазобедренных, коленных, плечевых, локтевых), освоено эндопротезирование с компьютерной навигацией, что даёт возможность более точно и правильно установить компоненты эндопротеза при сложных патологиях. Освоена техника эндопротезирования мелких суставов (пальцев кистей и стоп).

Ежемесячно проводится более 100 эндопротезирований, из которых около 10% в экстренном порядке пациентам с переломами шейки бедра. При этом используются современные методики по замене суставов на высококачественные имплантанты одних из самых известных производителей DePuy и Stryker (США).

Развивается нейрохирургия, проводятся реконструктивно-восстановительные операции при деформирующих рубцах (после ожогов, после травм, оперативных вмешательств). За последний год количество лапароскопических операций увеличилось на 24,6%, их удельный вес от общего количества хирургических операций вырос с 16,4% до 18,2%. Хирургическая активность в травматологии выросла за последние пять лет на 51,5%: с 64,4% в 2010 году до 97,6% в текущем году.

Удельный вес ВСМП в стационаре от всех пролеченных случаев является самым высоким в городе. В 2014 году этот показатель вырос до 14,5% при городском показателе 2,4%. За 10 месяцев 2015 года удельный вес оказанной

высокоспециализированной медицинской помощи составил 20,3% от пролеченных случаев в стационаре.

Так, в 2014 году проведено 1793 операции ВСМП, что в 7 раз больше по сравнению с 2010 годом (259 операций ВСМП). За 10 месяцев 2015 года проведено 2262 операции ВСМП, из них травматологических – 2177 операций (96,2%).

Более 60% от общего кол-ва ВСМП – это эндопротезирование. Так в 2014 году было проведено 1358 эндопротезирований, что составило 76% от общего количества ВСМП, а за 10 месяцев текущего года – 1385 (61%).

В связи с внедрением новых технологий оперативных вмешательств за последние 5 лет удалось снизить количество летальных исходов после травм: с 70 случаев в 2010 году до 24 случаев за 10 месяцев 2015 года (в 3 раза). Послеоперационная летальность за 10 мес. 2015 года составила 0,6 против 2,8 в 2010 году (снижение в 4 раза). Процент послеоперационных осложнений в травматологии с 2010 года по 2013 год не превышал 0,06%, а в 2014 году и за 10 мес 2015 года – послеоперационных осложнений не было. Также удалось снизить такие показатели как дооперационное пребывание больного на койке с 1,4 до 1,0 койко/дня, среднюю длительность пребывания больного на хирургической койке с 10,3 до 8,4, что даёт эффективно использовать коечный фонд круглосуточного стационара.

Один из принципов ЕНСЗ «деньги идут за пациентом» отслеживается по иногородним пациентам, количество которых ежегодно увеличивается: так за 10 месяцев 2015 года всего пролечено 2940 (28%) пациентов из разных регионов РК на сумму 959 млн 410 тысяч тенге.

По принципу свободного выбора медицинской организации в ГКБ№4 в текущем году пролечено 3095 пациентов, из них иногородних 1421 (46%). По травматологическому и ортопедическому профилям в плановом порядке по Порталу БГ прооперировано 850 (60%) иногородних более, чем на 240 млн тенге.

Развивается международный туризм, в рамках которого за 10 месяцев 2015 года пролечено 21 нерезидент РК (2014 год – 11 пациен-

тов).

Мероприятия по повышению качества оказываемых медицинских услуг. Система внутрибольничного контроля качества медицинской помощи в больнице имеет многоуровневый характер: самоконтроль, контроль на уровне руководителя отделения, контроль осуществляемый экспертами внутрибольничной службы и администрацией. Службой внутреннего контроля (аудита) разработана программа по обеспечению и непрерывному повышению качества медицинской помощи в клинике. Ежеквартально проводится анализ эффективности деятельности подразделений и клиники в целом с соответствующими выводами и предложениями, по результатам которых принимаются управленческие решения.

Служба внутреннего аудита в ГКБ№4 функционирует с 2010 года. Тогда она была представлена одним врачом – экспертом. Учитывая потребность, в штатное расписание включена должность заместителя главного врача по контролю качества медицинских услуг, увеличено количество врачей – экспертов. В настоящее время служба переименована в Службу поддержки пациента и внутреннего аудита, в состав которой входят 7 человек: это 3 врача – эксперта, эпидемиолог, юрист, психолог, PR-менеджер.

В клинике действует Система управления жалобами, которая определяет принципы и порядок обращения с жалобами, план улучшения качества по результатам рассмотрения обращения граждан; имеется утвержденный состав комиссии по обращению граждан, заседание проводится по мере поступления обращений от пациентов и родственников. Работает 3 телефона доверия: 2 стационарных и 1 мобильный – круглосуточно, который подключён к единому Call-центру на базе городской станции скорой медицинской помощи города Алматы.

С целью своевременного реагирования на обращения физических лиц на качество оказания медицинской помощи и негативной информации в адрес клиники, PR - менеджер ежедневно мониторирует блог первого руководителя больницы, Министра здравоохранения и социального развития РК, сайты местных ис-

полнительных органов, социальные сети и другие СМИ.

Для формирования положительного имиджа больницы в социальных сетях внедрён Social media marketing.

В результате проводимых мероприятий, направленных на повышение качества оказываемых услуг, за последние 2 года отсутствуют обоснованные жалобы, увеличилось количество благодарностей. По результатам ежемесячного анкетирования в последние 3 года уровень удовлетворённости пациентов составляет от 94- 98%

С целью управления структурой госпитализированных пациентов в клинике ведется определенная работа, направленная на снижение числа необоснованных случаев и госпитализации пациентов с низким весовым коэффициентом. С врачами отработаны критерии к экстренной госпитализации больных в круглосуточный стационар, ведется работа с врачами ПМСП. В случае выставления пациенту диагноза с низким весовым коэффициентом и отсутствие показаний для госпитализации в круглосуточный стационар, лечение осуществляется в рамках стационарозамещающих технологий, перечень которых расширен.

С целью предотвращения нештатных ситуаций на Портале Бюро госпитализации, для уменьшения количества отказов и сокращения предоперационных койко-дней у плановых пациентов создана Комиссия по плановой госпитализации, в функции которой входит отбор пациентов на плановую госпитализацию по показаниям с учётом противопоказаний к оперативному лечению.

Таким образом, при грамотной организации потоков пациентов и качественном подходе к управлению структурой госпитализации, планируется снижение количества госпитализированных пациентов в круглосуточный стационар, развиваются стационарозамещающие технологии, уменьшается количество необоснованных госпитализаций и повторных госпитализаций в течение месяца по поводу одного и того же заболевания. Увеличивается объём оказанной ВСМП соответственно увеличивается объём финансирования, позволяющий при

оптимальных расходах обеспечить экономию финансовых средств.

В 2014 году Городская клиническая больница №4 прошла повторную процедуру аккредитации и подтвердила соответствие национальным стандартам, получив свидетельство об аккредитации на 4 года.

С 2012 года клиника имеет свидетельство о соответствии качества международным стандартам ISO 9001:2008 с ежегодным подтверждением, которое повышает инвестиционную привлекательность клиники, делает её более конкурентоспособной как по городу, так и по республике, даёт возможность вливания финансовых средств и увеличения внебюджетных поступлений.

По результатам проводимого с февраля 2014 года по январь 2015 год внешнего контроля, клиничко-диагностическая лаборатория ГКБ№4 успешно прошла программу BC 31 EQAS (программа «Газы крови», EQAS BLOOD GAZ PROGRAM) и получила международный Certificate of Achievement (Сертификат достижения), что подтверждает соответствие проводимых исследований международным стандартам качества.

Эффективное использование финансовых средств и ресурсов организации. Здание больницы – это современное архитектурное сооружение, с инженерными коммуникациями, которые нуждаются в постоянном сервисном обслуживании. После проведённого расчёта и анализа, было принято решение о необходимости введения в штат больницы вспомогательной службы для содержания котельной, запущена новая прачечная. Больница имеет автономное электрическое питание, есть два дизель - генератора и, при необходимости на случай чрезвычайной ситуации, есть возможность автономного обеспечения клиники электричеством. На сегодняшний день, самостоятельное обслуживание коммуникационных систем больницы, с помощью высококвалифицированных специалистов позволяют значительно снизить финансовые расходы на коммунальные услуги.

Для рационального и эффективного использования финансовых средств при закупке лекарств (далее – ЛС), изделий медицинского

назначения (далее - ИМН), медицинского оборудования проводится маркетинговый анализ действующих на рынке цен, что позволяет приобретать необходимые товары по оптимальным ценам с учетом качества закупаемой продукции. Практикуется закуп необходимых ЛС и ИМН, дезинфицирующих средств у отечественных производителей, что также отражается на стоимости приобретаемых товаров. Ведется работа по снижению необоснованного и нерационального назначения диагностических и лабораторных исследований.

Анализируя специфику затрат, заметно, что самая большая статья расходов – это зарплата сотрудников (39%) и расходы связанные с закупом медикаментов (20%) и изделий медицинского назначения (22,9%). Но при этом отмечается снижение доли расходов на коммунальные расходы, автотранспорт и медикаменты.

Комплексная система мотивации персонала. Оплата труда сотрудникам производится в зависимости от объема и качества оказываемой медицинской помощи в соответствии с критериями оценки деятельности медперсонала. После оценки дохода организации за текущий период, определения фонда экономии по каждому структурному подразделению комиссией распределяется дифференцированная доплата.

Общая сумма диффоплаты в 2014 году по сравнению с 2012 годом выросла почти в 2,5 раза и составила 134 596,5 тысяч тенге, а средний размер заработной платы (без учёта вычетов налогов) в 2014 году составила 103 859,0 тенге, по сравнению с 2010 годом рост составил 81%.

В 2011-2012 гг в рамках Госпрограммы «100 школ, 100 больниц» 80 сотрудников по-

лучили квартиры. По итогам года существует система поощрения персонала, размеры премиальных составляют около 1,5 млн тенге.

Согласно коллективному договору ежегодно каждый сотрудник получает материальную помощь на оздоровление в размере должностного оклада. Ежегодно профсоюзным комитетом выдаются путёвки на санаторно-курортное лечение сотрудникам и в летние лагеря – детям школьного возраста.

За вклад в защиту и охрану здоровья сотрудников компании клиника в 2012 году награждена почётным знаком «Асыл Алма».

Выводы:

- анализ деятельности городской клинической больницы №4 г. Алматы в условиях ЕНСЗ за последние годы показал, что отмечается положительная динамика по основным показателям стационара, увеличивается количество оказываемой специализированной и высоко-специализированной медицинской помощи, которая стала доступной населению не только региона, но и близлежащих областей;
- клиника показала свою медико-экономическую состоятельность в условиях рыночных отношений и обоснованность проводимых мероприятий по менеджменту, управлению качеством медицинских услуг, позволяющих увеличить доходность предприятия, что говорит о правильно выбранном стратегическом направлении.
- учитывая ежегодное увеличение пациентов, госпитализированных по свободному выбору медицинской организации, в том числе с других регионов, можно сказать о конкурентоспособности ГКБ№4 города Алматы и готовности к работе в условиях обязательного медицинского страхования.

Источники:

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 - 2015 годы.
2. А.А. Аканов, Т.С. Мейманалиев, КазНМУ им. С. Асфендиярова Проблемы оптимизации коечного фонда в Казахстане 26 ноября 2012 г.
3. Аканов А.А., Девятко В.Н., Ахметов У.И., Байсеркин Б.С., Тулебаев К.А. Больничное дело в Казахстане: состояние, проблемы и подходы к новой модели. – Алматы: 2006. -168с.
4. Статистические показатели ГКП на ПХВ «Городская клиническая больница №4» города Алматы за 2010-2015 гг

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДОПУСКА НА РЫНОК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, СИСТЕМЫ ФАРМАКОНАДЗОРА. РЕЗУЛЬТАТЫ, ПОЛУЧЕННЫЕ ПО ИТОГАМ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА «ПЕРЕДАЧА ТЕХНОЛОГИЙ И ПРОВЕДЕНИЕ ИНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ РЕФОРМЫ В СЕКТОРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН»

Муслинов С.Р.

Генеральный директор

РГП «Национальный центр экспертизы

лекарственных средств, медицинской техники и изделий медицинского назначения»

В соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан здоровье населения, безопасность, эффективность и качество лекарственных средств отнесены к факторам обеспечения национальной безопасности.

Стремительное развитие здравоохранения, в том числе, сферы обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, переход на международные стандарты требуют четкого, скоординированного и целенаправленного взаимодействия всех государственных и негосударственных структур здравоохранения.

Определение на долгосрочную перспективу Концепции Национальной лекарственной политики Республики Казахстан играет важнейшую роль в поддержании и развитии системы лекарственного обеспечения населения страны.

Она определяет цели и направления действий, намечает ряд приоритетных задач, установленных Правительством на средне и долгосрочные периоды, сроки для фармацевтического сектора, формулирует стратегию их достижения, устанавливает рамки, в которых будет координироваться деятельность всех участников фармацевтического сектора как частной, так и государственной формы собственности.

Без такого политического документа невозможно общее видение проблемы, в результате чего разные государственные мероприятия могут носить противоречивый характер из-за

того, что разные цели и степень ответственности определены нечетко.

Национальная лекарственная политика должна быть связана с экономическими и политическими приоритетами государства.

При этом считаю, что в проекте Концепции лекарственной политики РК учесть необходимость:

осуществления систематического мониторинга обеспечения населения лекарственными средствами, включающего оценку доступности основных лекарственных средств на основании сравнения показателей потребности в них по основным нозологиям заболеваний с фактическим потреблением лекарств;

внедрение системы автоматической идентификации на основе глобальных стандартов GS1 для всех лекарственных средств и медицинских изделий и создание единой, интегрированной базы данных для возможности электронного обмена данными и глобальной синхронизации.

Необходимо предусмотреть, что реализация Национальной лекарственной политики будет осуществляться посредством разработанных для решения задач нормативных правовых актов, которые, учитывая ограниченные финансовые возможности страны, должны содержать четкие требования к их выполнению, устанавливать приоритеты в фармацевтическом секторе Казахстана в соответствии с более широкими задачами развития национального здравоохранения.

Должен быть предусмотрен на государственном уровне механизм принятия политических и социально-экономических приоритетов обеспечения населения лекарственными средствами с учетом как национальных особенностей развития, так и международных норм регулирования фармацевтического рынка.

Кроме того, вторым главным рычагом регулирования обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники является государственная регистрация. Согласно нормам статей 63 и 63-1 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» экспертиза лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, а также оценка безопасности и качества лекарственных средств, изделий медицинского назначения, зарегистрированных в Республике Казахстан относятся к государственной монополии и осуществляется республиканским государственным предприятием на праве хозяйственного ведения, являющимся государственной экспертной организацией в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники (далее – ЛС, ИМН и МТ).

Целью деятельности Национального центра экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники (далее – Национальный центр) является обеспечение безопасности, эффективности и качества ЛС, ИМН и МТ, оценка их безопасности и качества зарегистрированных в РК, научные исследования в области фармации, фармакологии.

Ведущая роль в обеспечении контроля лекарственных средств на внутреннем рынке принадлежит государству. Система государственного контроля в Республике Казахстан за оборотом и допуском на рынок лекарственных средств, включающая уполномоченный орган, государственную экспертную организацию, эффективно работает.

Для допуска на рынок безопасных, эффективных и качественных лекарственных средств и медицинских изделий проводится большая работа по совершенствованию проце-

дуры регистрации и экспертизы. Требования к безопасности, эффективности и качеству лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники разрабатываются на основе и с учетом международного опыта. Национальным центром подписаны меморандумы о взаимном сотрудничестве в области обеспечения безопасности, эффективности и качества лекарственных средств с государственными органами и экспертными организациями России, Беларуси и Украины, а также с регуляторными органами Британии, США и Европы – о взаимном сотрудничестве в области обеспечения населения безопасными, эффективными и качественными лекарственными средствами и обмена опытом. Развивается и совершенствуется лабораторная база по проведению испытаний лекарственных средств и изделий медицинского назначения, закупается высокотехнологичное оборудование, внедряются современные методы испытаний.

В проект «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан» был включен Национальный центр в части аккредитации Испытательного центра на соответствие требованиям ISO/17025. В сентябре 2015 года данная программа успешно завершена, Испытательный центр получил аттестат аккредитации Сети Официальных лабораторий Европейского Директората по контролю качества лекарственных средств Совета Европы (EDQM) и является ассоциированным членом Сети Официальных лабораторий, принимал участие в трёх программах профессионального тестирования лабораторий, организованных Европейским Директоратом по качеству. Кроме того, Испытательный центр постоянно подтверждает свою техническую компетентность и квалификацию персонала через участие в программах профессионального тестирования лабораторий, организуемых EDQM и другими международными организациями.

Проводится подготовка токсикологической лаборатории для аудита представителями IAS (США) для аккредитации лаборатории по ISO/IEC 17025 «Общие требования к компетентности и калибровке испытательных лаборато-

рий» в целях проведения испытаний ИМН в соответствии с международными требованиями.

В рамках проекта также осуществлялась поддержка по совершенствованию законодательства Республики Казахстан в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники. В результате были подготовлены проекты по внесению изменений и дополнений в законодательные акты.

В апреле 2015 года были внесены изменения и дополнения в Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» и подзаконные нормативные правовые акты, которые направлены на осуществление мер по доступу населения к безопасным, эффективным и качественным ЛС, ИМН и МТ.

Разделены полномочия государственного органа и государственной экспертной организации в области регистрации ЛС, ИМН и МТ (государственная услуга по регистрации осуществляется Комитетом контроля медицинской и фармацевтической деятельности; экспертиза безопасности, эффективности и качества осуществляется Национальным центром (государственная монополия).

С 2018 года в республике будет введено обязательное внедрение и выполнение надлежащих фармацевтических практик (GxP).

Ведется активная работа по вступлению РК в PIC/S – Международное сотрудничество фармацевтических инспекторов, членство в организации дает следующие преимущества: сокращение объема дублирующих инспекционных проверок со стороны зарубежных инспекторов, экономия затрат на сопровождение инспекций, упрощение выхода отечественных производителей на внешние рынки, снижение нагрузки на национальный инспекторат в отношении проверки зарубежных производителей, упрощение взаимодействия между национальными органами стран-участниц, поддержание взаимного доверия, обмен информацией и опытом, совместное обучение GMP/GDP-инспекторов, гармонизация нормативных требований.

Создание и развитие Государственной фармакопеи РК является основой допуска на

рынок лекарственных средств с надлежащим качеством.

Казахстан является официальным наблюдателем Комиссии Европейской фармакопеи, подписано Соглашение о гармонизации ГФ РК со стандартами Фармакопеи США, позволяющего проводить заимствование ее текстов в национальных монографиях по полному и селективному механизмам, подписано Соглашение с Британским агентством по регулированию обращения лекарственных средств (MHRA), предусматривающее возможность гармонизации ГФ РК со стандартами Британской фармакопеи.

Продолжается реализация этапов гармонизации Казахстанской фармакопеи с Европейской фармакопеей и Фармакопеей США в рамках международной правовой базы, издано 3 тома ГФ РК на государственном и русском языках, продолжается обновление монографий 1 тома ГФ РК.

Особое место в установлении эффективности и безопасности лекарственных средств занимают доклинические и клинические испытания. Основным условием является их проведение по требованиям надлежащих лабораторной и клинической практик (GLP и GCP). В республике имеется достаточное количество хорошо оснащенных медицинских организаций с высококвалифицированным персоналом. Согласно законодательству для получения разрешения на проведение клинических испытаний, медицинские организации должны быть аккредитованы. Порядок аккредитации определен приказом МЗСР РК от 29 июня 2015 года №533 «О внесении изменений в приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 10 марта 2015 года № 127 "Об утверждении Правил аккредитации в области здравоохранения". Одним из условий является наличие обученных специалистов требованиям надлежащей клинической практики. При Национальном центре создан Центр по повышению квалификации и оказанию консультативных услуг, в котором на постоянной основе проводится обучение по надлежащим фармацевтическим практикам; проводятся циклы повышения квалификации, семинары и тренинги по иным, актуальным для национальной системы здраво-

охранения и фармации темам; осуществляется обучение медицинского персонала надлежащей клинической практике.

Одним из важнейших вопросов является пострегистрационный контроль за безопасностью и эффективностью присутствующих на рынке ЛС и МИ путем проведения фармаконадзора и мониторинга побочных действий.

Задачи фармаконадзора – профилактика негативного воздействия на людей нежелательных реакций, связанных с применением зарегистрированных лекарственных препаратов.

Система фармаконадзора в Республике Казахстан начала свое становление около 10 лет назад под эгидой Министерства здравоохранения, Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности, Национального центра экспертизы.

Казахстан является официальным членом программы ВОЗ по мониторингу безопасности лекарственных средств с 2008 года (Уппсала, Швеция). Национальный центр осуществляет сбор, обработку и анализ поступающих карт-сообщений о побочных действиях, периодических отчетов о безопасности лекарственных средств.

Система фармаконадзора и мониторинга побочного действия лекарственных средств в Республике Казахстан будет эффективной, если наряду с организационной деятельностью уполномоченного органа и Национального Центра экспертизы в ней будут активно задействованы и производители, потребители, медицинские работники на всей территории страны.

В настоящее время особое внимание уделяется гармонизации обращения медицинских изделий на основе международных норм, в частности Международного Форума Регуляторов Медицинских Изделий (IMDRF). Обращение медицинских изделий по сравнению с обращением лекарственных средств мало регулировано, имеется множество «белых» пятен в регуляторике. Мы начали работу с Международным Форумом Регуляторов Медицинских Изделий, вступили в Рабочую группу Управляющего Комитета (08 октября 2015 года), подписали Меморандум о взаимопонимании и сотрудничестве и Договор о передаче права доступа и порядке

использования Глобальной международной номенклатурной классификации медицинских изделий с Агентством глобальной международной номенклатуры медицинских изделий (GMDN). Это означает, что в нашей стране будет открыт доступ к одной из самых известных баз данных, что дает возможность планировать оснащение организаций здравоохранения с учетом видов медицинской деятельности, ведения эффективного учета имеющегося оборудования, осуществления контроля качества, эффективности и безопасности, с включением в стандарты и порядок оказания медицинской помощи.

Следующий немаловажный аспект обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники – это борьба с фальсифицированной фармацевтической и медицинской продукцией, которая носит международный характер. В мероприятиях по недопущению производства и распространения фальсифицированной продукции должны участвовать государственные, общественные структуры, производители медицинской продукции, правоохранительные органы. Необходимо создать межведомственную комиссию, разработать стратегию борьбы и противодействию распространения фальсифицированной продукции, совершенствовать законодательную базу.

В 2010 году государства-члены Совета Европы подписали Конвенцию о борьбе с фальсификацией медицинских продуктов и сходными преступлениями, угрожающими здоровью населения. К 2015 году ее подписали более 20 государств. Республика Казахстан намерена подписать данную Конвенцию, но этот процесс затягивается. Необходимо усилить меры ответственности за производство и распространение фальсифицированной медицинской продукции путем внесения изменений в Уголовный Кодекс РК и Кодекс РК Административных правонарушений.

Одним из рычагов борьбы с фальсифицированной продукцией является идентификация фармацевтической продукции.

Национальный центр совместно с Акиматом г. Алматы начал Пилотный проект «Противодействие проникновения контрафактной

медицинской продукции на рынок города Алматы», в рамках которого разработано «Техническое задание по разработке пилотного проекта по внедрению системы автоматической идентификации фармацевтической продукции и ее прослеживаемости в цепи поставок на основе применения международных стандартов и стандартов GS1», привлечены к пилотному проекту производители лекарственных средств, медицинские организации и дистрибьюторы г.Алматы, разработана демоверсия программного обеспечения пилотного проекта.

В настоящее время государственный орган, фармацевтическая общественность готовятся к созданию с 1 января 2016 года общего рынка в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий.

На заседании Совета Евразийской экономической комиссии 23 декабря 2014 года в г.Москве Сторонами подписаны Соглашение о единых принципах и правилах обращения лекарственных средств в рамках Евразийского экономического союза и Соглашение о единых принципах и правилах обращения медицинских изделий в рамках Евразийского экономического союза.

Главной целью Соглашений является установление единых принципов и правил обращения лекарственных средств и медицинских изделий в рамках Союза в целях формирования

общего рынка лекарственных средств в рамках Союза.

Государства-члены формируют общий рынок лекарственных средств и медицинских изделий, соответствующих требованиям, разработанным на основе международных норм.

Создание нормативной основы функционирования общего рынка Союза потребовало больших усилий государств-членов за короткий срок, менее 1,5 лет предстояло разработать 40 нормативных правовых актов. В настоящее время проекты всех нормативных правовых актов проходят различные процедуры согласования.

Общий рынок лекарственных средств и медицинских изделий будет способствовать доступу населения к качественным препаратам, соответствующих требованиям надлежащих фармацевтических практик. Для отечественных производителей расширяется рынок сбыта с возможностью выхода на зарубежные рынки, производство конкурентоспособных лекарственных препаратов и медицинских изделий, соответствующих мировым стандартам.

В целом, необходимо принять Концепцию лекарственной политики Республики Казахстан и нового проекта институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан, синхронизированного с будущей государственной программой развития здравоохранения на 2016-2020 годы «Денсаулық».

РОЛЬ ЛЕКАРСТВЕННОГО ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА В ПРЕДОСТАВЛЕНИИ НЕЗАВИСИМОЙ ИНФОРМАЦИИ О ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВАХ

Макалкина Л.Г.

Руководитель Лекарственного информационно-аналитического центра¹

Жусупова Г.К.

Заместитель руководителя Лекарственного информационно-аналитического центра¹

Есбатырова Л.Г.

*Начальник отдела предоставления информации о лекарственных средствах
Лекарственного информационно-аналитического центра¹*

¹РГП «Республиканский центр развития здравоохранения»
Министерства здравоохранения и социального развития РК

Доступность медицинских работников и населения к независимой объективной информации о лекарственных средствах является важнейшим условием рационального использования лекарственных средств на всех уровнях принятия решений.

В рамках реализации Проекта «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан» и Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, был создан Лекарственный информационно-аналитический центр (далее – ЛИАЦ) в конце 2009 г. с открытием филиальной сети во всех областных центрах и городах Астана, Алматы.

Основной целью деятельности ЛИАЦ является содействие рациональному назначению и использованию лекарственных средств путем развития формулярной системы и обеспечение населения и работников практического здравоохранения объективной и достоверной информацией о лекарственных средствах.

Информационно-аналитические материалы ЛИАЦ предоставляет Министерству здравоохранения и социального развития РК, Управлениям здравоохранения, врачам, фармацевтическим работникам и отдельным гражданам. Так, запросам организаторов здравоохранения за 2010-2015 годы предоставлено 8112 заключений о клинической эффективности лекарственных средств (по сравнению с 2012 годом в 2015 году увеличилось в 9,4 раза), проведен систематический поиск наличия внешних референтных цен на 5338 наименований лекарственных средств и 41 наименования изделий медицинского назначения, проведен анализ 712 лекарственных формуляров.

В рамках исследовательской деятельности ЛИАЦ ежегодно с 2011 года проводит исследование практики назначения лекарственных средств по индикаторам ВОЗ. Исследование проводится во всех регионах Республики Казахстан с охватом не только медицинских, но и аптечных организаций.

Также, в исследование практики назначения лекарственных средств был включен социологический опрос врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, как городских поликлиник, так и районных (сельских), опрос фармацевтических работников розничных аптечных организаций и населения по удовлетворенности системой амбулаторного лекарственного обеспечения. Количество анкетированных составило 4749 врачей и 2244 фармацевтических работников. Результаты в виде отчетов предоставлены в уполномоченный орган.

В 2015 году было проведено исследование во всех регионах Казахстана по экспресс-оценке менеджмента лекарственных средств в медицинских организациях различного профиля (многопрофильные взрослые и детские стационары, поликлиники, перинатальные центры). В результате исследования было выявлено, что работа формулярных комиссий в медицинских организациях в целом проводится на хорошем уровне. Между тем, требуются значительные улучшения в системе использования лекарственных средств, особенно противомикробных препаратов. Результаты исследования предоставлены уполномоченному органу.

На постоянной основе проводятся клинико-экономический анализы расходования бюджетных средств на лекарственные средства, применяемые в рамках ГОБМП. Аналитические отчеты предоставляются заказчиком для принятия решений в отношении использования ЛС. Сотрудники ЛИАЦ входят в состав 61-й формулярных комиссий, в т.ч. Республиканскую формулярную комиссию, в рабочие группы уполномоченного органа и других организаций.

В рамках повышения доступности объективной информации для медицинских работников и населения были разработаны и распространены по всем регионам Казахстана 4 справочника лекарственных средств, применяемых в рамках ГОБМП, 10 методических рекомендаций, 9 лекарственных бюллетеней для специалистов в области здравоохранения и 14 бюллетеней для населения на русском и

государственном языке. Разработаны и распространены 6 листовок и буклет для населения на тему: «О правильном применении лекарственных средств (Как работают лекарства?)».

С 2011 года функционирует официальный сайт ЛИАЦ www.druginfo.kz, на котором представлены все материалы, разработанные ЛИАЦ, обновляющиеся нормативно-правовые акты в области лекарственного обеспечения, информация о лекарственных средствах для медицинских работников и населения, отчеты и бюллетени ВОЗ, статьи и другая полезная информация. Медицинские работники и население могут задать интересующие вопросы в части применения лекарств и правах пациентов на лекарства в рамках ГОБМП в рубрике: «вопрос-ответ», на которые специалисты ЛИАЦ предоставляют полные исчерпывающие ответы.

В конце 2011 года была создана бесплатная Call-линия, на которую можно позвонить со всех уголков Казахстана. За это время поступило 87 892 звонков от населения и медицинских работников. ЛИАЦ ежегодно проводит анализ источников получения информации о ЛИАЦ. При этом было выявлено, что 34% от общего количества обратившегося населения получили информацию из рекламы в общественных местах; 30% из публикаций в СМИ; 21% из рекламы на ТВ и радио; 10% по справочной аптек и 5% опрошенных отметили другие источники информации. Наиболее эффективными источниками получения информации при проведении информационной кампании для населения определены реклама в общественных местах, публикации в СМИ, выступления на ТВ и радио.

В рамках образовательной деятельности сотрудники ЛИАЦ провели 4439 семинара для медицинских работников, всего было обучено 63908 медицинских работника. Ос-

новными направлениями обучающей деятельности явились формулярная система, рациональное применение лекарственных средств, управление использованием лекарственных средств, оценка эффективности использования финансовых средств на лекарственные средства.

Также была проведена широкая информационная кампания для населения о разумном применении лекарственных средств: было размещено 2313 статьи в газетах и журналах, предоставлена информация по телевидению и радио – 1091 выступления, проведена ротация видео- и аудио роликов – 6190 выпуска. С целью повышения «лекарственной грамотности» населения проведено 7836 семинара с 117 540 слушателей. В 2015 году разработан и запущен Проект «Молодежь и Лекарства», в рамках которого проведено 27 двухдневных интерактивных семинаров и опрошено 5214 респондентов.

По результатам работы ЛИАЦ были получены благодарственные письма и почетные грамоты, в частности от Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан и положительные отзывы от населения.

Таким образом, деятельность Лекарственного информационно-аналитического центра за 2010-2015 была направлена на повышение информированности медицинских работников и населения о рациональном использовании лекарственных средств и совершенствование формулярной системы. С целью дальнейшего внедрения принципов рационального использования лекарственных средств необходима поддержка и развитие сети лекарственных информационных центров и создание в перспективе Национального центра рационального использования лекарственных средств.

ELECTRONIC HEALTH STANDARDS DEVELOPMENT APPROACHES IN KAZAKHSTAN: PREMISES AND STRATEGIC OBJECTIVES OF STANDARDIZATION, IMPLEMENTATION OF INTERNATIONAL STANDARDS

Dimitris Kalogeropoulos

International Consultant for standardization of medical information

Аталуы: Қазақстан Республикасындағы электрондық денсаулық сақтау стандарттарының дамуына тәсілдемелер: Стандарттаудың алғышарттарымен стратегиялық мақсаттары, халықаралық стандарттардың қолданылуы.

Авторы: Димитрис Калогеропоулос, медициналық ақпаратты стандарттау жөніндегі халықаралық кеңесші

Түйіндеме: Осы мақала денсаулық сақтау саласындағы ақпараттандыруды стандарттаудағы дамыған елдердің тәсілдемелерін, сондай-ақ Қазақстан Республикасындағы жалпы тәсілдемелерді суреттейді.

Название статьи: Подходы к развитию стандартов электронного здравоохранения в Республике Казахстан: Предпосылки и стратегические цели стандартизации, применение международных стандартов.

Автор: Димитрис Калогеропоулос, международный консультант по стандартизации медицинской информации

Резюме: Данная статья описывает подходы развитых стран в стандартизации информатизации в сфере здравоохранения, а также общие подходы в Республике Казахстан.

Background & project approach

The commonly observed fragmentation in healthcare systems around the world is known to lead to significant inefficiencies and to an overall reduction in attainable services and outcomes quality, for both individual patients and public health. The long envisaged solution in this digital age of medicine, has been the vision of a sharable and interoperable health and medical record: a common for all healthcare agents source of information - clinical, managerial, financial, purchasing or policy-related, regarding the demand for, the process and the outcomes of care, applicable to either particular individuals or groups of patients, and reachable from any device and computer application.

In reality, there are a number of obstacles encountered in attaining the capacity of sharing such information on-demand, including legal and institutional barriers, healthcare systems which are aligned with acute care service-models and are hence by definition fragmented in their operational character, or resistance to change toward collaborative and objectively accountable care. Failing to resolve such matters,

technological advances toward sharable and interoperable health and healthcare information have led to equally fragmented electronic medical records: proprietary, institution-specific computerised records which are referred to as the Electronic Medical Record (EMR).

Although electronic medical reporting has eventually been to a large extent computerised, as is the case for example with centralising electronic referral and discharge notes, a recent OECD country study indicates that the target information sharing capacity is still at a distance, and that the data required for performance evaluation and reform planning are still hard to get. Some financial and services purchasing functions are also digitised, however, the financial management capacities are still hospital-centric, with the burden carried by and impacting social health insurance funds.

For longer than the past decade, attempts to reach the aforementioned, desirable, digital capacity in healthcare system reform and support, have been focusing on producing various ad hoc technological solutions to adjoin the ever growing number of EMRs in order to enact the promised

benefits for healthcare: integrated, equitable, patient-centred care with improved access models and streamlined service delivery channels. However, the vision of on-demand sharable and interoperable health information is underserved by such an approach and has resulted in an equally troubling fragmentation and duplication in digital medical records of all kinds, together with the consequent increase in administrative burden. In short, a vicious circle of expectations is created, with fragmentation in the healthcare system leading to fragmented electronic records, which in turn further accentuate the fragmented service delivery model in the healthcare system.

From both the perspectives of the health system and eHealth, what is foremost required is a transition from the observation, diagnosis, treatment and policy on disease, to a unified, collaborative system, bringing together, coordinating and supporting all activity related to the observation, diagnosis, treatment and policy on the health of individuals. This is essentially a transition to a system which is patient-centred. With it, there is shift or reform of the entirety of known practices in financing, monitoring and evaluating healthcare system performance. Appropriately modelled and aligned eHealth enables this shift almost singlehandedly, by establishing and promoting a systematic policy and sector development background based on collaborative information sharing, by delivering additional, enabling capacity, for the effective and efficient collaboration of healthcare agents, and, against which, technological innovations and markets in the health sector emerge and foster. And this has been the fundamental principle on which eHealth development has rested in the Republic of Kazakhstan for the past few years.

Having identified the need to establish an institutional memory which transcends all health institutions at all levels of care, and serves all available policy instruments, a single, interoperable, multipurpose, and reusable Electronic Health Record (EHR), which integrates the multitude of clinical process into systematically supported care goals, has been identified as the most critical step in eHealth development in the Republic of Kazakhstan.

The natural question is why is it taking so long? The answer is that, by contrast to the simple yet failed approach to provide national access to a repository of EMRs, the development of such an EHR involves a synthetic design process, which starts with the alignment of conceptual models of eHealth systems with patient-centred service delivery and coordination models, and vice-versa. The resulting complexity and plethora of prerequisites, conditionalities and requirements, calls for a comprehensive and systematic approach, based on a distribution of efforts and an asynchronous, but coordinated development cycle. And such a cycle can only be productively sustained as part of a standardisation and regulatory framework development process for eHealth.

The goal of this process in the Republic of Kazakhstan has been to create an effective, flexible and responsive network of healthcare professionals and other agents, operating on the basis of an enabling virtual system of health care and management, which renders all agents instantly interoperable through information sharing. This is the goal of the EHR.

Standardisation goals & arrangements achieved

The adoption of standards and regulation is considered a key priority by all countries with long standing investments in eHealth. Nonetheless, progress in this respect is rather slow in most. There are conflicting priorities amongst stakeholders and a need for new models for the organisation of the healthcare system. And these need to be embraced by all stakeholders and assimilated by the health system in accordance to the regulatory framework which the adopted standards introduce. These are the very same processes that standardisation and regulatory framework development aims to support: the process of interoperable services enablement, leading to sustainable, coordinated, legalised, secure and policy-aligned technology transfer.

Toward this goal, the project established a well-founded, systematic, phased standardisation process, adopting international standards at the foundation and building-up a national regulatory framework which takes into design the national

reform and sector development priorities and overall strategic plan. An extensive and elaborate capacity building programme has been supporting this process all along. Furthermore, institutional arrangements at the level of the Ministry and the Republican Centre for Health Development have been made and new structures have taken on the ownership and stewardship of the process.

Interoperability

Objectives

The most fundamental objective of the standardisation process is delivering non-interrupted, ubiquitous, strong, and seamless interoperability of eHealth systems and actors. Concurrently, effective collaboration across actor groups requires a rich semantic capacity within eHealth systems and a matching yield in decision-supporting information. Shared data must be reliable and readily actionable with respect to the clinical process information they convey to the collaborating recipient. Under such conditions, data are clinically safe, safe for policy decision-making, and reusable by any interested party. And to achieve such conditions it is necessary to 1) align eHealth organisation with health system organisation, leading to organisational interoperability 2) introduce interoperable structures in the role of short- and long-term institutional memory, and 3) to introduce classification standards for clinical data capture within the interoperable structures that may adequately capture the intended semantics, leading to interoperable data. The three levels of interoperability are nested within the adopted EN13940 standard, supporting continuity of care and integrated care, and implementing well-defined, formalised structures, which reflect the way in which clinicians and the healthcare system at large interpret the data gathered in the process of care to produce decision-supporting information. By preserving the formal semantics used by clinicians in the process of acquiring diagnostic data and selecting therapy, the EHR is capable of delivery reliable mechanisms to support longitudinal and integrated care, meaning care process which are fulfilled across the time continuum and across organisational boundaries and levels of care.

Finally, interoperable data means reusable data and reusability eliminates data duplication and further strengthens the clinical and decision-supporting safety of data. Furthermore, achieving true and seamless interoperability through standards implementation, shall enable an open-market and decentralised development environment for eHealth, in relation to the multitude of third-party systems which collaborate with the EHR.

Levels of structural interoperability

At the heart of this multilevel implementation of interoperability lies the layered implementation of data structures which mirror the nested nature of clinical context. The highest level is the patient, further down the hierarchy lies the various health issues which underpin the causal phenomena diagnosed at the level of specialist care. Finally, there is the level of disease and the level of disease complications. This structural organisation enables the study of disease progression, comorbidity and complication, the collaboration of multiple healthcare agents addressing chronic disease and programmes of care, reinforces prevention and preventive measures, and enables patient-centred care. With it all, a multidimensional taxonomy is created in the form of longitudinally arranged snapshots of care, fully documented in terms of the clinical context for the provision of care, the treatment provided and services rendered, and the clinical and financial outcomes in multilevel episodic care.

Data interoperability

At the bottom of the clinical process capture taxonomy, appropriate international classification systems have been evaluated and adopted per each requirement stemming from the adopted organisational model. Since interoperability needs highly standardised and reusable structures, effective means have to be implemented to convey to the interested collaborator a rich enough message as to the clinical picture the data intends to form. Standards are being designed and developed to reach this target; specifically to implement 1) a classification system for the process of primary care in the form of ICPC-2, such as

needed to capture health problem abstractions at a level which may enable nesting within the generalised problem classifiers, specific diseases and comorbidities; 2) classification systems to capture data on the diagnostic and intervention procedures carried out, and drugs administered, with enough granularity to form the clinical picture effectively but without overloading the semantic message with unnecessary data which reduce the quality of information carried.

Phased development

Two phases of standardisation have been implemented, proceeding from concepts and organisational semantics toward the bottom layers of the taxonomy and data classification standards. A third phase of standardisation is planned to introduce such standards and implement as part of the EHR.

Sustainability

The adoption of standards to deliver and promote organisational and semantic interoperability is conformant with the WHO strategy framework for eHealth development as a critical step toward the viability and sustainability of eHealth systems. The most important factors influencing sustainability and supported by the standardisation process, are:

Health sector goals are served directly and effectively by made investments;

eHealth policy is constantly aligned with sector policy, with flexibility and responsiveness;

Data is reliable and accurate;

All healthcare agents, including computer systems, may reliably use the same data, collected once for any purpose, without any processing or modification; hence actionable data are readily available without administrative or financial burden;

Incremental eHealth design, development, implementation and assimilation is enabled.

Alignment with health sector policy and strategy

By contrast to technical specifications aiming to define the functions and components of software systems which are perceived as data collection and processing tools, the eHealth standards which are being developed formulate and regulate the healthcare system based on

adopted policies and strategies. By doing so, processes and roles become clearly defined and commonly agreed, hence sector development and governance goals and needs are best served, and collaboration toward these goals is promoted and strengthened. Thus healthcare policies and needs are directly aligned with eHealth policies and means.

Securing legal and regulated access to confidential health information

Without the establishment of a well-defined and regulated care mandate management mechanism, incorporated into eHealth systems and their operation, the transition from the paper-based to a paper-less healthcare system cannot be enacted with the safety and legality required. Even during a transition period where medical reporting is based on both means, provider collaboration per the continuous and integrated care service model requirement, relies on such a mechanism entirely, once interoperability has been achieved. The adoption of an enabling standard at national level ensures this capacity for eHealth systems through a dedicated chapter for eHealth regulation. In fact it delivers a solid foundation for the negotiation and achievement of consensus amongst stakeholders on matters relating to the privacy and security of patient information and therefore also further strengthens trust and the adoption process for eHealth— hence sustainability.

Building consensus on strategy and regulation - promoting eHealth adoption

One of the main obstacles encountered in the development of eHealth is reaching consensus amongst the multitude of stakeholders involved, as to the vision, strategy for the task at hand and the priorities from the perspective of each.

For this reason, a substantial part of an eHealth strategy development framework should and has been dedicated to the establishment of organisational interoperability; that is, reaching a state where each stakeholder is aware of their particular role in eHealth operations and the role each hold in a national vision for eHealth. As with any negotiation process, a number of fixed reference points must be established. And this is a very important contribution of standards in the

development of eHealth: the necessary consensus of stakeholders involved is greatly facilitated by the proposals put forward and expressed via the standardisation process.

At the same time, the adoption of standards is a process and this process can be lengthy, aiming to systematically align all other variables and to eventually bring the standard to a measure which fits each national healthcare system, its readiness and its capacity to go electronic, including an alignment of training on the standard to incorporate in a regulatory framework for eHealth. In this respect, the organisational, semantic and data interoperability standardisation which was proposed and subsequently adopted is not an absolute rule of law which forces national environments into a straightjacket; this would clearly be counterproductive. The standardisation process should and has been functioning primarily as a negotiation protocol based on which stakeholders' perspectives converge using same concepts and terminology for the organisation of thought, in order to achieve consensus along key chapters and formulate a regulatory framework for eHealth. Key chapters for the negotiation of roles in the regulation of eHealth, and the negotiation of the semantics and processes by which data are collected and shared, are:

Actors with responsibility in healthcare;

Health Issues and their management using standardised data sets;

Situations in healthcare and their electronic representation;

Processes in healthcare, including care standardisation and planning;

Organisation of Healthcare Activity per episodes of care at different levels of care;

Responsibility in healthcare and the regulation of responsibility using electronic means.

Applied standardisation, regulation and policy framework- strategic objectives

A framework for standardisation, regulation and policy in eHealth was drafted early in the project to ensure objectives and targets are met in time. This framework constitutes a number of design features for eHealth, features which are considered priorities in the process of eHealth

development and adoption; more specifically comprising:

Enablers,

Implementation targets, and

Adoption targets with adoption results.

Implementation targets are considered to be features of an operational architecture design for eHealth. Rather than addressing databases and connectivity issues, such features are concerned with agents of the healthcare system (human resources, systems, institutions and regulation) and their operational organisation. The development and adoption of eHealth should aim to align its goals and methods with these design elements and, through implementation, support each of the desired and targeted qualities; namely, to empower primary care, to empower continuity in care, to enact provider collaboration across institutional barriers, and to thereby enable access to primary care. These are steps of a cyclical development and reform process, aimed at aligning planning, distribution, support and evaluation systems and policies with evolving health sector development needs. The alignment of the systems and operations is termed enablement. The alignment of policies is termed adoption and is measured in terms of the results which may be observed and used to align, integrate, and optimise policies and once more the eHealth systems themselves. Finally, two concurrent continuous improvement cycles are enabled through this eHealth policy and development framework: the improvement of the implementation targets and the improvement of enablers and eHealth adoption indicators.

Implementation Targets

Empower and support the role & benefits of primary care

Enable care systems integration

Strengthen the access to primary care

Enablement

Care interoperability standards

Crossing legal and institutional barriers

Aligning healthcare with eHealth system

Outcome Targets

Engage the patient

Deliver actionable data

Integrate information flows into a

dynamic health registry

Enable responsive measurement and feedback

International situational analysis

The majority of countries with significant eHealth programmes consider the EHR a key interoperability achievement;

Progress in the adoption of the EHR is slow, albeit in some countries more systematic;

Approaches and strategies vary, however the key elements and priorities are same;

The EHR is no more a technological issue, but one of aligning eHealth expectations and development actions with health sector organisation reform equivalents;

The adoption of standards and implementing regulation is widely perceived as a strong stimulus toward full participation of health care providers in a national EHR system;

In addition to regulation development, countries progressively formulate financial

incentive schemes to strengthen the digitisation process for electronic reporting and collaboration; Although the health information infrastructure growth rate is accelerating and becoming more capable of supporting monitoring and research, countries continue to assess this capacity in terms of their technical capacity to undertake data linkage studies for the purpose of healthcare quality monitoring;

Most countries continue to be concerned with the quality and reliability of the data used for monitoring & analysis;

Some countries have halted their eHealth programmes to prioritise various enablement actions, including the realignment of their health systems toward new patient-centred service models;

The older their eHealth programmes, the higher the degree of fragmentation and resistance to change.

ПЛАН МЕРОПРИЯТИЙ ПО РАЗВИТИЮ ЭЛЕКТРОННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА 2016-2020 ГОДЫ: ОСНОВНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ, ПРЕДЛАГАЕМЫЕ К РЕАЛИЗАЦИИ В ПЕРИОД С 2016 ПО 2020 ГОДЫ, В ТОМ ЧИСЛЕ В РАМКАХ ПРОДЛЕНИЯ КОМПОНЕНТА D

Спатаев Е.М.

Координатор компонента D

Группы поддержки реализации проекта

Аталуы: 2016-2020 жылдар аралығында іске асыру үшін ұсынылатын негізгі шаралар, соның ішінде D компонентінің ұзарту шеңберінде.

Авторы: Е.М. Спатаев, «Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау секторындағы технологияларды беру және институционалдық реформа» жобасының D компонентінің үйлестірушісі.

Түйіндемесі: Соңғы жылдар аралығында, 2020 жылға дейінгі ҚР электрондық денсаулық сақтау дамуының тұжырымдамасын іске асыру жүргізілуде. Бұл мақалада негізгі жетістіктер мен 2020 жылға дейінгі іс-шаралар жоспары туралы анықтама береді.

Title: The action plan for the e-health development for the period of 2016-2020: The main activities, proposed for implementation during the 2016-2020 period, including the actions within the framework of component D extension.

Author: Y.M. Spatayev, component D coordinator of the “Technology transfer and institutional reform in the health sector of the Republic of Kazakhstan” project.

Abstract: In recent years, the realization process of the Conception of e-health development in the Republic of Kazakhstan has been carried out. The article describes key achievements and provides information on the action plan for the 2016-2020 period.

В рамках реализации компонента D проекта «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан» в 2013 году была разработана и утверждена Приказом МЗ РК «Концепция развития электронного здравоохранения Республики Казахстан на 2013-2020 годы» (далее – Концепция ЭЗРК). Видение развития электронного здравоохранения Республики Казахстан гласит, что к 2020 году реализация электронного здравоохранения РК должна обеспечить возможность автоматизированного получения своевременной, актуальной, достоверной, и достаточной информации, обеспечивающей безопасную, справедливую, качественную и устойчивую систему здравоохранения, ориентированную на потребности пациента.

Ключевыми принципами реализации Концепции являются децентрализация и демополизация развития. Данный подход будет обеспечиваться путем широкого вовлечения заинтересованных сторон в процессы развития электронного здравоохранения и создания стандартов электронного здравоохранения обеспечивающих формирование единого информационного пространства здравоохранения.

В течение 2013-2015 гг. был разработан и утвержден ключевой набор стандартов, включающий стандарты Электронного паспорта здоровья, Электронной медицинской записи, идентификации единиц здравоохранения, нормализации справочников и собираемых медицинских данных, а так же требования к фундаментальным сервисам системы здравоохранения: электронным рецептам, электронной профилактике, электронным направлениям, регулированию документации по диагностическим и лечебным процедурам. Тем самым была подготовлена методологическая база для реализации и внедрения электронного паспорта здоровья, как центрального элемента электронного здравоохранения, призванного обеспечить эффективную и действенную среду взаимодействия поставщиков медицинской помощи, интегрирующую их цели и предоставляемые услуги, и ведущую,

тем самым, к внедрению пациенто-ориентированных и основанных на доказательствах политик и методов управления сектором здравоохранения как на уровне поставщиков, так и на национальном уровне.

В течение периода с 2016 по 2020 гг. предлагается обеспечить реализацию видения Концепции ЭЗРК путем внедрения уже разработанных и предлагаемых к разработке стандартов электронного здравоохранения в соответствующих информационных системах. Конечной целью предлагаемого плана мероприятий является реализация, распространение и широкое использование ЭПЗ на территории Республики Казахстан. Достижение конечной цели предполагается осуществить в рамках следующих задач:

1. Дальнейшее развитие и реализация стандартов и НПА;
2. Поддержка процесса реализации платформы ЭПЗ;
3. Поддержка принятия ЭПЗ поставщиками медицинских услуг, посредством сертификации и обучения;
4. Обеспечение повышения потенциала для компетентного и эффективного внедрения новых методов и инструментов медицинской информатики;
5. Дальнейшее развитие институциональных механизмов, требуемое для устойчивого будущего электронного здравоохранения Республики Казахстан.

В рамках Задачи 1 в краткосрочной перспективе планируется осуществить разработку и утверждение стандартов по классификации результатов, идентификации лекарственных средств и изделий медицинского назначения, детализированного стандарта по электронной профилактике заболеваний. Кроме того в этот период предлагается осуществить адаптацию для применения в Казахстане международного справочника медицинской терминологии SNOMED-CT, справочника медицинских услуг и манипуляций МКБ-10 PCS, справочника лабораторных услуг LOINC, международного классификатора ПМСП (ICPC-2). По результатам адаптации указанных международных классификаторов, будет осуществлено карти-

рование их к тарификатору медицинских услуг и классификатору МКБ-10, используемым в Республике Казахстан. Применение международных классификаторов обеспечит необходимый уровень детализации клинической информации, облегчит анализ и обработку собираемых данных.

В среднесрочной перспективе планируется разработка стандарта регистров здоровья и здравоохранения, обеспечивающего повторное использование информации собираемой в ЭПЗ для целей статистики и аналитики, а также стандарта по регулированию электронной медицинской отчетности, обеспечивающий постепенный переход к безбумажному ведению медицинской информации. Так же будут разработаны стандарты и НПА необходимые для реализации национального электронного каталога услуг и ресурсов здравоохранения, а также для регистрации медицинских организаций и ресурсов. Электронный каталог услуг и ресурсов здравоохранения будет реализован в виде глобального справочника включающего в себя всех поставщиков медицинских услуг с указанием имеющихся мощностей и разновидностей медицинской техники и соответствующим списком оказываемых медицинских услуг.

В течение 2016-2020 гг. будет обеспечены мероприятия по практической реализации на национальном уровне ранее разработанных стандартов и стандартов, предлагаемых к разработке в краткосрочном периоде в информационных системах здравоохранения.

В рамках задачи 2, в течение 2016-2017 гг. будет осуществляться поддержка, мониторинг и оценка реализации Платформы ЭПЗ для обеспечения соответствия принятым стандартам и НПА.

Платформа позволит обеспечить интеграцию информационных систем Министерства здравоохранения и социального развития РК с локальными информационными системами медицинских организаций на основе интеграционной шины, единых стандартов, справочников, классификаторов и регистров. Платформа обеспечивает внедрение электронных паспортов здоровья для всех граж-

дан республики, личного кабинета пациента и работника здравоохранения, единого хранилища данных здравоохранения. В результате внедрения Платформы будет создано единое информационное пространство электронного здравоохранения, при этом и медицинские работники и пациенты смогут получить доступ к необходимым данным о здоровье, независимо от места оказания медицинской помощи. Единые сервисы электронных направлений и электронных рецептов позволят обеспечить повышение доступности медицинской помощи. Информация, собираемая в электронном паспорте здоровья, обеспечит содействие в принятии клинических решений, преемственность в оказании медицинской помощи конкретному пациенту между организациями здравоохранения, повышение качества медицинской помощи и снижение числа медицинских ошибок.

Комплексная информация о здоровье пациентов, собираемая в ЭПЗ, позволит осуществлять комплексный анализ затрат и расходования ресурсов системы здравоохранения в условиях внедрения системы социального медицинского страхования, а также предоставит необходимые данные для эпидемиологических исследований, выявления факторов риска и причинно-следственных связей распространения неинфекционных заболеваний. В рамках задачи 3 будет осуществлен пилотный проект по внедрению и обеспечению интеграции с ЭПЗ сторонних медицинских информационных систем в 10 организациях здравоохранения РК. На основе результатов этого пилотного проекта, будут сформированы детальные требования к обмену данными с Платформой ЭПЗ, что станет отправной точкой для начала сертификации сторонних систем на требования интероперабельности. Будет осуществлен пилотный запуск и оценка личного кабинета пациента, который позволит обеспечить вовлечение граждан в процесс охраны собственного здоровья посредством информирования о рисках для здоровья и необходимости проведения профилактических процедур. Данная мера также обеспечивает дополнительный стимул для поставщиков

медицинской помощи к ведению ЭПЗ. Дополнительными мероприятиями в рамках данной задачи могут быть интеграция приложений телемедицины и мобильного здравоохранения с ЭПЗ.

В рамках задачи 4 планируется проведение обширных обучающих мероприятий, призванных привить новые методы сбора данных, включая использование обновленного и расширенного спектра классификаторов. По мере внедрения новых информационных инструментов, будет осуществляться обучение и тренинги для пользователей информационных систем, медицинских работников и менеджеров, по вопросам связанным с управлением данными, анализу и поддержке принятия решений. Будет обеспечена реализация программы повышения потенциала для ИТ специалистов, вовлеченных в развитие и поддержку систем электронного здравоохранения. На постоянной основе будет осуществляться мероприятия по оценке результатов проведенного обучения.

В рамках реализации задачи 5, будет осуществлена оценка потребностей, подготовка плана для дальнейшего развития институциональных структур, а также создания и

усиления новых структур. С этой целью будет осуществлен анализ пробелов (gap-analysis) и подготовка соответствующих рекомендаций. Кроме того в рамках этой задачи должен быть решен вопрос создания и реализации устойчивого механизма финансирования электронного здравоохранения. Предлагается проведение анализа международного опыта по реализации финансовых механизмов обеспечивающих поддержку развития электронного здравоохранения, выбор и оценка модели наиболее подходящей для Казахстана и ее реализация путем разработки и принятия соответствующих нормативных правовых документов.

Результатом реализации перечисленных задач будет формирование системы электронного здравоохранения, обеспечивающей поддержку принятия клинических, управленческих и политических решений, ориентированных на моделирование эффективной системы предоставления медицинской помощи, сфокусированной на пациента. Будет обеспечена информационная поддержка процессам усиления функций и роли первичной медико-санитарной помощи, а так же процессу внедрения программ управления заболеваниями.

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ЭЛЕКТРОННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ОБЗОР, ЦЕЛИ, ДОСТИГНУТЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Нургалиева Ж.Т.

Начальник отдела по стандартизации электронного здравоохранения

РГП «Республиканский центр развития здравоохранения»

Министерства здравоохранения и социального развития РК

Аталуы: Электрондық денсаулық сақтау стандартизациялауы: шолу, мақсаттар, жетістіктер.

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

Түйіндеме: Қазақстан Республикасының электронды денсаулық сақтауды дамытудың тұжырымдамасына сәйкес 2020 жылға дейін бірыңғай стандарттар мен жіктеуіштерді қолдану есебінен интероперабельді кеңістік қалыптасуы тиіс. Мақалада осы бағыттағы 2013-2015 жылдар аралығындағы жүргізілген жұмысқа шолу ұсынылған.

Title: Standardization of e-health: overview, objectives, and achieved results.

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

Abstract: According to the Conception of e-Health development of the Republic of Kazakhstan, interoperable environment is to be formed by 2020 through the use of uniform standards and classifications. The article provides an overview of the conducted work in this direction for the period of 2013-2015.

Одним из ключевых достижений, приведенных в Концепции развития электронного здравоохранения Республики Казахстан на 2013-2020 годы, в отношении стандартизации электронного здравоохранения, является следующее: «1.7.7. Достижение 7 – Пространство Электронного здравоохранения Республики Казахстан интероперабельно во всех аспектах и позволяет участникам электронного здравоохранения предоставлять качественные и эффективные медицинские услуги» [1].

С целью реализации данного направления деятельности, в рамках проекта «Передача технологий и проведение институциональной реформы в системе здравоохранения» (далее – Проект) был выработан перечень базовых стандартов, который позволил бы начать работу по выстраиванию электронного паспорта здоровья.

В данный перечень включены, в первую очередь, стандарты Электронного паспорта здоровья и Электронной медицинской записи, основанные на международном стандарте CEN EN 13940 «Информатика в здравоохранении – Система понятий обеспечивающих непрерывность оказания медицинской помощи». Данный стандарт должен обеспечить создание универсальной информационной модели, посредством динамической структуры объектов, которые позволят сформировать мобильную систему, где хранятся объекты данных, а не документы. Второй группой базовых стандартов определены идентификаторы действующих сторон здравоохранения, которыми являются пациент, медицинский работник и медицинская организация. Третьей группой стали основные национальные и международные классификаторы, как основной инструмент семантической интероперабельности. Четвертая группа базовых стандартов делилась на стандарты, обеспечивающие семантическую интероперабельность, согласно EN 13940, и технические стандарты, в соответствии со стандартами HL7, версии 3, а также стандарт, который будет регламентировать информационную безопасность.

Для реализации поставленных задач, были созданы основные институциональные структуры, одной из которых стал отдел по стандартизации электронного здравоохранения, в составе «Республиканского центра развития здравоохранения» МЗСР РК. За время существования нашего структурного подразделения были выстроены 3 направления работы по стандартизации:

1. Адаптация международных стандартов (принятие отраслевых стандартов в области информатизации), согласно базовому набору стандартов и краткосрочному плану по стандартизации электронного здравоохранения;

2. Национальная стандартизация в области электронного здравоохранения (деятельность ТК 83 КТРМ МИР РК);

3. Учетная регистрация международных стандартов в области электронного здравоохранения для применения на территории Республики Казахстан.

В рамках первого направления работы, процесс стандартизации условно разделили на 3 этапа. Период 2013 – 2014 годы назвали «создание модели электронного паспорта здоровья», куда вошел первый базовый набор стандартов, утвержденный 75 и 210 приказами [2,3], а также определены первые классификаторы. Поскольку не было компетенции на разработку стандартов в области электронного здравоохранения, стандарты были приняты в виде стандартных требований и регламентов.

Период 2015-2016 годы направлен на определение функционала электронного паспорта здоровья, куда входят процессы оказания медицинской помощи, а также определение дополнительных классификаторов для их поддержки. За 2015 год разработано 7 стандартов, и определено 10 основных классификаторов.

Третьим этапом, условно обозначено развитие функционала электронного паспорта здоровья и важно понимать, что данный процесс является циклическим (Рис.1).



Рис. 1 – Этапы отраслевой стандартизации по созданию и развитию электронного паспорта здоровья

Адаптация международных стандартов (принятие отраслевых стандартов в области информатизации)

Стандарты, утвержденные в 2014 году, соответствует набору стандартов, предложенных к утверждению международными консультантами Проекта [2].

Стандартные требования к электронному паспорту здоровья определяют подходы к формированию ЭПЗ, обеспечивающие сбор всей ключевой информации о здоровье человека и оказываемой ему медицинской помощи независимо от времени и места оказания медицинских услуг; описывает требования к консолидации и структурированию данных, позволяющих сохранить клинический контекст. Определяет врача ПМСП модератором ЭПЗ конкретного человека. Описывает жизненный цикл электронного паспорта здоровья от создания до архивации. Стандартные требования к электронной медицинской записи определяют требования к информации, формируемой за пределами первичной медико-санитарной помощи, для формирования минимального набора данных для предоставления в ЭПЗ.

Требования к идентификации пациентов, медицинских организаций и медицинских работников определены в стандартных требованиях к идентификации действующих сторон здравоохранения.

Также два оставшихся регламента являются техническими и разработаны для определений требований к взаимодействию (передаче сообщений) с информационными системами электронного здравоохранения, электронными документами и медицинскими изображениями, а также определению требований к информационной безопасности. Стандартные требования к взаимодействию основаны на стандартах HL7 (HL7 v3, CDA R2) [4] и DICOM [5]. Посредством внедрения этих требований обеспечивается возможность взаимодействия систем, не имеющих идентичной архитектуры или внутреннего представления хранящихся данных, другими словами будет не важно в какой информационной системе сформированы медицинские данные, главное чтобы они были структурированы соответственно и переданы в удобочитаемом формате. Регламент по обеспечению информационной безопасности устанавливает основные требования для обеспечения конфиденциальности персональных медицинских данных в процессах электронного здравоохранения, разграничению прав доступа к электронным информационным ресурсам, содержащим персональные медицинские данные, а также порядок работы и взаимодействия ответственных лиц по защите информации.

Вторым приказом в 2014 году были утверждены требования к реализации элек-

тронных направлений в модели ЭПЗ и взаимосвязанных с ним сервисах, регламент взаимодействия заинтересованных сторон с целью обеспечения интероперабельности информационных систем и управления информационными потоками, который определяет операционную архитектуру и принципы для регулирования взаимодействия электронного паспорта здоровья с внешними информационными системами (национальными или сторонними) для реализации процессов электронного здравоохранения. Также этим же приказом определены требования к единому классификатору лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники и классификатор лабораторных исследований, который определяет формат полей для внесения результатов лабораторных исследований в соответствии с классификацией тарификатора медицинских услуг.

В 2015 году проведена разработка и утверждение стандартов основных клинических процессов электронного здравоохранения, которые утверждены Приказом МЗСР РК от 20 июля 2015 года № 600 «Об утверждении стандартов информатизации здравоохранения» [4] (изменениями и дополнениями, в Кодекс о здоровье народа и системе здравоохранения Законом Республики Казахстан от 6 апреля 2015 года № 299-V ЗРК, добавлена компетенция по разработке стандартов информатизации в области здравоохранения). К ним относятся стандарт по регулированию ведения рецептов в электронном формате, который определяет порядок работы сервиса электронных рецептов, определяет минимальный объем информации для осуществления выписки рецепта, реализации лекарственного средства и изделий медицинского назначения по рецепту, уведомления о выдаче лекарственных средств и изделий медицинского назначения; стандарт по управлению электронными процессами диагностических исследований и лечебных процедур, который регулирует сбор клинических данных, электронных направлений на диагностические исследования и лечебные процедуры, а также определяет классификаторы и идентификаторы для нор-

мализации клинических данных в процессе направления на медицинские услуги и получения результатов диагностических исследований посредством ЭПЗ; стандарт по регулированию электронной профилактики как деятельность, осуществляемая с помощью электронного паспорта здоровья (далее - ЭПЗ), которая обеспечивает планирование, выполнение и регистрацию первичных, вторичных и третичных профилактических медицинских услуг в отношении пациента.

Национальная стандартизация в области электронного здравоохранения (деятельность ТК 83 КТРМ МИР РК)

Деятельность Технического комитета 83 – электронное здравоохранение [6], полностью регламентировано законодательством Республики Казахстан в сфере технического регулирования. Работы по данному направлению проводятся в соответствии с планом работы ТК на 2014-2015 годы. Результатами работы должны стать утвержденные до конца 2015 года предварительные национальные стандарты (далее - ПНС) Электронный паспорт здоровья (Часть 1) и Электронная медицинская запись (Часть 2). Данные проекты разработаны в соответствии с СТ РК 1.2 [7] и СТ РК 1.5 [8] и основаны на стандартных требованиях к электронному паспорту здоровья и стандартных требованиях к электронной медицинской записи. Проекты согласованы с медицинскими организациями, компетентными государственными органами, также с акиматами. Проведена экспертиза разработанных стандартов уполномоченной организацией по стандартизации и на сегодняшний день, проекты стандартов готовы к утверждению на заседании ТК 83.

Учетная регистрация международных стандартов в области электронного здравоохранения для применения на территории Республики Казахстан

Для возможности легитимного применения международных стандартов электронного здравоохранения проводится процедура учетной регистрации [9]. По данному направлению проведена процедура учета для двух международных стандартов. Первым стал

наш основной международный стандарт CEN EN 13940 «Информатика в здравоохранении – Система понятий обеспечивающих непрерывность оказания медицинской помощи», разработанный Европейским комитетом по стандартизации (CEN). Вторым стал международный стандарт 27932 «Архитектура клинических документов, Релиз 2.0» (CDA R2) группы стандартов HL7 версии 3, также утвержденный международной организацией по стандартизации ISO [4]. Это стандарт, который определяет структуру и семантику «клинических документов» в целях обмена данными. Документ CDA является определенным и полным информационным объектом, который может включать текст, изображения, звуки и другое мультимедийное содержание.

Таким образом, работа по стандартизации электронного здравоохранения достаточно разнообразна, но однозначно ее предназначение привести к интероперабельному во всех смыслах пространству электронного здравоохранения, где пациент – ключевая фигура, для которого работает система здравоохранения за счет:

- непрерывности медицинской помощи (обмен информацией между различными

медицинскими организациями, оказывающими помощь);

- безопасности пациентов (своевременного доступ к медицинской информации обеспечит снижение риска причинения вреда состоянию здоровья пациентов);

- доступности медицинской помощи (равный доступ к медицинским услугам за счет оптимизации процессов записи и приема пациентов, оптимальной загрузки и распределения ресурсов);

- вовлеченности пациентов (вовлечение к участию в процессе лечения посредством Личного кабинета).

В свою очередь система здравоохранения получит прямой экономический эффект от внедрения электронного паспорта здоровья, как снижение затрат на интеграцию за счет совместимости различных информационных систем с другими аналогичными продуктами работающими по единым стандартам обмена клиническими и административными данными, а также снижение затрат на оказание медицинских услуг за счет достижения прозрачности расходов и распределения лекарственных средств, изделий медицинского назначения.



