

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІНІҢ
«ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫ ДАМУ РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ»
ШАРУАШЫЛЫҚ ЖҮРГІЗУ ҚҰҚЫҒЫНДАҒЫ РЕСПУБЛИКАЛЫҚ
МЕМЛЕКЕТТІК КӘСІПОРЫНЫ



Желтоқсан 2012, № 4 (5), II том

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау

МЕНЕДЖЕРІ МЕНЕДЖЕР

здравоохранения Республики Казахстан



Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау
МЕНЕДЖЕРІ
МЕНЕДЖЕР
здравоохранения Республики Казахстан



Журналдың аты:

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау менеджері

Бас редактор:

Кульжанов М.К.

Редакциялық кеңес:

Ақанов А.А., Байгенжин А.К.,
Байжүнісов Ә.А., Біртанов Е.А., Егеубаева С.А.,
Ерғалиев Қ.А., Ермекбаев К.К., Ибраев С.Е.,
Ковач Л., Кучеренко В.З., Омаров Қ.Т.,
Рахыпбеков Т.К., Телеуов М.Қ., Шарман А.Т.,
Шоранов М.Е.

Редакциялық коллегия:

Ахимова А.Д., Бейсенбекова Г.К.,
Букебаев А.А. Исатаева Н.М., Каптагаева А.К.,
Қасқырбаева Д.М., Койков В.В., Костюк А.В.,
Мақашев Д.М., Ниткалиев К.У., Оспанова Ж.О

Техникалық топ:

Азербайбаева А.Ж., Березин С.С., Есполова Г.Д.

Меншік иесі:

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

Жазылу индексі:

74608

Мерзімділігі:

жарты жылда 2 рет

Таралымы:

500 дана

Құрылтайшылары:

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

Редакцияның мекен-жайы:

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

Баспахана мекен-жайы:

"Чернобыль - мүгедектер одағы"
Астана қ., К. Бәйсеитова к-сі, 114/2,
тел. 28 99 21

**Жарияланатын мәліметтердегі
ақпараттардың нақтылығы, авторлардың
жауапкершілігінде**

Наименование журнала:

Менеджер здравоохранения
Республики Казахстан

Главный редактор:

Кульжанов М.К.

Редакционный совет:

Ақанов А.А., Байгенжин А.К.,
Байжунусов Ә.А., Біртанов Е.А., Егеубаева С.А.,
Ерғалиев Қ.А., Ермекбаев К.К., Ибраев С.Е.,
Ковач Л., Кучеренко В.З., Омаров Қ.Т.,
Рахыпбеков Т.К., Телеуов М.К., Шарман А.Т.,
Шоранов М.Е.

Редакционная коллегия:

Ахимова А.Д., Бейсенбекова Г.К.,
Букебаев А.А. Исатаева Н.М., Каптагаева А.К.,
Каскирбаева Д.М., Койков В.В., Костюк А.В.,
Мақашев Д.М., Ниткалиев К.У., Оспанова Ж.О

Техническая группа:

Азербайбаева А.Ж., Березин С.С., Есполова Г.Д.

Собственник:

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

Подписной индекс:

74608

Периодичность:

2 раза в полугодие

Тираж:

500 экземпляров

Учредители:

Министерство здравоохранения Республики
Казахстан, Республиканский центр развития
здравоохранения.

Адрес редакции:

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

Адрес типографии:

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

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

МАЗМҰНЫ / ОГЛАВЛЕНИЕ

СЕКЦИЯЛЫҚ МӘЖІЛІС / СЕКЦИОННОЕ ЗАСЕДАНИЕ

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІН ДАМУДЫҢ БАСЫМ БАҒЫТТАРЫ / ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Ергалиев Қ.А., Қуанышбаев Б.С.

Медициналық қызметкерлердің кәсіптік жауапкершілігін міндетті сақтандырудағы кейбір мәселелер 4
Ергалиев Қ.А., Қуанышбаев Б.С., Актуальные вопросы обязательного страхования профессиональной ответственности медицинских работников

Жузжанов О.

Общественное здравоохранение: прошлое, настоящее и будущее 9
Жузжанов О.Т., Когамдық денсаулық сақтау: өткені, бүгіні және болашағы

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ҰЙЫМДАРЫНЫҢ ТӘЖІРИБЕСІНЕ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МЕНЕДЖМЕНТІНІҢ СТАНДАРТТАРЫН ЕНГІЗУ / ВНЕДРЕНИЕ СТАНДАРТОВ МЕНЕДЖМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПРАКТИКУ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Лайош Ковач, Гаркалов К.А.

Внедрение стандартов менеджмента здравоохранения в Казахстане 11
Лайош Ковач, К.А. Гаркалов, Қазақстанда денсаулық сақтау менеджментінің стандарттарын енгізу

Ниткалиев К.У., Азербайбаева А.Ж.

Функции и компетенции менеджеров в сфере здравоохранения: настоящее и перспективы 16
Ниткалиев К.У., Азербайбаева А.Ж., Денсаулық сақтау саласындағы менеджерлердің қызметі мен күзіреті: бүгін мен перспективалар

ҮЙРЕТУШІ УНИВЕРСИТЕТТІК КЛИНИКАЛАР. ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДА БІЛІМ МЕН ДАҒДЫНЫҢ ТӘУЕЛСІЗ БАҒАЛАУЫН ДАМУДЫҢ ПЕРСПЕКТИВАЛАРЫ / УНИВЕРСИТЕТСКИЕ КЛИНИКИ. ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ НЕЗАВИСИМОЙ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ И НАВЫКОВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Турақбаева Д.А.

Возможности развития клиник – обучающих баз для специалистов 19
Турақбаева Д.А., Клиникалар мүмкіндігі – университеттік клиникалар үшін оқу базасы

Сарсенова Л.К.

Независимая оценка знаний и навыков выпускников медицинских вузов и специалистов практического здравоохранения..... 22
Сарсенова Л.К., Медициналық ЖОО-н бітірушілер мен тәжірибелік денсаулық сақтау мамандарының білімі мен дағдыларын тәуелсіз бағалау

Низтаева Э.Н.

Методологические аспекты развития симуляционного обучения в Казахстане 25
Низтаева Э.Н., Қазақстандағы симуляциялық оқытудың әдістемелік мәні

Койков В.В., Дербисалина Г.А., Умбетжанова А.Т.

Внедрение института менеджеров медицинского образования в республике Казахстан: состояние и перспективы 28
Койков В.В., Дербисалина Г.А., Умбетжанова А.Т., Қазақстан Республикасындағы медициналық білім институтына менеджерлерді енгізу: жағдайы мен перспективалары

КОНФЕРЕНЦИЯНЫҢ ЕҢБЕКТЕРІ / ТРУДЫ КОНФЕРЕНЦИИ

Абдильманова Б.Р.

Менеджмент в системе здравоохранения в целях повышения качества медицинской помощи больным инсультом..... 32
Әбділманова Б.Р., Инсульттен ауыратын науқастарға медициналық көмектің сапасын арттыру мақсатындағы денсаулық сақтау жүйесіндегі менеджмент

Абельгазина Д., Даниярова С., Ибраева М., Есімова С., Ибраимова Н.

Инструменты воздействия на информированность населения и медицинских работников..... 34
Абельгазина Д., Даниярова С., Ибраева М., Есімова С., Ибраимова Н., Халық пен медицина қызметкерлерінің ақпараттандырылуына әсер ету құралдары

Аканов А.А., Бурибаева Ж.К.

Принципы управления медицинской помощью в реформах здравоохранения 38
Ақанов А.А., Бөрібаева Ж.К., Денсаулық сақтау саласы реформаларындағы медициналық көмекті басқару қағидаттары

Ахимова А.Д., Мушанова З.Е., Худайбергенова М.С., Жусупова Г.К., Ихамбаева А.Н. Формулярная система – основной инструмент рационального использования лекарственных средств.....	41
<i>Ахимова А.Д., Мушанова З.Е., ДДҰ индикаторлары бойынша дәрі-дәрмектерді оңтайлы қолдануды зерттеу</i>	
Балабаев Т.Ф. Опыт внедрения системы мониторинга в общественном здравоохранении в Казахстане на примере профилактических программ по ВИЧ.....	45
Бурибаева Ж.К., Тулеева А.М. Принципы организации оказания медицинской помощи в реформах здравоохранения	50
<i>Бөрібаева Ж.К., Төлеева А.М., Денсаулық сақтау саласы реформаларындағы медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру қағидаттары</i>	
Блавуцкий Я.В. АО «КазМедТех» - медицинская техника в лизинг	52
<i>Блавуцкий Я.В., «КазМедТех» АҚ – лизингке медициналық техника</i>	
Джансенгиров Т. Некоторые вопросы организации питания в лечебных учреждениях и ее реорганизация.....	54
<i>Жансенгіров Т., Емдеу мекемелері мен оның құрылымдарында тамақтануды ұйымдастырудың кейбір мәселелері</i>	
Жармухамбетов Е.А. Стандартизация травматологической помощи	55
<i>Жармұхамбетов Е.А., Травматологиялық көмекті стандарттау</i>	
Жақупова М.А. Унифицированная схема экспертизы качества гинекологической помощи.....	57
<i>Жақыпова М.А., Гинекологиялық көмек сапасының біріздендірілген сызбасы</i>	
Камалиев М.А. Теоретико-методологические подходы к оценке системы здравоохранения.....	59
<i>Камалиев М.А., Денсаулық сақтау жүйесін бағалаудың теориялық-әдістемелік тәсілдері</i>	
Каптагаева А.К., Айдарханова К.К., Есенгельдинова Ж.А., Мустафаева Н.С., Отыншиев Б.Н. Применение WISN - как современного инструмента оценки эффективности планирования кадровых ресурсов здравоохранения.....	62
<i>Каптагаева А.К., Айдарханова К.К., Есенгельдинова Ж.А., Мұстафаева Н.С., Отыншиев Б.Н., WISN – денсаулық сақтаудың кадрлық ресурстарын жоспарлау тиімділігін бағалаудың қазіргі заманғы құралы ретінде пайдалану</i>	
Касымова Г.П., Смирнов К.А., Искакова А.С. Организационно – управленческие аспекты медицинского обеспечения спорта высших достижений	65
<i>Касымова Г.П., Смирнов К.А., Ысқақова А.С., Жоғары жетістіктер спортын медициналық қамтамасыз етудің ұйымдастыру-басқару аспектілері</i>	
Кенжебаева И.Б., Изимбергенова Г.Н. Опыт каскадного обучения врачей- организаторов здравоохранения.....	66
<i>Кенжебаева И.Б., Изимбергенова Г.Н., Денсаулық сақтау дәрігерлері-ұйымдастырушыларын каскадтық оқыту тәжірибесі</i>	
Кулкаева Г.У., Ахметниязова Л.М., Егеубаева С. А. Программы управления заболеваниями - опыт Германии, возможности для Казахстана.....	68
<i>Кулкаева Г.У., Ахметниязова Л.М., Егеубаева С. А. Сырқаттарды басқару бағдарламалары - Германия тәжірибесі, Қазақстанның мүмкіндіктері</i>	
Кульжанов М.К., Егеубаева С.А. Национальная медицинская палата – опыт Германии в формировании принципов самоуправления врачей.....	71
<i>Кульжанов М.К., Егеубаева С.А., Ұлттық медициналық палата – өзін өзі басқару қағидасын қалыптастырудағы Германия тәжірибесі</i>	
Мухамеджанова Г.М., Мусирепова С.К., Абдрахилова Б.И. Поликлиника без очередей. Пути совершенствования амбулаторной помощи	74
<i>Мухамеджанова Г.М., Мусирепова С.К., Абдрахилова Б.И., Емхана кезектесіз. Амбулатория көмегін жетілдіру жолдары</i>	
Ибраев С.Ә. Денсаулық сақтау ісін басқарудағы маркетингтік стратегия	77
<i>Ибраев С.А., Маркетингтік стратегия в управлении здравоохранением</i>	
Смаков С., Тыныштықова З., Подзорова С. Опыт работы в единой национальной системе здравоохранения	80
<i>Смаков С., Тыныштықова З., Подзорова С., Бірыңғай ұлттық денсаулық сақтау жүйесіндегі жұмыс тәжірибесі</i>	
РЕЗОЛЮЦИЯ / РЕЗОЛЮЦИЯ	
Результаты работы секций. Обсуждение и принятие резолюции.....	82
<i>Секциялар жұмысының нәтижелері. Резолюцияны талқылау және қабылдау</i>	

Ергалиев Қ.А.

Начальник управления развития менеджмента в здравоохранении Департамента науки и человеческих ресурсов Министерства здравоохранения Республики Казахстан

Қуанышбаев Б.С.

Главный эксперт управления развития менеджмента в здравоохранении Департамента науки и человеческих ресурсов Министерства здравоохранения Республики Казахстан

МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРДІҢ КӘСІПТІК ЖАУАПКЕРШІЛІГІН МІНДЕТТІ САҚТАНДЫРУДАҒЫ KEЙБІР МӘСЕЛЕЛЕР

Название: Актуальные вопросы обязательного страхования профессиональной ответственности медицинских работников

Авторы: Ергалиев К.А., Начальник управления развития менеджмента в здравоохранении Департамента науки и человеческих ресурсов Министерства здравоохранения Республики Казахстан, Куанышбаев Б.С., Главный эксперт управления развития менеджмента в здравоохранении Департамента науки и человеческих ресурсов Министерства здравоохранения Республики Казахстан

Аннотация: В данной статье описываются актуальные вопросы обязательного страхования ответственности медицинских работников за причинение ущерба здоровью гражданина при отсутствии небрежного или халатного отношения со стороны медицинского работника.

Title: Topical issues of compulsory insurance medical malpractice.

Author: Yergaliyev K. A., Head of the unit of health management development of Department of science and human resources, Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, Kuanyshbayev B.S., Chief Expert of health management development of Department of science and human resources, Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan

Abstract: This article describes the current issues of compulsory insurance of medical professionals' responsibilities for being a cause of the harm to health of a citizen under the absence of careless or negligent treatment from the medical staff.

Мемлекет басшысы өзінің «Қазақстанды әлеуметтік жаңғырту: жалпыға ортақ еңбек қоғамына қарай жиырма қадам» атты мақаласында дәрігерлер тарапынан ұқыпсыздық немесе немқұрайлық қатынастың болмауы кезінде азаматтың денсаулығына келтірген зияны үшін медицина қызметкерлерінің кәсіптік жауапкершілігін міндетті сақтандыруды енгізу туралы ұсыныстарды әзірлеуді тапсырды.

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі кодексінің (бұдан әрі – Кодекс) 182 бабының 1-тамағының 11) тармақшасына сәйкес медицина қызметкері тарапынан ұқыпсыз немесе немқұрайлы қатынас болмаған кезде, азаматтың денсаулығына келтірілген зиян үшін медициналық және фармацевтикалық қызметкерлер кәсіптік жауапкершілігін сақтандыруға құқылы.

Осыған орай, Мемлекет басшысының тапсырмасын іске асыру мақсатында Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің (бұдан әрі – Министрлік) бұйрығымен құрамына медициналық жоғары оқу орындарының, медициналық кәсіподақтардың, облыстық деңгейдегі

денсаулық сақтау басқармаларының, сақтандыру компанияларының, медициналық қауымдастықтардың өкілдері кіретін жұмыс тобы (бұдан әрі – Жұмыс тобы) құрылды.

Жұмыс тобымен шетелдердегі медициналық қызметкерлердің кәсіптік жауапкершілігін міндетті сақтандырудың түрлеріне шолу жасалды.

Шетелдік тәжірибені зерттеу арқылы екі негізгі жүйені анықтайды.

1. Деликтілік жауапкершілік жүйесі (АҚШ тәжірибесі)

Деликтілік жауапкершілік жүйесінің анықтамасы АҚШ-тың медициналық жауапкершілік туралы заңдарында берілген. Деликтілік заң екінші тараптың немқұрайлы қатынасынан азамат денсаулығына келтірілген нұқсан мен зиян үшін өтем алуға ұмтылатын адамдар үшін құқықтық негіз болады. Мәселен, АҚШ-та немқұрайлылыққа «мінез-құлқында немқұрайлылық байқалған кәсіпорынның заңдылығына қарамастан және келтірілген зиян қасақана нұқсан келтіру ниетімен емес, ессіздік пен тәжірибенің жетіспеуі кінәсінен болса да, құқықтық жауапкершілікке негіз болатын зиян келтіру» деген анықтама берілген.

Осылайша, заң талаптарына сай емес

медициналық көмек көрсеткен кезде ғана медициналық қызметкерді немқұрайлылығы үшін жауапқа тартуға болады және немқұрайлылық фактісі сотпен анықталады. Ақшалай өтем емделушілер мен олардың отбасыларына келтірілген нұқсанды өтеу үшін және денсаулық сақтау субъектілерін келтірілген зиян үшін өтемақы төлету арқылы немқұрайлылық қатынастан шектеуге арналған. Осылайша, дәрігерлер, ауруханалар және өзге де медициналық күтім қызметін жеткізушілер немқұрайлылықтан туындайтын медициналық көмектің жағымсыз нәтижесі үшін жауапты болады.

АҚШ-та жауапкершілікті сақтандыру жөніндегі полистердің 2 түрі бар. Біріншісі бойынша, сақтандыру компаниясы шағымның түскен уақытынан тәуелсіз, сол полис қолданыста болған жылғы нұқсан келтірулер туралы барлық шағымдар бойынша өтемақы төлеуге міндеттеледі. Екінші түрдегі полистер тек сол полис қолданыста болған кездегі 1 жыл ішінде түскен шағымдар бойынша өтемақыны қамтамасыз етеді және сол жылы келтірілген нұқсанға қатысты.

Жауапкершілікті сақтандыру жөніндегі полисті алу үшін медициналық қызметкерлердің төлейтін сақтандыру жарнасының мөлшерін анықтауда нақты дәрігерлік мамандыққа тәуелді болатын тәуекел дәрежесі және төлемдердің саны мен мөлшерінің ықтималдығы ескеріледі. Тәуекел дәрежесі түсетін шағымдардың саны туралы және сақтандыру компаниясы жұмыс жасайтын өңірде өткен жылдарда жүргізілген төлемдердің саны мен мөлшері туралы мәліметтерді талдаудың негізінде бағаланады. Мәселен, АҚШ-тағы сақтандыру полистерінің жарнасы тек әртүрлі мамандықтағы медициналық қызметкерлерде ғана емес, түрлі штаттарда жұмыс істейтін бір бейіндегі медициналық қызметкерлерде де әртүрлі.

Медициналық қызметкерлердің емделушілерге төлейтін өтемақыларының саны мен мөлшерінің өсуіне сәйкес жауапкершілікті сақтандыру полистерінің мөлшері де ұлғаяды. Жауапкершілікті сақтандыру үшін төленетін өтемдік төлемдер мен жарналар шамасының өсуі медициналық қызмет көрсетудің қымбаттауына және қорғаныстық медицинаның дамуына әкелді. Жағымсыз нәтиже жағдайында сотпен қудалау мүмкіндігін болдырмау үшін, дәрігерлер айтарлықтай тәуекелмен байланысты болатын тәсілдерді, тіпті ондай тәуекел қажет болған жағдайдың өзінде, қолданудан бастарта бастаған. Сонымен бір уақытта емделуші мен оның мәселелеріне жеткіліксіз көңіл бөлмегендігі турасындағы кінәлаулардан өзін қорғау үшін, бағалы процедуралар мен талдауларды тағайындауды теріс пайдалана бастағаны анықталды. «Қорғаныстық меди-

цина» медициналық қызмет көрсетудің қымбаттауына, денсаулық сақтау саласына шығындардың көбеюіне ықпал еткенімен медициналық көмек сапасын арттыруға ықпал етпейді.

2. Қауіпсіздікті сақтандыру жүйесі (ҚСЖ) (Ұлыбритания, Швеция, Норвегия, Финляндия тәжірибесі).

Ұлыбританияда медициналық қызметкерлерге кәсіптік жауапкершілікті сақтандыру полистерінің өсіп жатқан жарналарының ауыртпалығын жеңілдету үшін үкімет 1990 жылы ауруханаларда және денсаулық сақтау қоғамдық секторының медициналық өзге де мекемелерінде жұмыс істейтін медициналық қызметкерлерге (отбасылық дәрігерлерден басқа) мен стоматологтарды қамтитын жауапкершілікті сақтандырудың мемлекеттік жүйесін енгізді. Бұл жүйеге сәйкес, медициналық араласу жағдайында келтірілген нұқсан үшін өтемақыны нұқсан келтіруге кінәлі қызметкер жұмыс істейтін денсаулық сақтау субъектілерінің басшылығы төлейді.

Пациентке келтірілген нұқсанды өтеудің мейлінше сәтті және перспективалы жүйелері нақты кінәлілер мен олардың кінәсінің айғақтарын іздеуді талап етпейтін жүйелер болып табылады. Олар кінәсіз жауаптылық тұжырымдамасына негізделеді.

Алғаш рет мұндай жүйе Жаңа Зеландияда енгізілген және ол әлеуметтік сақтандырудың бір түрі ретінде қолданылады. Аталған жүйе медициналық қызметкерлердің кәсіптік жауапкершілігін сақтандыруды алмастырмайды, бірақ пациенттердің мүддесін қанағаттандыруға жағдай жасай толықтырады.

Пациент тартқан нұқсанды өтеу жағдайындағы кінәсіз жауаптылық тұжырымдамасын Еуропа тәжірибесінде бірінші болып Швеция қолданды, оның үлгісін Финляндия мен Норвегия жалғады. Бірақ Швеция мен Норвегияда бұл тәсіл заңнамада бекітілмей, сақтандыру компаниялары мен медициналық мекемелер және мамандар арасындағы келісімдерге негізделді. Кінәсіз жауаптылық тұжырымдамасын қолданудағы заңдық негіз Еуропада алғаш рет Финляндияда емделушіге келтірілген нұқсан туралы заңның қабылдануымен қалыптасқан. Бұл заңға сәйкес, медициналық араласу немесе медициналық көмектің болмауы және оған қоса осымен байланысты туындаған инфекциялар мен қабынулардың нәтижесінде, сондай-ақ қарау, емдеу немесе санитарлық тасымалдау барысында, оның ішінде медициналық жабдықтардың дефектісінен болған бақытсыздықтың салдарынан пациентке келтірілген кез-келген нұқсан өтеледі. Науқастың айтарлықтай асқынуына және сауығуына қабілеттілігін төмендететін емделуші денсаулығының жалпы жай-күйінің

нашарлығы өтемақы төлеуден бас тартуға негіз бола алады.

Фин заңы зиян келтірушінің кінәсін дәлелдеусіз жауапкершілікті сақтандырудың өзіндік жүйесін жасады. Заң медициналық тәжірибемен айналысатын барлық тұлғалардың жауапкершілікті сақтандырумен қамтылуын міндеттейді. Сақтандырылмаған медициналық қызметкерлердің ол сақтандырусыз болған кезеңдегі жарналарының сомасынан асатын мөлшерде үлкен айыппұл төлейді. Финляндия сақтандыру шарттарын Әлеуметтік істер және денсаулық сақтау министрлігі бекітеді, сондай-ақ олардың орындалуын бақылайды.

Зиян келтірушінің кінәсін дәлелдеусіз келтірілген нұқсанды өтеу тұжырымдамасы көптеген елдердің медициналық қызметкерлерінің арасында кең қолдау тауып отыр. Бұны ең басты себептерінің бірі кәсіптік жауапкершілікті сақтандыру, әлеуметтік және медициналық сақтандыру секілді, әрбір азаматтың, оның ішінде медициналық қызметкерлер мен емделушілердің де қорғаныштық сезімінің нығаюына жағдай жасайды.

1975 жылы Швецияда медициналық зақымданулардан қосымша сақтандыруды қамтамасыз ету үшін, пациенттерді сақтандыру немесе пациенттердің өтемақысын сақтандыру (бұдан әрі – ПӨС) енгізілді. Ал 1978 жылы дәрі-дәрмектік препараттарды қолданумен байланысты болған жағымсыз әсерлерден сақтандыру үшін фармацевтикалық сақтандыру енгізілді. Негізінде, ПӨС – бұл медициналық қызметкер мен денсаулық сақтау субъектілерінің кінәсін дәлелдеусіз, медициналық зияннан зардап шегушіге өтемақы төлеуді қамтамасыз ететін ерікті сақтандыру бағдарламасы. Егер, өтемақы пациенттерді қанағаттандырмаған жағдайда, олардың сотқа шағымдануларына құқықтары бар. ПӨС графтықтар кеңестері басқаратын мемлекеттік ауруханалар мен клиникаларда емделушілер денсаулығына келтірілген зақымдардан сақтандырады. ПӨС әлеуметтік сақтандырудың жалпы жүйесін толықтырады және тиісінше көрсетілмеген медициналық күтімнен туындаған зақымданулар бойынша өтелетін қосымша өтемдерді таңдайды.

Емделушілер денсаулығына зақым келген жағдайда өтемақы төлеуге үш фактор негіз болады.

1) Денсаулықты сақтау мен денсаулыққа келген нұқсанның арасында тікелей байланыс болуы керек, яғни мұнда нұқсан келу денсаулық сақтау жүйесі арқылы жүзеге асырылатын медициналық емдеудің барысында болуы тиіс, және көмек медициналық қызметкерлер немесе денсаулық сақтау объектілерімен, соның ішінде жеке дәрігерлер, стоматологтар және басқалармен көрсетілуі;

2) көрсетілген емнің негізсіз болуы;

3) егер емделушіні басқа мейлінше тиімді әдіспен емдегенде, нұқсан келтірмеу мүмкіндігінің болуы.

ПӨС-ға сәйкес өтемақы төлеуге жататын зиянның бес тобы болады:

1) жүргізілген емнен болған зиян;

2) диагностикалық әсерден туындаған зиян;

3) дұрыс емес диагноздан болған зиян;

4) оқыстан болған зиян;

5) инфекциялық зиян.

Зардап шеккен пациентке өтемақы төлеуде медициналық қызметкерлерге кінә тағылмайды және ол қаржылық шығынға ұшыраудан немесе абыройын жоғалтудан зардап шекпейді. Бұндай жүйеде әртүрлі емдеу әдістерін қолданудан болуы мүмкін тәуекелдер туралы нақты түсінік алуға мүмкіндік береді. Бұнда медициналық қызметкерлердің емделушілерге өтемақы төлеуіне ықпал ететіндіктен, асқынулар туралы ақпарат беруіне тура келетіндігі қарастырылған. Жүйенің мақсаты кінәліні табу болмағандықтан, медициналық қызметкерлердің – өтемақы тек немқұрайлы қатынастың негізінде ғана төленген кезде, нұқсан себебіне қатысты ақпарат беруде мейлінше ашық бола бастағандығын тәжірибе көрсетіп отыр. Сақтандырушыға берілген ақпарат құпия болып табылады және билік органдарына немесе жеке тұлғаларға берілмейді. Осы жүйеде ескерту әдістері мен өтемақының арасында байланыс жоқ. Медициналық жауапкершілік жөніндегі комиссия (МЖК) медициналық қызметкерлерінің тәртібін реттейді. Емделушілердің МЖК-ға арызданауының негізінде, комиссия зерттеу жүргізгеннен кейін қызметкерге сөгіс береді немесе ескерту жасайды, бірақ медициналық қызметкерге де, емделушіге де ешқандай қаржылық салдарлар болмайды. Сондықтан МЖК медициналық қызметкерлерге шектеуші ықпал көрсетпейді. Медициналық қызметкерлердің толық сәйкестігін және емделушілерге өтемақы төлеуге қатысуын қамтамасыз ету үшін ПӨС және МЖК медициналық қызметкерлерден келген нұқсан немесе өз шешімдері туралы өзара ақпарат алмаспайды. Өтемақы мен ескерту әдістерін бөлу медициналық қызметкер емделушіге ПӨС арқылы өтемақы төлеуге дайын болуына ықпал ететін негізгі аспект болып табылады.

Медициналық қателіктен болған нұқсанды өтеудегі жауапкершілікті сақтандыру жүйесінің тиімділігі өтеуге жататын нұқсанның келтірілген зиянға қаншалықты сәйкес екендігіне тәуелді болады.

Деликтілік жауапкершілік жүйесін ұзақ әрі қымбат процедуралары пациенттердің сот қызметіне қол жетімділігін

қиындататындықтан медициналық нұқсаннан зардап шеккендерге өтемақы төлеудегі тиімсіздігі үшін және оның денсаулық сақтау жүйесі үшін жасырын шығындары үшін сынға алады.

ҚСЖ жүйесі ұзақ уақыт алатын және қымбат тұратын процедураларды жойып, медициналық қызметкерлерді кінәламай, медициналық немқұрайлықтан зардап шеккендерге өтемақы төлейтіндігіне қарамастан, бұл жүйенің де өз кемшіліктері бар. Мәселен, ПӨС және МЖК-мен берілген ақпараттың көлемі мен ескерту әдістері АҚШ-тың деликтілік жүйесіне қарағанда, әрине, аздау және жүйе нормаға сай келмейтін күтімді қолданатын дәрігерлердің қалай алдын алатыны және сот шығындарын қысқарту залалдарын қайта өлшейтіндігі айқын емес. ҚСЖ жүйесі жағдайында сақтандыру жүйесінде сақтандырудың болуы нұқсан мен арыздардың тәртіп-жосығына және тиісінше, сомасына ықпал етеді. Егер сақтандырушы әрбір түскен арызға пациент талап еткен сомасын төлесе, үстеме шығындар минималды болады, бірақ пайда жоғары ал үстеме коэффициенті өте төмен болады. Осы кезде егер залалдарды бақылауға салынатын бұл инвестициялар нұқсан мен негізсіз арыздардың санын қысқартатын болса, тиімділікті арттыруға болады.

Медициналық қызметкерлердің кәсіптік жауапкершілігін міндетті сақтандырудың Қазақстандық үлгісін әзірлеу шегінде 2 кезеңдік зерттеу жұмысы (бұдан әрі – зерттеу) 2 кезеңде жүргізілуде. Қазіргі уақытта зерттеудің 1-кезеңі шегінде дамыған елдердің тәжірибесі негізінде медициналық қызметкерлерді кәсіби сақтандыруды енгізудің артықшылықтары мен кемшіліктерін, мүмкіндіктері мен қауіп қатерін анықтау, сонымен бірге, отандық денсаулық сақтау жүйесіне бейімдеу мәселелері бойынша зерттеу жұмыстары жүргізілді.

Зерттеу жұмысының алдын-ала талдаулары негізінде нарықтық және әлеуметтік үлгілері жобасының сызбанұсқасы әзірленіп жұмыс тобының отырысында қарастырылды.

Нарықтық үлгісі жобасының негізгі механизмдері болып келесілер табылады:

- 1) сақтандыру компаниясы мен медициналық қызметкер/медициналық ұйым арасында міндетті сақтандыру шарты толтырылады;
- 2) медициналық көмек көрсету барысында азамат денсаулығына немесе өміріне нұқсан келтірілген жағдайда емделуші сараптама ұйымына шағымданады;
- 3) сараптама ұйымы азамат денсаулығына немесе өміріне келтірілген нұқсан фактілерін анықтайды;
- 4) сақтандыру компаниясы төлемақы төлейді.

Нарықтық үлгідегі сақтандыруға қатысушылардың өзара іс-қимылының сызбасы



Медициналық көмек көрсету барысында азамат денсаулығына немесе өміріне ұқыпсыздық немесе немқұрайлық қатынастың әсерінен нұқсан келтірілсе, сот үдерісі арқылы сақтандыру компанияларының шығындарының орнын регресс арқылы толтыруды қарастырады.

Әлеуметтік үлгі жобасының негізгі механизмдері (мемлекеттік денсаулық сақтау қорын құруды қарастырады):

- 1) медициналық қызметкер/медициналық ұйым (салық салу, шарт арқылы) сақтандыру жарнасын төлейді;
- 2) медициналық көмек көрсету

барысында азамат денсаулығына немесе өміріне нұқсан келтірілген жағдайда емделуші денсаулық сақтау қорына шағымданады;

3) денсаулық сақтау қоры шағымға сәйкес сараптама жүргізеді және сақтандыру жарнасын төлейді.



Мемлекет басшысының тапсырмасын ескере отырып, шетелдердің тәжірибесін пысықтау барысында медициналық қызметкерлердің қызметіне қатыссыз өзге де себептермен азаматтардың денсаулығына зиян келтіретін жағдайлардың бар екені анықталды.

Осыған байланысты және шетелдік тәжірибеге сәйкес, медициналық қызметкерлер ғана емес, сонымен бірге, денсаулық сақтау субъектілерінің жауапкершілігінде міндетті сақтандыру мәселесін қарастыру орынды болып табылады. Кодекстің 32-бабының 1-тармағына сәйкес, денсаулық сақтау субъектілеріне денсаулық сақтау ұйымдары, жекеше медициналық практикамен, фармацевтика-

лық қызметпен айналысатын жеке тұлғалар кіреді.

Осындай тәсілдерді қолдану арқылы денсаулық сақтау субъектілерінің және медициналық қызметкерлердің сонымен қатар, емделушілердің мүліктік мүддесін қорғауға болады.

Жалпы алғанда, Медициналық қызметкерлердің кәсіптік жауапкершілігін міндетті сақтандыру медициналық қызметкерлер мен емделушілердің құқығын қорғауға сонымен қатар, халық денсаулығын жақсартуға, халыққа көрсетілетін медициналық көмектің сапасын жоғары деңгейге жеткізуге мүмкіндік береді.

Жузжанов О.Т.

Председатель республиканского общественного объединения «Независимый казахский центр здоровья»

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ

Атадуы: Қоғамдық денсаулық сақтау: өткені, бүгінгі және болашағы

Авторы: Жузжанов О.Т., «Тәуелсіз қазақ денсаулық орталығы» республикалық қоғамдық бірлестігінің төрағасы

Түйіндеме: Өркениеттің дамуындағы өтіп жатқан жаһандық өзгерістер жаңа құндылықтармен айқындалып, олардың бірі – БҰҰ деңгейінде әлем халқының денсаулығына қатысты жалпыға ортақ декларациялардың қабылдануы болып табылады. Осы контекстте, әсіресе қоғамдық денсаулық сақтаудың динамикасын қарастыру өзекті уақытылы болып табылады.

Title: Public health: the past, present and future

Author: Zhuzhanov O.T., Chairman of the Republican public association "Independent Kazakh health center"

Abstract: The ongoing global changes in civilization determined by the new values, one of which is the adoption of the UN-comprehensive declaration on world public health. In this context particularly relevant and timely is the consideration of the dynamics of the public health concept of.

Происходящие глобальные изменения в развитии цивилизации определяются новыми ценностями, одним из которых является принятие на уровне ООН всеобъемлющих деклараций касающихся здоровья населения в мире. В данном контексте, особенно актуальным и своевременным является рассмотрение динамики понятия общественного здравоохранения.

Прошлое

Впервые право на здоровье было провозглашено в 1948 году в преамбуле Устава ВОЗ, а затем в том же году в статье 25 Всеобщей декларации прав человека. В 1976 году вступил в силу Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, в статье 12 которого, вновь было подтверждено право каждого на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья как одно из прав человека в соответствии с международными правами человека.

В мае 1977 года государства – члены ВОЗ определили, что главной задачей правительств и ВОЗ должно быть достижение всеми гражданами мира к 2000 году «такого уровня здоровья, которое позволит им вести продуктивный в социальном и экономическом плане образ жизни».

Затем последовало принятие в 1978 году Алма-Атинской декларации о первичной медико-санитарной помощи. Вслед за этим, в мае 1981 года на тридцать четвертой сессии Всемирной Ассамблеи здравоохранения члены – правительства ВОЗ утвердили эту цель в рамках глобальной стратегии «Здоровье для всех», в котором подчеркивалась необо-

димось достижения обществом во всех странах наивысшего возможного уровня здоровья как одного из основных прав человека.

Настоящее

В 1998 году Всемирная ассамблея здравоохранения принятой ею Всемирной декларации по здравоохранению объявила:

«Мы, государства – члены Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) вновь подтверждаем приверженность принципу, провозглашенному в его Уставе, который гласит, что обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав человека, и, действуя, таким образом, мы подтверждаем достоинство и ценность каждого человека, а также равные права, равные обязанности и равную ответственность все в отношении здоровья».

В Европейском регионе (ВОЗ) здоровье населения в целом улучшается, но не так быстро, как оно могло, или должно было бы улучшаться, если принять во внимание имеющиеся знания и технологии здравоохранения. В Регионе сохраняются очаги крайне высокого уровня нездоровья и бедности, которые необходимо незамедлительно ликвидировать. Все страны сталкиваются с проблемами, порождаемыми значительными демографическими, социальными, экономическими и экологическими сдвигами, и в настоящее время сложилось новое критическое понимание социальных детерминант здоровья и механизмов, посредством которых распределение власти, ресурсов и возможностей для самоопределения внутри общества в наших странах влияет на

существующие неравенства и создает новые неравенства в отношении здоровья. Поэтому назрела насущная необходимость выработки парадигмы здоровья не только ее всесторонней оценки, но и определения новой стратегии развития отношения к здоровью.

В связи с этим, целью проекта политики «Здоровье – 2020» явилось новое определение:

«Улучшать здоровье и повышать уровень благополучия населения, сокращать неравенства в отношении здоровья и обеспечивать наличие устойчивых систем здравоохранения, ориентированных на человека».

В данном определении впервые делается акцент не только на повышении уровня благополучия населения, но и на развитии устойчивых систем здравоохранения, что весьма трудно выполнимо. Благополучие – это динамический процесс, который дает людям ощущение хода своей жизни, через взаимодействие между их жизненными обстоятельствами, деятельностью и психологическими ресурсами, или «умственным капиталом». Самыми важными характеристиками всеохватывающими моделями измерения благополучия являются ее многомерность и сочетание ее объективных и субъективных критериев. Модель благополучия должна охватывать «все аспекты благополучия, в том числе, меры конечного результата, личностные характеристики, внешние факторы «контекста» и меры того, что люди фактически «делают» с этими характеристиками и «социальными» условиями. В данном контексте, уместным является определение данное Сэром Donald Acheson еще в 1988 году, что гласит:

«Общественное здравоохранение – это наука и практика предупреждения болезней, продления жизни и укрепления здоровья посредством организованных усилий общества». Вместе с тем, Таллиннская хартия ЕРБ ВОЗ 2008 года представляет систему здравоохранения как «совокупность всех государственных и частных организаций, учреждений и ресурсов, предназначение которых – улучшать и восстанавливать здоровье. Эта система представляет индивидуальные и общественные услуги здравоохранения, а также оказывает влияние на политику и деятельность других секторов с тем, чтобы в них уделялось внимание социальным, экологическим и экономическим детерминантам здоровья». То есть, особый акцент делается на роль немедицинских детерминантах здоровья, которые в 80 процентах определяют качественные и количественные его характеристики: политические; демографические; социально-экономические; поведенческие; экологические;

биологические. Поэтому ключевыми принципами действий проекта «Здоровье 2020» стали следующие принципы:

1. Принятие мер в отношении рисков и использования возникающих возможностей, готовность к переменам и умение их предвосхищать (Форсайт общества здоровья)

2. Интегрирование в единую систему убедительных социально-экономических аргументов подкрепленных фактическими данными для отстаивания интересов здоровья и благополучия людей.

3. Создание, согласование и продвижение общей системы стратегических целей и принципов как основы для совместной работы во имя здоровья.

4. Строгое следование подходу к обеспечению здоровья и благополучия, основанному на правах и ценностях.

Приверженность общегосударственному подходу к обеспечению здоровья и благополучия людей.

5. Выстраивание конкретных стратегий для ликвидации разрыва в отношении здоровья между странами и внутри стран.

При обсуждении проекта были определены следующие три политики программы «Здоровье – 2020».

6. Контекст новой политики, включающие в себя: стратегическое видение и цели политики Здоровье – 2020; обоснование и необходимости радикальных перемен; ценности; стратегическое руководство в интересах здоровья в 21 веке и лидерство, инновации и потенциал для обеспечения здоровья и развития.

7. Стратегии, дающие реальный эффект, и ключевые исполнители: приоритеты общественного здравоохранения; Воздействие на детерминанты здоровья и сокращение неравенств в отношении здоровья; укрепление ориентированных на интересы пациента систем здравоохранения, служб общественного здравоохранения и повышение готовности к чрезвычайным ситуациям.

8. Предпосылки для полной реализации: потенциал, необходимый для перемен и инноваций; институциональные механизмы; решение в рамках системы здравоохранения; голоса граждан и расширение их прав и возможностей; партнерства и, наконец, целевые показатели или индикаторы измерения достигнутых результатов.

Необходимо отметить еще одну новеллу в будущей институционализации данного проекта, а именно возможность предвидеть последствия реализации проекта «Здоровье – 2020». Здесь необходимо отметить, что рабочая группа ЕРБ ВОЗ приняла наше предложение о включение предлагаемой нами концепции Форсайт общества здоровья.

Гаркалов К.А.

Начальник отдела Центра стандартизации Республиканский центр развития здравоохранения
Министерства здравоохранения Республики Казахстан

Лайош Ковач

Консультант консалтинговой компании «EPOS Health Management»

СТАНДАРТЫ МЕНЕДЖМЕНТА – ШАГ НА ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕНЕДЖМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Последние данные показывают, что практика больничного менеджмента тесно связана с качеством оказания медицинской помощи пациентам в больнице и результатами их лечения. Усовершенствованная практика управления в больницах связана со значительно более низким уровнем смертности и лучшими финансовыми показателями. Известно, что управленческий потенциал в значительной степени влияет на качество медицинской помощи и конечных результатов не только для медицинской организации, но и для пациента. В связи с чем, роль менеджера на каждом участке оказания медицинской помощи резко возрастает. Соответственно, очень важен отбор на должность менеджера того или иного уровня, четкое понимание уровня его знаний, навыков, каков уровень его компетентности. Этого можно добиться благодаря составлению и внедрению стандартов менеджмента, которые активно применяются во многих странах.

Казахстанские стандарты для управления здравоохранением были разработаны консультантами компании EPOS на базе международных стандартов менеджмента, а именно - NHS Knowledge and Skills Framework (Модель знаний и навыков NHS) и U.K. National Occupational Standards for Management and Leadership 2008 II (Национальные профессиональные стандарты менеджмента и лидерства Великобритании). NHS Knowledge and Skills Framework была протестирована в системе здравоохранения Великобритании среди широкого круга групп персонала. Свидетельства на сегодняшний день показывают, что после краткого ознакомления, персонал обнаружил, что стандарты NHS KSF легко понимать и применять для своей работы и развития. U.K. National Occupational Standards обеспечивают общепризнанный эталон для менеджмента и лидерства в Великобритании.

Как национальная модель, эти стандарты применимы ко всем организациям. Использование этих стандартов обеспечивает описание эффективности работы, которое понятно и совместимо между различными организациями. Это содействует более эффективному общению и взаимному пониманию ролей и обязанностей.

Казахстанские стандарты менеджмента здравоохранения:

- определяют и описывают знания, навыки и поведение, необходимые менеджерам здравоохранения в их работе для предоставления качественных услуг;
- обеспечивают комплексную и четкую основу для обучения менеджменту, ролей, должностных инструкций, свойств найма;
- непрерывного профессионального развития и измерения качества работы для всего персонала.

Таким образом, стандарты менеджмента здравоохранения могут использоваться сразу по ряду направлений (рисунок 1.).

Найм и отбор. Введение в должность. Отправной точкой для эффективного найма и отбора является обеспечение того, чтобы требования к работе четко понимались всеми участниками процесса (как кандидатами на должность, так и тем и кто нанимает).

Введение в новую роль более эффективно, когда процесс четко обозначен и основан на требованиях к роли и удовлетворяет особые потребности индивида.

Описание ролей. Должностные инструкции. Казахстанские стандарты для управления здравоохранением состоят из семи областей и 67 блоков, которые описывают знания, навыки и поведение для соответствующей управленческой роли (менеджер старшего звена, менеджер среднего звена, линейный менеджер). Казахстанские стандарты для управления здравоохранением – полезный инструмент для разработки и анализа должностных инструкций.



Рисунок 1 – Использование стандартов управления

Непрерывное профессиональное развитие. Зная требования, предъявляемые к должности и объем навыков и знаний сотрудник сможет оценить в каких областях им может потребоваться дальнейшее обучение и развитие. Для продвижения в своей карьере, люди могут пересмотреть компетенции, которые им могут понадобиться в будущем. В этом случае, стандарты обеспечивают полезное описание спектра необходимых компетенций.

Управление и измерение эффективности работы. Стандарты управления здравоохранением могут стать частью процесса надзора, аттестации и мониторинга деятельности.

Это обеспечивает наличие объективного стандарта, по которому можно оценивать работу менеджеров. Может помочь в выявлении достижений работника.

Программы по обучению менеджменту. Знания, навыки и нормы поведения, описанные в каждом из блоков казахстанских стандартов управления здравоохранением могут быть использованы в планировании учебных программ и других мероприятий по развитию.

Структура казахстанских стандартов управления здравоохранением состоит из семи областей, которые содержат различное количество блоков (в общем 67). Каждый блок составлен по следующему формату:

- Описание блока
- Знания
- Навыки
- Поведение

• Результаты / Индикаторы эффективной работы

В каждом блоке указывается, для какого уровня менеджеров он предназначен. Матрица представляет краткий обзор необходимых блоков для соответствующего уровня менеджеров. Некоторые блоки могут показаться не актуальными на сегодняшний день, например “B2 - Описание окружающей среды, в которой осуществляет деятельность Ваша организация”, но в условиях перемен содержание этого блока может стать очень ценным для менеджера в обозримом будущем.

В стандарты включены следующие области компетенции:

Область А – Управление собой и персональными навыками.

Область В – Обеспечение руководства.

Область С – Поддержка изменений.

Область D – Работа с людьми.

Область E – Использование ресурсов.

Область F – Достижение результатов.

Область G – Охрана здоровья, безопасность труда и окружающая среда.

Далее остановимся более подробно на каждой из этих областей, которая состоит из блоков. Блоки представляющие компетенции, будут распределены между тремя уровнями менеджмента: старшим, средним и линейным. К менеджерам старшего звена относятся руководители медицинских организаций, работники управлений здравоохранения. К менеджерам среднего звена – руководители подразделений. Это могут быть заведующие отделением, начальник отдела кадров,

главный бухгалтер и т.п. К линейным менеджерам относятся старшие дежурной смены или старшая медсестра.

Область А, включает в себя два блока:

A1 – Управление своими ресурсами и

профессиональным развитием.

A2 – Развитие сети своих деловых связей. В матрице для данной области видно (Рисунок 2) для какого уровня, какая компетенция предназначена.

	A1	A2
Менеджер старшего звена	●	
Менеджер среднего звена	●	●
Линейный менеджер	●	●

Рисунок 2 – Компетентности области А – Управление собой и персональными навыками

Область В, включает в себя девять блоков:
B1 – Разработка и осуществление оперативных планов в области ответственности.

B2 – Описание окружающей среды, в которой осуществляет деятельность организация.

B3 – Разработка стратегического бизнес-плана для организации.

B4 – Реализация стратегического бизнес-плана.

B5 – Обеспечение лидерства в области ответственности.

B6 – Обеспечение лидерства в организации.

B7 – Обеспечение выполнения законодательных, правовых, этических и социальных требований.

B8 – Развитие культуры Вашей организации.

B9 – Управление рисками.

На рисунке 3, представлено распределение компетенций для соответствующего уровня менеджера.

	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9
Менеджер старшего звена		●	●	●		●	●	●	●
Менеджер среднего звена	●				●		●		
Линейный менеджер					●				

Рисунок 3 – Компетентности области В – обеспечение руководства

Как видно из рисунка 3 большинством компетенций из данной области должны обладать менеджеры старшего звена.

Область С включает в себя 5 блоков:

C1 – Содействие инновационному процессу в области ответственности.

C2 – Содействие инновационному про-

цессу в организации.

C3 – Инициирование изменений.

C4 – Планирование изменений.

C5 – Осуществление изменений.

На рисунке 4 мы видим распределение компетенций области С.

	C1	C2	C3	C4	C5
Менеджер старшего звена		●	●	●	●
Менеджер среднего звена	●		●	●	●
Линейный менеджер	●			●	●

Рисунок 4 – Область С – Поддержка изменений

Область D включает в себя 17 блоков-компетенций:

D1 – Развитие результативных рабочих взаимоотношений с коллегами.

D2 – Развитие результативных рабочих взаимоотношений с коллегами и заинтересованными сторонами.

D3 – Наем, отбор и удержание сотрудников.

D4 – Планирование человеческих ресурсов.

D5 – Координация и контроль работы в Вашей команде.

D6 – Координация и мониторинг хода работ и качества работы в Вашей области ответственности.

D7 – Обеспечение возможностей для обучения сотрудников.

D8 – Помощь членам команды в решении проблем, которые влияют на их работу.

D9 – Создание команд и управление ими.

D10 – Уменьшение количества конфликтов и управление ими в Вашей команде.

D11 – Проведение совещаний.

D12 – Участие в совещаниях.

D13 – Поддержка сотрудников в разви-

тии, и поддержании эффективной работы.

D14 – Инициирование и следование дисциплинарной процедуре.

D15 – Инициирование и следование процедуре рассмотрения жалоб.

D16 – Управление сокращением штатов в Вашей области ответственности.

D17 – Создание и поддержание сотрудничества с другими организациями.

На рисунке 5 видно, что практически всеми навыками по работе с людьми должны обладать менеджеры всех звеньев. Такие

компетенции как координация и контроль в команде, обеспечение возможности для обучения сотрудников, создание команды, проведение и участие в совещаниях, а также вопросы дисциплины и рассмотрения жалоб характерны для всех уровней. А, например, планирование человеческих ресурсов – только для менеджеров старшего звена. Развитие же результативных рабочих взаимоотношений с коллегами – в большей степени важно для линейных менеджеров.

	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	D13	D14	D15	D16	D17
Менеджер старшего звена		•		•	•		•		•		•	•		•	•	•	•
Менеджер среднего звена		•	•		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Линейный менеджер	•		•		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	

Рисунок 5 – Область D - Работа с людьми

Область E включает в себя 13 блоков-компетенций.

E1 – Управление бюджетом.

E2 – Управление финансами в Вашей области ответственности.

E3 – Получение дополнительного финансирования для организации.

E4 – Внедрение технологий в Вашей организации.

E5 – Управление физическими ресурсами.

E6 – Принятие эффективных решений.

E7 – Передача информации и знаний.

E8 – Управление знаниями в Вашей об-

ласти ответственности.

E9 – Продвижение управления знаниями в Вашей организации.

E10 – Поддержка команды и виртуальной работы.

E11 – Закуп материалов.

E12 – Выбор поставщиков через тендер.

E13 – Аутсорсинг бизнес процессов.

На рисунке 6 изображено распределение компетенций по области E, касающихся распределения ресурсов. Как видно из рисунка в большей степени этими навыками должны обладать менеджеры высшего звена и в меньшей линейные менеджеры.

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13
Менеджер старшего звена			•	•		•	•		•	•	•	•	•
Менеджер среднего звена		•			•	•	•	•		•	•	•	
Линейный менеджер	•				•	•	•			•	•	•	

Рисунок 6 – Область E – Использование ресурсов

Область F содержит 17 блоков-компетенций.

F1 – Управление проектом.

F2 – Управление программой дополнительных проектов.

F3 – Управление бизнес-процессами.

F4 – Развитие и реализация маркетинговых планов в Вашей области ответственности.

F5 – Решение проблем обслуживания потребителей.

F6 – Мониторинг и обеспечение решения проблем обслуживания потребителей.

F7 – Содействие улучшениям в обслу-

живании потребителей.

F8 – Работа с другими сотрудниками для улучшения обслуживания потребителей.

F9 – Построение понимания рынков организации и ее потребителей.

F10 – Развитие клиентоориентированного подхода в организации.

F11 – Управление достижением удовлетворенности потребителей.

F12 – Улучшение исполнения организационной деятельности.

F13 – Управление системами качества.

F14 – Подготовка и участие в процессе проверки качества.

F15 – Выполнение проверки качества. F17 – Управление предоставлением услуг потребителям в Вашей области ответственности.
 F16 – Управление разработкой и сбытом продуктов/услуг в Вашей области ответственности.

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15	F16	F17
Менеджер старшего звена		●							●	●		●	●	●	●		
Менеджер среднего звена	●	●	●	●				●	●		●		●	●	●	●	
Линейный менеджер	●				●	●	●	●					●	●	●		●

Рисунок 7 – Область E – Достижение результатов

В таблице 7 представлены компетенции по области F – достижение результатов. Как видно из рисунка в большей степени этими компетенциями должны обладать менеджеры среднего звена и линейные менеджеры. Для менеджеров старшего звена необходимы навыки управления дополнительными проектами, развитие клиентоориентированного подхода в организации, улучшение исполнения организационной деятельности и ряд других.

Область G состоит из 4 блоков-компетенций.

G1 – Обеспечение уверенности в том, что Ваши действия направлены на снижение риска для здоровья и безопасности сотрудников.

G2 – Обеспечение охраны здоровья и безопасности труда в Вашей области ответственности.

G3 – Обеспечение результативного организационного подхода к охране здоровья и

безопасности труда.

G4 – Управление воздействием Вашей работы на окружающую среду.

В таблице 8 представлено распределение навыков (компетенций) по последней области – Охрана здоровья, безопасность труда и окружающая среда. Эти компетенции также очень важны для эффективной работы персонала, создания здоровой атмосферы в коллективе и предоставления качественных медицинских услуг населению.

Как видно из рисунка такие компетенции как обеспечение охраны здоровья и безопасности труда в вашей области ответственности и управление воздействием вашей работы на окружающую среду больше присущи менеджерам среднего звена и линейным менеджерам. А такая компетенция как «Обеспечение результативного организационного подхода к охране здоровья и безопасности труда» только менеджерам старшего звена.

	G1	G2	G3	G4
Менеджер старшего звена	●		●	
Менеджер среднего звена	●	●		●
Линейный менеджер	●	●		●

Рисунок 8 – Область E – Охрана здоровья, безопасность труда и окружающая среда

Внедрение созданных стандартов менеджмента здравоохранения позволит:

- привести к общему знаменателю критерии отбора лиц на руководящие должности;
- создать соответствующие индикаторы для оценки деятельности, мониторинга и аттестации;
- составить программы подготовки менеджеров исходя из современных требований к менеджеру, учитывая установленные стандарты необходимых

навыков и знаний.

Более полная информация о стандартах содержится в Отчете С7 «Разработка квалификационных стандартов для менеджеров всех уровней здравоохранения и стратегии реализации», предоставленная консалтинговой компанией «EPOS Health Management» Центру менеджмента РЦРЗ в рамках Проекта по передаче технологий и проведению институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан.

Ниткалиев К.У.

*Руководитель Центра менеджмента Республиканский центр развития здравоохранения
Министерства здравоохранения Республики Казахстан*

Азербаета А.Ж.

*Начальник отдела Центра менеджмента Республиканский центр развития здравоохранения
Министерства здравоохранения Республики Казахстан*

ФУНКЦИИ И КОМПЕТЕНЦИИ МЕНЕДЖЕРОВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: НАСТОЯЩЕЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Должностные функции управленческого персонала медицинских организаций — основа, определяющая их функциональные обязанности, которые должны найти отражение в должностных инструкциях этих сотрудников. Четко разграничить эти функции и обеспечить их выполнение, за счет наличия определенных компетенций у менеджеров — непростая и ответственная задача. Какой функционал необходимо отражать в должностных инструкциях управленческого персонала в сфере здравоохранения РК, вот главное направление данной статьи.

Определение функций и задачи управленческого персонала медицинских организаций, первый шаг на пути внедрения стандартов компетенций для менеджеров. На сегодняшний день, формальное отношение к написанию должностных инструкций породило основную проблему в кадровой политике в сфере здравоохранения, если функции сотрудника описаны не четко и/или он с ними ознакомлен лишь формально — то и требовать их качественного исполнения сложно. Недостаточная четкость и отсутствие важных деталей в описании круга обязанностей менеджеров здравоохранения в должностных инструкциях, к сожалению, характерна для большинства организаций здравоохранения.

В настоящее время отношение к должностной инструкции весьма неоднозначно: ряд управленцев считает, что это «формальная бумага», не имеющая практической важности. Другие считают неприкасаемым документом, написанным в четком соответствии с известными НПА, к примеру с Приказом МЗ РК о квалификационной характеристике должностей работников здравоохранения [1], который «не допускает» никаких изменений.

Обычно такая практика написания должностных инструкций идет с советских времен, когда они имели лишь формальное значение и были перегружены ссылками на множество приказов и других нормативных документов. Но, отличие того времени и нынешнего существенны, создание рынка медицинских услуг и условий конкуренции поставщиков медицинских услуг в условиях автономии требуют совершенно иного подхода к этому вопросу.

В разделе «Должностные (функциональные) обязанности» описываются работы, которые должен выполнять менеджер в рамках своей должности. Данный раздел, как правило, занимает по объему около 60% всего документа. Обязанности (функции) менеджера должны быть выполнимыми и соответствовать задачам данной должности. Помимо перечисления основных функций, в этом разделе обычно указывают периодичность выполнения работником своих основных функций, например: постоянно; еженедельно; по распоряжению руководителя и пр.

Должностные обязанности руководителя в сфере здравоохранения в соответствии с основными функциями включают ряд основных направлений:

- Представляет организацию;
- представляет организацию в государственных органах, организациях и суде;
- обеспечивает соблюдение законности в деятельности организации;
- обеспечивает поддержание организационной репутации и положительного имиджа организации здравоохранения;
- заключает договора с физическими и юридическими лицами;
- совершает сделки с физическими и юридическими лицами;
- обеспечивает достоверность исхо-

дядей из организации официальной информации;

- издает распоряжения и приказы, обязательные для исполнения всеми работниками организации.

Руководит совершенствованием и рациональным обеспечением медицинских услуг по соответствующему профилю в РК:

- определяет политику, стратегию развития медицинских услуг, соответствующего профиля;

- определяет организационно-методическую деятельность по совершенствованию медицинских услуг соответствующего профиля;

- координирует процессы внедрения инновационных технологий по соответствующему профилю медицинских услуг в РК;

- обеспечивает сотрудничество с международными организациями по соответствующему профилю для обмена опытом и трансферта инновационных высокоэффективных медицинских технологий;

- обеспечивает трансферт инновационных медицинских технологий соответствующего профиля в регионы РК.

Руководит производственной деятельностью организации здравоохранения:

- обеспечивает внедрение новых методов работы персонала, направленных на дальнейшее повышение эффективности и качества оказываемой диагностической, лечебной и профилактической помощи;

- обеспечивает совершенствование существующих методов работы персонала, направленных на дальнейшее повышение эффективности и качества оказываемой диагностической, лечебной и профилактической помощи;

- обеспечивает повышение качества оказываемых услуг;

- обеспечивает соответствие государственным стандартам уровня оказываемых услуг;

- направляет действия структурных подразделений на развитие и совершенствование оказываемых медицинских услуг;

- обеспечивает соблюдение правил медицинской этики и деонтологии.

Руководит хозяйственной и финансово-экономической деятельностью организации здравоохранения:

- определяет политику, стратегию деятельности организации;

- определяет механизмы реализации стратегии организации;

- обеспечивает повышение конкурентоспособности оказываемых услуг;

- организывает расчеты себестоимости медицинских услуг;

- определяет экономическую эффективность организации труда и лечебно-диагностического процесса;

- осуществляет руководство проведением комплексного экономического анализа всех видов деятельности учреждений здравоохранения;

- организывает разработку мероприятий по эффективному использованию капитальных вложений, материальных и финансовых ресурсов;

- организывает разработку мероприятий по снижению издержек на оказание медицинских услуг;

- организывает разработку мероприятий по устранению потерь и неэффективных расходов.

Руководит административно-правовой деятельностью организации здравоохранения:

- обеспечивает внедрение новых организационных форм;

- обеспечивает совершенствование существующих организационных форм;

- обеспечивает эффективное взаимодействие структурных подразделений организации;

- принимает меры по обеспечению организации квалифицированными кадрами;

- принимает меры по рациональному использованию персонала организации, их профессиональных знаний и опыта;

- принимает меры по созданию безопасных для жизни и здоровья условий труда;

- принимает меры по формированию благоприятной психологической атмосферы в коллективе;

- обеспечивает на основе принципов социального партнерства разработку коллективного договора;

- обеспечивает заключение коллективного договора;

- обеспечивает выполнение коллективного договора;

- обеспечивает соблюдение трудовой дисциплины;

- способствует развитию трудовой мотивации, инициативы и активности работников;

- осуществляет прием и увольнение работников;

- обеспечивает выполнение требований внутреннего трудового распорядка;

- обеспечивает соблюдение нормативных правовых актов Республики Казахстан в области безопасности и охраны труда.

Несет всю полноту ответственности за принимаемые решения и результаты деятельности организации:

- на основе анализа деятельности организации принимает необходимые меры по улучшению форм и методов работы

организации;

на основе оценки показателей работы организации принимает необходимые меры по улучшению форм и методов работы организации;

- обеспечивает укрепление договорной дисциплины;
- обеспечивает соблюдение законности регулирования социально-трудовых отношений;
- обеспечивает своевременную отчетность организации.

Несет всю полноту ответственности за сохранность имущества и его эффективное использование:

- обеспечивает контроль за эффективным использованием оборудования организации;
- обеспечивает выполнение требований технической эксплуатации приборов, оборудования и механизмов;
- обеспечивает надежное хранение дорогостоящего оборудования и материальных ценностей организации;
- обеспечивает соблюдение нормативных правовых актов Республики Казахстан в области пожарной безопасности.

Несет всю полноту ответственности за финансово-хозяйственные результаты деятельности организации:

- обеспечивает соблюдение законности в вопросах финансово-хозяйственного управления;
- обеспечивает укрепление финансовой дисциплины;
- организует работы по формированию, ведению и хранению базы

данных экономической информации в здравоохранении;

- осуществляет проверку экономической документации и качество ее ведения.

Несет всю полноту ответственности за санитарно-эпидемиологическое состояние:

- координирует работу по изучению и оценке санитарно-эпидемиологических ситуаций;
- определяет приоритетные факторы неблагоприятного воздействия на здоровье человека;
- принимает действенные меры по улучшению санитарно-эпидемиологической ситуации;
- организует оперативный и лабораторно-инструментальный контроль и надзор за проведением гигиенических и противоэпидемических мероприятий;
- организует оперативный и лабораторно-инструментальный контроль и надзор за соблюдением санитарных правил и норм и гигиенических нормативов.

Четкое знание и понимание функций и их формализация является ключевым моментом к подбору компетентного персонала и его постоянного совершенствования в сфере менеджмента здравоохранения. В связи с этим назрела проблема изменения должностных инструкций управленческого персонала в большинстве медицинских организаций, так как фактически, современные реформы в сфере здравоохранения требуют от нынешних управленцев более широких компетенций в сфере менеджмента.

Источники:

1. EPOS Health management, Kazakhstan Health Sector Technology Transfer and Institutional Reform Project //отчет С7, 2011.
2. Приказ и.о. министра здравоохранения РК №791 от 26 ноября 2009г.

Турақбаева Д.А.

Директор Перинатального центра №1 г. Астаны

Ажетова Ж.Р.

Заместитель директора Перинатального центра №1 г. Астаны

ВОЗМОЖНОСТЬ КЛИНИК – ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ БАЗА ДЛЯ УНИВЕРСИТЕТСКОЙ КЛИНИКИ

Аталуы: Клиникалар мүмкіндігі – университеттік клиникалар үшін оқу базасы

Авторы: Турақбаева Д.А., Астана қаласы №1 перинаталдық орталығының директоры; Ажетова Ж.Р., Астана қаласы №1 перинаталдық орталығы директорының орынбасары

Түйіндеме: Мақалада Астана қаласының «1 перинаталдық орталық» ШЖҚ МКК-ның (бұрынғы «№3 қалалық перзентхана» МКҚК) университеттік клиникалар үшін оқу базасы ретіндегі мүмкіндіктеріне тоқталады.

Title: Opportunity for clinic - educational basis for the university clinic

Author: Turakbayeva D.A., Director of the Astana city Perinatal center №1, Azhetova J.R., Deputy director of the Astana city Perinatal center №1

Abstract: This paper describes the capabilities of SCE on REM "Astana city Perinatal center №1" (formerly SCCE "City maternity home №3") Astana - as an educational base for the university clinic.

ГКП на ПХВ «Перинатальный центр №1» (ранее ГККП «Городской родильный дом №3») города Астаны Республики Казахстан функционирует с августа 2005 года и является предприятием оказания медицинской помощи третьего уровня города и имеет в своей структуре 9 отделений в стационаре, хозрасчетное отделение, а также 4 отделения амбулаторной службы, в том числе отделение планирования семьи и репродукции, медико-генетической консультации и отделение пренатальной диагностики, которое обслуживает население всего города.

Оснащение современным оборудованием позволило внедрить ряд новых технологий в отделения перинатологии, гинекологии, репродуктологии и медико-генетической консультации ПЦ №1, который рассчитан на 150 стационарных коек и 250 амбулаторных посещениях в смену.

На базе ПЦ №1 располагается кафедра акушерства и гинекологии по интернатуре АО «Медицинский Университет Астана» под руководством д.м.н., профессора Доцановой А.М., где занимает общую площадь 851,3 кв.м.

Отличия Перинатального центра №1 от существующих родильных домов:

1. Имеет комплекс технического оборудования для обеспечения заданных параметров воздушной среды – так называемых "ЧИСТЫХ ПОМЕЩЕНИЙ";

- контролируются и управляются

другие параметры воздушной среды – температура, влажность, давление;

- обеспечены параметры гигиенические – по необходимому притоку свежего воздуха;
- обеспечены параметры эргономические – такие как освещенность, уровень шума и др. в воздушной среде контролируется концентрация частиц (и / или максимально допустимое количество жизнеспособных микроорганизмов);

- сведено к минимуму поступление частиц извне;

- сведено к минимуму выделение и удержание частиц;

2. Имеется эфферентная терапия, т.е. оснащена аппаратом «Искусственная почка». Диализ. Имеющиеся в родильном доме оборудование позволит его применение в акушерско-гинекологической практике при лечении гестозов, невынашивании беременности. Эфферентные методы также могут использоваться при ведении беременности, осложненной сахарным диабетом, бронхиальной астмой, пиелонефритом, гепатитом неинфекционной этиологии, при лечении иммунологического конфликта при беременности, гемолитической болезни плода и новорожденного.

3. В структуре есть отделение лучевой диагностики (флюорография, рентгенография). Это позволит проводить скрининговые осмотры женщин отдельных возрастных групп с целью раннего выявления

онкопатологии. А также решить проблему запоздалой диагностикой туберкулеза в раннем послеродовом периоде.

4. Отделение планирования семьи и репродукции, медико-генетическая консультация позволяет оказать диагностическую и лечебную помощь бесплодным супружеским парам по принципу «одного окна», включая стационарную помощь и выполнять большой объем консультативно – диагностической помощи наследственных и хромосомных болезней, врожденных пороков развития и других патологий с применением современных технологий.

5. Имеется банк крови, барокамера

Совместно с сотрудниками кафедры акушерства и гинекологии по интернатуре АО «Медицинского Университета Астаны» внедрены эффективные перинатальные технологии, рекомендованные Всемирной Организацией Здравоохранения, для обеспечения квалифицированного ухода до, во время и после беременности и родов, основаны только на данных доказательной медицины. Данные технологии предусмотрены для усиления национальной системы здравоохранения, для достижения Целей тысячелетия в области развития, что в свою очередь позволяет:

- повышать квалификацию работников предприятия;
- улучшить оказание помощи при осложненном течении беременности и родов;
- решать проблемы новорожденных;
- проводить работу с отдельными лицами, семьями и сообществами в целях улучшения состояния здоровья матерей и новорожденных.

Аntenатальное наблюдение беременных ведется по принципу «демедикизации» согласно принципам безопасного материнства, также проводится школа по психопрофилактической подготовке к родам, грудному вскармливанию, методы обезболивания родов, подготовка женщин к вагинальным родам с рубцами на матке и т.д.

В городе Астане по программе дородовой диагностики и профилактики врожденных и наследственных заболеваний у детей, которая направлена на раннее выявление

детей с генетическими нарушениями и предупреждения рождения детей с отклонениями в психофизическом развитии в медико-генетической консультации ПЦ №1 проводится централизованный биохимический скрининг маркерный сывороточных белков (РАРР-А, β-ХГЧ, АФП/ХГЧ и НЭ) с компьютерным расчетом риска, отбор группы беременных женщин высокого риска для проведения инвазивных методов пренатальной диагностики - биопсия ворсин хориона, плацентоцентез и кордоцентез с последующим цитогенетическим исследованием. В рамках реализации государственной программы развития здравоохранения на 2011-2015 годы «Саламатты Казахстан» с целью снижения младенческой смертности от врожденных пороков развития плода с августа 2011 года в структуре предприятия открыт отделение пренатальной диагностики, в котором проводится централизованный ультразвуковой скрининг беременным женщинам города Астаны в сроке 20-21 неделя. Это позволило своевременно диагностировать врожденные пороки развития плода на аппаратах экспертного класса и комиссионно решить вопрос об операбельности и прогнозе плода. В последующем, в апреле 2012 года на нашей базе создано отделение хирургии новорожденных, основной задачей которого является оказание неотложной хирургической, неонатологической помощи новорожденным города Астаны с врожденными пороками развития.

За 6 месяцев работы госпитализировано 42 новорожденных, из них 34 были рождены в ПЦ №1, что составляет 80,9% от всех поступивших. Выписано 29, умерло 9 детей (21%). Проведено 30 операций, оперировано 25 детей, количество умерших после операции – 6 (24%). 13 операций проводились с применением инновационных технологий: устранение спинномозговой грыжи, пластика спинномозгового канала местными тканями (1), пластика черепно-мозговой грыжи (1), вентрикулосубгалеальное шунтирование, наружное дренирование желудочковой системы (8), клипирование открытого артериального протока (3).

Рисунок 8 – Область Е – Охрана здоровья, безопасность труда и окружающая среда

Операция	Тип операций	Количество операции
Операции на желудке	Лапаротомия, ушивание перфорации желудка	1
	Наложение гастростомы по Кадеру	1
	Пилоромиотомия	3
Операции на тонком кишечнике	Лапаротомия, наложение разгрузочного илео-илео анастомоза	3
	Закрытие еюнотомы	1
Операции на толстом кишечнике	Лапаротомия. Двойная концевая сигмостомия	1

Операции на черепе и лицевой области	Хейлопластика	1
	Устранение спинномозговой грыжи	
	Пластика спинномозгового канала местными тканями.	
	Трепанация, иссечение, пластика черепно-мозговой грыжи	
	Вентрикулосубгалеальное шунтирование	
	Вентрикулоперитонеальное шунтирование	1
	Краниотомия, удаление внутримозговой гематомы, наружное дренирование желудочковой системы	2
Операции на передней брюшной стенке	Лапаротомия. Ревизия. Иссечение кисты круглой связки печени, одномоментная пластика пупочного кольца	1
	Силопластика	1
	Пластика передней брюшной стенки	2
Операции на опухолях	Удаление тератомы крестцово-копчиковой области	1
Операции на сердце	Клипирование открытого артериального протока	3
Всего		30

В перинатальном центре №1 ведение родов ориентирована на участие семьи; родильное отделение имеет 16 индивидуальных родильных палат, это дает возможность соблюдать конфиденциальность и персональность. В родовом отделении роды проходят в индивидуальных родильных залах. Поощряются партнерские роды, активным участником которых, интуитивно чувствующим, сопереживающим и помогающим женщине сконцентрироваться на родах, является отец ребенка или близкий родственник. Партнер не должен быть просто наблюдателем, единственная цель присутствия на родах – помочь роженице и затем разделить с ней радость появления ребенка на свет. В послеродовом отделении, матери находятся вместе с детьми, при условии, если мать и ребенок здоровы.

Таким образом:

- Полностью демедикализован физиологический родовой процесс;
- Внедрены органосохраняющие операции (Компрессионный шов по Би-Линч, перевязка сосудов по О'Лири, бимануальная компрессия матки);
- Отработана методика ведения консервативных родов у пациентов, имеющих рубец на матке, после предыдущих Кесарево сечений;
- Лечение тяжелой сочетанной экстрагенитальной патологии у беременных;
- Диагностика функционального состояния внутриутробного плода;
- Выхаживания недоношенных с экстре-

мальной низкой массой тела, реанимация и лечение заболеваний новорожденных.

Кроме того, широко применяется эндовидеохирургические методы лечения женщин, высокоспециализированные операции по восстановлению репродуктивной функции женщин и подготовка к экстракорпоральному оплодотворению. Увеличена частота и улучшено качество эндоскопических вмешательств при внутриматочной патологии, которые проводятся с целью улучшения показателей репродуктивного здоровья женщин.

Однако в практическом здравоохранении мы сталкиваемся с определенными проблемами, такими как:

- Недостаточный уровень практических навыков выпускников медицинских ВУЗ;
- Низкий уровень систематического контроля над практическими навыками молодых врачей в постдипломном образовании (отсутствует проверка по оказанию неотложной помощи на высокотехнологичных симуляторах);
- Слабый уровень теоретической и практической подготовки среди средних медицинских работников;
- Отсутствие симуляционных центров на имеющихся клинических базах.

Для решения данных проблем в нашей клинике созданы все условия, и мы уверены, что совместно с работниками кафедры акушерства и гинекологии по интернатуре АО «МУА» мы продолжим достигать все новых успехов.

Сарсенова Ж.Р.

*Заместитель директора Республиканского центра оценки знаний и навыков
Алматинский государственный институт усовершенствования врачей*

НЕЗАВИСИМАЯ ОЦЕНКА ЗНАНИЙ И НАВЫКОВ ВЫПУСКНИКОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ И СПЕЦИАЛИСТОВ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Аталуы: Медициналық ЖОО-н бітірушілер мен тәжірибелік денсаулық сақтау мамандарының білімі мен дағдыларын тәуелсіз бағалау

Авторы: *Сарсенова Ж.Р., Республикалық білім және дағдыларды бағалау орталығы директорының орынбасары, Алматы мемлекеттік дәрігерлерді жетілдіру институты*

Түйіндеме: Тәуелсіз емтихан алу жүйесін дамыту білім беру бағдарламалары бойынша шешімдер қабылдау үшін айғақтық базаны қамтамасыз етуге мүмкіндік береді: емтихандардың нәтижелері кері байланыс қағидасы бойынша, бағдарламаны бағалауға, бенчмаркинг өткізуге мүмкіндік беретін және, оның ішінде, ЖОО-ның рейтингі үшін негіз болатын, медициналық кадрларды даярлау сапасын қамтамасыз ету құралы ретінде пайдаланылатын болады.

Title: Independent evaluation of knowledge and skills of medical universities graduates and practical healthcare specialists

Author: *Sarsenova J.R., Deputy director of the National center of assessment knowledge and skills Almaty state institute of advanced medical education*

Abstract: The development of an independent examination will provide the evidence base for decision-making in educational programs: by feedback principle test scores will be used as a tool to ensure the quality of the training of medical staff, which allows evaluate the programs, conduct benchmarking and in particular, serve as the basis for the universities rating.

За последние 20 лет медицинская сфера присоединилась к группе высокорисковых профессий, таких как гражданская авиация и ядерная энергетика и переняла комплексную стратегию интенсивной подготовки и периодической оценки квалификации для специалистов здравоохранения. Если, вплоть до 2008 года, система подготовки врачей в большинстве стран была акцентирована на «теоретическом обучении» с последующей стажировкой на рабочем месте с реальными пациентами и варьирующим уровнем самостоятельности, то сегодня, наблюдается повсеместный переход на интегрированную систему «деятельностного обучения» с периодической проверкой квалификации, обязательной для всех клиницистов на индивидуальном, командном и организационном уровне независимо от стажа работы. Задача внедрения независимой оценки квалификации специалистов здравоохранения стоит и перед казахстанским медицинским сообществом. Поручение создать независимую систему подтверждения квалификации было неоднократно озвучено Главой нашего государства: «...Государство не должно одновременно предоставлять образовательные услуги и оценивать их качество. Закончив медицинский институт,

выпускник еще не становится врачом...» (из Послания Президента Н.А. Назарбаева народу Казахстана, «Социально-экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана», Январь, 2012 г.).

В рамках Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг. и Концепции развития медицинского и фармацевтического образования на 2011-2015 гг. с 2013 года запланировано внедрение независимой оценки знаний и навыков выпускников медицинских организаций образования и специалистов здравоохранения. Приказом Министра здравоохранения РК №460 от 9.07.2012 г. на базе Алматинского государственного института усовершенствования врачей создан Республиканский центр оценки знаний и навыков с двумя центрами в гг. Астана и Алматы. Основной задачей центра является разработка и внедрение стандартов и процедур оценки знаний и навыков выпускников и специалистов в сфере здравоохранения.

Внедрение института независимой оценки знаний и навыков предполагает поэтапное решение ряда концептуальных и технических вопросов, в числе которых:

- определение модели и методологическое обеспечение системы неза-

висимой экзаменации;

- формирование нормативно-правовой базы;
- материально-техническое и кадровое обеспечение программ экзаменации.

Ключевой задачей является выбор модели экзаменации, соответствующей потребностям и приоритетам отрасли: на основе выбранной модели экзаменации будет сформирована нормативно-правовая база и материально-техническое и кадровое обеспечение. С этой целью изучен опыт стран с многолетним успешным опытом и развитой системой регулирования профессиональной деятельности. Мировой тренд – комплексная, мультимодальная оценка квалификации и обеспечение качества программ экзаменации на основе психометрических показателей и стандартов.

Независимая экзаменация призвана обеспечить объективность и справедливость процедур оценки. При этом целевая аудитория и задачи оценивания могут быть различными:

1. экзамен в целях отбора кандидатур – вступительные экзамены;
2. экзамен в целях мониторинга выполнения программ обучения – например внешняя оценка учебных достижений (ВОУД), в том числе итоговая аттестация с привлечением внешних экзаменаторов;
3. экзамен в целях выявления кандидатов ниже требуемого уровня квалификации – например лицензирование специалистов;
4. экзамен в целях признания /верификации уровня квалификации/достижений – сертификационные экзамены.

При условии сохранения принципа независимости разработчиков/ экзаменаторов/ администраторов экзамена от заинтересованных в результатах экзаменов лиц или организаций, процедура подготовки (отбор содержания, определение стандарта сдачи и т.д.) и интерпретации результатов

экзаменации в каждом случае различаются, в связи с чем, не рекомендуется использовать один и тот же экзамен в различных целях. Кроме того, все перечисленные выше виды экзаменов относятся к экзаменам высокого уровня – так называемые «High-stakes examination» (высокая ставка) – где по результатам оценки принимаются решения, отражающиеся на дальнейшей судьбе человека. В связи с этим, к таким экзаменам предъявляются особые требования в части доказательства валидности результатов и их интерпретации. Предоставление доказательств валидности экзаменов является ключевым для обеспечения доверия к результатам экзаменов среди профессионального сообщества и общественности в целом. Общеизвестным в среде провайдеров сертификационных и других «high-stakes» экзаменов процедурным стандартом обеспечения качества являются Стандарты психологического и педагогического тестирования (The Standards for Educational and Psychological Testing, APA, 1999).

Ключевым условием обеспечения качества и валидности экзаменов является правильный выбор методов оценки и соблюдение процедур разработки инструментов оценки. В общем случае – метод оценки должен соответствовать целям экзамена и позволять с максимальной достижимой долей вероятности прогнозировать будущую профессиональную «успешность» и компетентность, т.е. быть валидным, достоверным и приемлемым. С этой точки зрения оценка медицинской квалификации представляет большие трудности в связи со сложностью и неоднозначностью условий профессиональной деятельности. На рисунке представлены методы оценки, используемые при оценке квалификации врачей и их основные характеристики, определяющие валидность и достоверность результатов экзаменов.



Рисунок 1 – Методы оценки квалификации врачей и их основные психометрические характеристики

Последние десятилетия характеризуются широким внедрением в программы лицензионных и сертификационных экзаменов методов, моделирующих профессиональную деятельность (симуляции), что позволило повысить их профессиональную аутентичность и прогностическую ценность (экстраполируемость). В то же время, чем выше профессиональная аутентичность метода оценки, тем труднее стандартизировать условия и обеспечить достоверность (надежность, воспроизводимость) и валидность результатов. При этом, речь идет не только об экономических затратах - эти методы характеризуются низким уровнем обобщения и шкалирования. Балансируя между требованиями профессиональной аутентичности и достоверности, большинство программ лицензионных и сертификационных экзаменов используют методы компьютерного тестирования и ОСКЭ, тогда как методы оценки на рабочем месте применяют исключительно в рамках сертификационных экзаменов.

Следующим важным аспектом, который должен быть учтен при разработке программ экзаменации – разработка экзаменационного контента на основе профессиональных стандартов. Профессиональные стандарты выполняют тройную функцию: аккумулируют требования рынка к специалистам данной профессии, являются основой для создания программ обучения и подготовки специалистов и служат базой для присвоения и подтверждения квалификации специалистов. Только так обеспечивается триангуляция потребностей рынка труда, программ подготовки и программ экзаменации. В Казахстане начата работа по приведению структуры квалификации кадров в соответствие с Европейской рамкой квалификаций, которая подразумевает систему Национальной и Отраслевых рамок квалификации, на основе которых разрабатываются профессиональные стандарты. На сегодняшний день основная законодательная база в сфере Национальной и Отраслевых рамок квалификации, профстандартов и независимой сертификации специалистов на уровне базовых понятий заложена: внесены изменения в Трудовой Кодекс, Законы «Об образовании», «О техническом регулировании», «Об аккредитации в области оценки соответствия», определены ответственные

органы, разработана и утверждена Национальная рамка квалификаций, начата работа по разработке Отраслевых рамок и профессиональных стандартов. По линии Министерства образования разработана институциональная модель независимого подтверждения квалификаций и квалификационные требования по ряду специальностей.

С учетом вышеизложенных принципов, в рамках Проекта «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан» разрабатывается Концепция развития независимой экзаменации специалистов здравоохранения РК на 2012-2015гг. Предполагается, что реализация Концепции позволит модернизировать систему оценки знаний и навыков медицинских кадров и обеспечит подготовку кадровой, нормативной, технической и технологической базы для перехода на международную практику лицензирования и сертификации специалистов здравоохранения. С 2013 года будет поэтапно внедряться комплексная мультимодальная система оценки квалификации медицинских кадров с использованием компьютерного тестирования, ОСКЭ, стандартизированных пациентов, портфолио и сертификационных курсов по ключевым клиническим навыкам. Оценка профессиональной квалификации будет охватывать весь спектр специальностей, уровней подготовки и практической деятельности медицинских кадров, включая сертификацию/ресертификацию специалистов здравоохранения в целях присвоения квалификационной категории. В процесс организации и проведения экзаменов будут вовлечены все заинтересованные структуры: органы управления здравоохранения, медицинские организации образования, практическое здравоохранение, и, в первую очередь – неправительственные профессиональные объединения и ассоциации. Развитие системы независимой экзаменации позволит обеспечить доказательную базу для принятия решений по образовательным программам: по принципу обратной связи результаты экзаменов будут использованы в качестве инструмента обеспечения качества подготовки медицинских кадров, позволяющего оценивать программы, проводить бенчмаркинг и, в том числе, служить основой для рейтинга вузов.

Низтаева Э.Н.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В КАЗАХСТАНЕ

Аталуы: Қазақстандығы симуляциялық оқытудың әдістемелік мәні

Авторы: Низтаева Э.Н., Алматы мемлекеттік дәрігерлер білімін жетілдіру институты

Түйіндеме: «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасымен дәрігерлердің біліктілігін жоғарылатуға бағытталған нақты шаралар, тәжірибелік дағдыларды үйрену үшін жағдайды жасау және жақсарту, аймақтық симуляциялық орталықтарды ұйымдастыру қарастырылған. Симуляциялық оқыту жүйесінің модернизациясы және бітіруші түлектер мен тәжірибелік дәрігерлердің дағдысы және білімін тәуелсіз бағалау, дәрігерлер мен орта медициналық қызметкерлердің кәсіби деңгейін жоғарылату үшін жағдай жасап, институттың денсаулық сақтауына енгізу науқастың қауіпсіздік мәдениетінің өрлеуі, себебі қазіргі заманауи медициналық қондырғылардың тиімділігін игеру науқас үшін қауіпсіз болмақ.

Title: Methodological aspects of simulation training in Kazakhstan

Author: Niztayeva A.N., Almaty state institute of improvement of doctors

Abstract: "Salamatty Kazakhstan" State Program provides specific actions aimed at medical staff professional development, arrangement and improvement of conditions for practical skills acquirement, regional simulation centers' organization.

Simulation training system's modernization and implementation to Healthcare of the Institute of independent assessment of knowledge and skills for graduating students and physicians would create the conditions for medical staff's professional level upgrade, patient safety improvement, as the modern effective medical technologies' learning would be exclusive of risks for patients.

Проблема практической подготовки квалифицированных медицинских работников стала как никогда острой, так как традиционная система обучения имеет ряд недостатков. А именно: высокий риск развития осложнений, вызванных действиями врача в условиях развития высоких технологий, отсутствие возможности повторять сложные манипуляции или переделать неудачно выполненный этап манипуляции, обязательность присутствия преподавателя или опытного врача готового скорректировать действия обучаемого, отсутствие количественных и качественных характеристик оценки, то есть объективного тестирования уровня практической подготовки. И наконец, обучение медицинских кадров осуществляется на пациенте, что может сопровождаться риском для их жизни и здоровья при неумелых манипуляциях врача или медицинской сестры. Изучение уровня практической подготовленности медицинских кадров выявило, что он не отвечает требованиям высокотехнологической медицины. Такая ситуация характерна не только для здравоохранения Казахстана, но для многих других развитых стран. Например, в США, по данным исследования Американского Института Медицины (To Err is Human), в

результате врачебных ошибок, неверного диагноза, неправильной тактики лечения ежегодно погибает до 98 тысяч пациентов. Финансовые потери при этом оцениваются в США в 17 млрд. долларов ежегодно. В нашей стране нет такого экспертного органа, который бы занимался анализом врачебных ошибок и мерами по их устранению и предупреждению. Среди причин роста числа медицинских ошибок следует выделить внедрение новых медицинских, в том числе инвазивных, технологий, недостаточную квалификацию медицинских работников. Среди объективных (внешних) факторов, влияющих на вероятность неблагоприятного исхода в лечении больного, необходимо назвать несвоевременность медицинского вмешательства, неправильность и неадекватность выбора метода лечения, состояние больного в момент поступления, особенности течения заболевания, качество диагностики и т.д. За рубежом созданы и работают специальные программы, цель которых – обучение врачей управлению своим поведением, направленное на снижение риска привлечения к ответственности.

Ситуация в Казахстане складывается не лучшим образом. Начинающие врачи получают недостаточную подготовку, не

имеют возможности наблюдать и принимать участие в лечении реальных неотложных состояний в педиатрии, гинекологии, хирургии, реаниматологии и т.д. Уровень практической подготовленности падает год от года. Отмечается низкая степень удовлетворенности работодателей уровнем практических навыков выпускников вузов, на клинических базах низкий уровень доступности пациентов, слабая направленность клиник на обучающий компонент, отрыв профессорско-преподавательского состава вузов от практического здравоохранения, зачастую содержание лекционного материала представлено в виде теоретического материала, а не как руководство к действию при диагностике и лечении.

В настоящее время в Республике Казахстан в рамках совершенствования системы непрерывного профессионального образования осуществляется активное внедрение инновационных образовательных технологий, среди которых учебно-клинические центры. Однако, организованные учебно-клинические центры направлены на совершенствование и отработку навыков у студентов, хотя внедрение пациенториентированных технологий имеет огромное значение и актуальность среди специалистов-врачей. При этом отмечается общие проблемы: отсутствие единых унифицированных программ обучения симуляционным технологиям для врачей и среднего медицинского персонала, учебные заведения вынуждены создавать собственные методики практической подготовки, разрабатывать стандарты тренинга, что в последствии ведет к применению этих методик и учебных пособий, эффективность которых не доказана и не имеет доказательной базы, недостаточное количество подготовленных кадров – профессорско-преподавательского состава, отсутствие стандартов оснащения и деятельности центров симуляционного обучения, отсутствие сравнительной оценки экономической эффективности обученных в симуляционных центрах медицинских кадров, несоответствие симуляционного обучения современным международным стандартам, недостаточное использование центров симуляционного обучения для тестирования и аттестации медицинских работников.

На сегодняшний день производится реконструкция многих клиник, вводятся в строй десятки новых объектов здравоохранения, оснащенных лучшими образцами медицинской техники. Вместе с тем квалификация медицинского персонала не всегда соответствует

должному уровню, не в полной мере используется интеллектуальный потенциал, функциональная аппаратура. Оставляет желать лучшего качество диагностики и лечения пациентов. Все эти причины являются решающими аргументами в пользу безотлагательной необходимости создания целостной системы симуляционного обучения соответствующий международным стандартам. Эффективность симуляционного обучения подтверждает включение в США, Канаде, Норвегии, Швеции обучения на тренажерах-симуляторах в обязательный перечень обучающих программ подготовки врачей и среднего медицинского персонала. Международные подходы к организации тренинг - центра по освоению практических навыков предполагает многоуровневую подготовку врачей и среднего медицинского персонала различных специальностей – обучение от теоретических знаний к практической деятельности: I уровень – теоретическая подготовка, предусматривает усвоение лекционного материала life operation (трансляция операционного процесса) с пояснением специалистов. II уровень – обучение на высокотехнологических тренажерах работа со стандартизированными пациентами. III уровень – работа в секционном материалом, проведение операций на лабораторных животных. Прежде чем допустить врача к пациенту необходимо отработать практические навыки на тренажере и сертифицировать полученные навыки.

Государственной программой предусмотрены конкретные мероприятия направленные на повышение квалификации врачей, улучшение и создание условий для овладения практическими навыками, организация региональных симуляционных центров. Так, например: на реализацию программы совершенствования системы непрерывного профессионального образования медицинских работников выделяется более 800 млн. тенге, на внедрение института независимой оценки знаний и навыков выпускников и практикующих врачей.

На сегодняшний день в Казахстане действующих специалистов – более 150 тысяч медицинских сестер и более 55 тысяч врачей, нуждающихся в сертификации полученных практических знаний. Целью создания такой целостной системы симуляционного обучения на базе АГИУВ является – обеспечение непрерывного профессионального развития медицинских кадров, основанного на современных технологиях освоения практических навыков соответствующих международным стандартам. Для достижения

данной цели мы предлагаем построить в здравоохранении систему симуляционного обучения, тестирования и аттестации. Система должна состоять из 2 головных центров и 16 региональных филиалов. Головные центры будут представлены в Астане и филиал его в г. Алматы. 16 филиалов – вновь созданные центры по типу виртуальных клиник. Кроме того, к системе добровольно могут подключаться частные организации в сфере образования и здравоохранения. Освоение практических навыков в центрах и в региональных филиалах будут проводиться на роботах-пациентах, виртуальных симуляторах с широким использованием стандартизированных пациентов, постановочных ситуационных сцен и клинических сценариев. В разработке программы практической подготовленности врачей и среднего медицинского персонала должны быть включены ведущие медицинские учреждения, главные специалисты в различных областях медицины, профессиональные медицинские ассоциации и объединения и т.д. Полученные на каждом этапе обучения навыки тестируются по объективным показателям, их уровень подтверждается государственным сертификатом, дающим право перехода на следующую ступень обучения или допуск к практической деятельности на пациентах.

Головные Центры представлены как административно-управленческий, организационно-методический, информационный центр системы. Основные функции головных центров – мониторинг независимой оценки знаний и навыков выпускников вузов и специалистов здравоохранения, анализ эффективности деятельности региональных симуляционных центров, симуляционный тренинг для тренеров, экспертов, специалистов здравоохранения, внедрение системы менеджмента учебного процесса, проведение выездных курсов для специалистов

здравоохранения, техническое обслуживание и ремонт симуляционных изделий.

Действующие учебно-клинические центры, которые базируются в медицинских вузах и вновь созданные региональные центры в 16 областях Республики, которые будут базироваться в медицинских колледжах будут создавать условия образовательной среды условий для обеспечения независимой оценки знаний и навыков выпускников вузов и специалистов здравоохранения. Региональный филиал – это центр симуляционного обучения, функционально и административно связанный с Головными центрами. Центр представляет собой «виртуальную клинику», имитирующую структуру медицинской организации, содержащей в себе приемные отделения, палаты, лечебные, диагностические и вспомогательные отделения. Координирующую роль будут выполнять Головные центры так как разрабатывают и внедряют обучающие программы, используют современные тестовые компьютерные системы. Виртуальные симуляторы региональных филиалов в автоматическом режиме заносят в единую базу данных информацию о проводимых мероприятиях, оценки полученных практических навыков. Такое взаимодействие с Головными центрами позволит проводить централизованный анализ по всей Республике.

Таким образом, модернизация системы симуляционного обучения и внедрение в здравоохранение института независимой оценки знаний и навыков выпускников и практикующих врачей создаст условия для повышения профессионального уровня врачей и среднего медицинского персонала, продвижения культуры безопасности пациента, так как освоение современных эффективных медицинских технологий будет без риска для пациента.

Источники:

1. Найговзин Н.Б., Филатов В.Б., Гошков М.Д., Гущина Е.Ю., Кольш А.А..
2. Общероссийская система симуляционного обучения, тестирования и аттестации в здравоохранении. Москва - 2012г.
3. Водозазский Н.Б., Творогова Н.Д., Шеффер Т., Брюгер А., Поттечер Т..
4. Примеры программ обучения преподавателей: методические рекомендации. Омск – 2012г.
5. Knowles M. Современная практика образование взрослых: от педагогики в андрологии. Сан-Франциско, Калифорния Jossey-Bass, 1980г.; с 14-15.
6. Инновационные обучающие технологии в медицине. Материалы Международной конференции. 2012г.
7. Имитационное обучение в системе непрерывного профессионального образования медицинских кадров...диссертация Шубина А. Б..Москва 2011г.

Койков В.В.

Руководитель Центра научных исследований, экспертизы и развития инновационной деятельности в здравоохранении, Республиканский центр развития здравоохранения

Дербисалина Г.А.

Заведующая кафедрой общей врачебной практики АО «Медицинский университет Астана»

Умбетжанова А.Т.

Ассистент кафедры общей врачебной практики АО «Медицинский университет Астана»

ВНЕДРЕНИЕ ИНСТИТУТА МЕНЕДЖЕРОВ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН: СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Аталуы: Қазақстан Республикасындағы медициналық білім институтына менеджерлерді енгізу жағдайы мен перспективалары

Авторлары: **Койков В.В.**, ДСДРО Денсаулық сақтаудағы ғылыми зерттеулер, сараптама және инновациялық қызметті дамыту орталық басшысы; **Дербисалина Г.А.**, «Астана медицина университеті» АҚ жалпы тәжірбиелік дәрігерлер кафедрасының меңгерушісі, **Умбетжанова А.Т.**, «Астана медицина университеті» АҚ жалпы тәжірбиелік дәрігерлер кафедрасының ассистенті

Түйіндеме: Медициналық білімнің ұлттық жүйесі бәсекеге қабілеттілікке жету шарты медициналық кадрларды даярлау үдерісін басқарудың барлық деңгейлерінде және кезеңдерінде тиімді менеджментті енгізу болып табылады. Медициналық білім жүйесіндегі қазіргі заманғы басшы бірқатар критерийлерге сәйкес келуі және көшбасшылық, өзгерістерді және дауларды басқару, тіл табысу машықтары, басқарушылық шешімдерді қабылдау сияқты тиімді менеджердің барлық негізгі құзыреттері болуы тиіс және т.б.

Title: Implementing institution of the medical education managers in the Republic of Kazakhstan: status and prospects

Authors: **Koikov V.V.**, Head of Center for scientific research, expertise and development of innovations in health care of RCHD; **Derbissalina G.A.**, Head of the department of general practice, JSC "Astana Medical University"; **Umbetzhanova A.T.**, Assistant of the department of general medical practice, JSC "Astana Medical University"

Abstract: The condition for achieving the competitiveness of the medical education system is the implementation of effective management at all levels and stages of the management of medical training process. Modern leaders in medical education must meet a number of criteria and have all the key competencies effective manager - leadership, change management and conflict, communication skills, decision-making, etc. Simulation training system's modernization and implementation to Healthcare of the Institute of independent assessment of knowledge and skills for graduating students and physicians would create the conditions for medical staff's professional level upgrade, patient safety improvement, as the modern effective medical technologies' learning would be exclusive of risks for patients.

Поэтапное внедрение института профессиональных менеджеров и прозрачных форм управления организациями здравоохранения Республики Казахстан, осуществляемое в последние годы отраслевым уполномоченным органом [1], прежде всего, затрагивает организации практического здравоохранения. Вместе с тем, наряду с медицинской помощью, в повышении эффективности менеджмента нуждаются и все другие виды медицинской деятельности, в том числе образовательная деятельность в области здравоохранения.

Система медицинского и фармацевтического образования представлена целой сетью организаций среднего профессионального (около 50 колледжей), высшего

(6 вузов в системе МЗ РК, 1 частный вуз и 3 факультета при многопрофильных вузах) и последипломного (2 организации) образования. При этом управление процессом подготовки медицинских кадров зависит от деятельности не только традиционных для всех иных организаций структур административно-управленческого блока (АУБ) (кадровая, финансовая, стратегическая, хозяйственная службы), но также от целой системы специализированных для организаций образования структур, отвечающих за координацию и унификацию учебно-методической работы, внедрение инновационных технологий. К таковым структурам относятся учебно-методический центр, учебно-клинический центр, отдел

инновационных технологий и мониторинга качества обучения, центр медицинского образования, модульные комитеты и т.д. Кроме того, непосредственное управление образовательным процессом осуществляются через систему факультетов, кафедр, курсов. Так только в 6-ти медицинских вузах

системы Министерства здравоохранения функционирует более чем 35 факультетов и более чем 250 кафедр. Всё это указывает на наличие в организациях медицинского образования достаточно большой прослойки менеджеров различного уровня (рисунок 1).



Рисунок 1 – Уровни менеджерских позиций в медицинском вузе

Именно от их менеджерских качеств, наряду с наличием компетентного профессорско-преподавательского состава и надлежащего оснащения, зависит слаженная и эффективная работа всей организации образования в целом, что обуславливает высокую актуальность внедрения современного менеджмента на всех уровнях управления образовательным процессом.

Совершенствование системы менеджмента в организациях образования, включая внедрение принципов корпоративного управления, становится одной из ключевых стратегических задач развития не только медицинского [2], но и всей системы национального [3] образования.

Внедрение института профессиональных менеджеров в системе медицинского образования подразумевает, прежде всего, обеспечение условий для формирования на всех уровнях организации и обеспечения образовательного процесса команды управленцев обладающих всеми необходимыми компетенциями – и компетенциями специалиста в соответствующей профильной сфере (финансовой, стратегической, кадровой, учебно-методической, научно-исследовательской и т.д.), и компетенциями менеджера. К числу последних относится, прежде всего, лидерство, управление изменениями и конфликтами, коммуникативные навыки, принятие управленческих решений [4].

Система медицинского образования – это та сфера, где постоянно имеют место изменения, связанные с необходимостью реагирования на меняющиеся запросы всей системы здравоохранения и непосредственных работодателей для выпускников организации образования. Особенно высок уровень перемен в настоящий период – когда система отечественного образования в целом и медицинское образование, в том числе проходят через период модернизации образовательных программ и стандартов, внедрение новых технологий и в образовательной и в иных сферах деятельности организаций образования.

Все это выводит на первый план роль таких компетенций у руководителя любого уровня в системе медицинского образования как умение оперативно реагировать на перемены. При этом внедрение любой инновации, особенно в условиях достаточно высокого консерватизма и инертности профессорско-преподавательского состава требует от руководителя проявления высоких лидерских качеств [5].

При этом эффективный руководитель должен играть не только активную роль на уровне межличностных взаимоотношений с персоналом, проявляя свои лидерские качества, но и быть «эффективным коммуникатором», выполняя информационную роль и для персонала и для всех заинтересованных в работе организации/

подразделения лиц [6].

Процесс принятия решений требует от руководителя любого уровня в организациях медицинского образования умения анализировать ситуацию, оценивать и правильно распределять ресурсы, определять ответственных лиц.

Таким образом, современный руководитель в системе медицинского образования должен соответствовать целому ряду критериев. Генеральный медицинский

совет Великобритании определил ряд условий, которым должен соответствовать эффективный менеджер в системе здравоохранения (рисунок 2). При этом основными принципами деятельности менеджера должны быть самоотверженность, добросовестность, объективность, ответственность, открытость, честность и лидерство [7]. Данные критерии и принципы, безусловно, распространяются и на менеджеров медицинского образования.

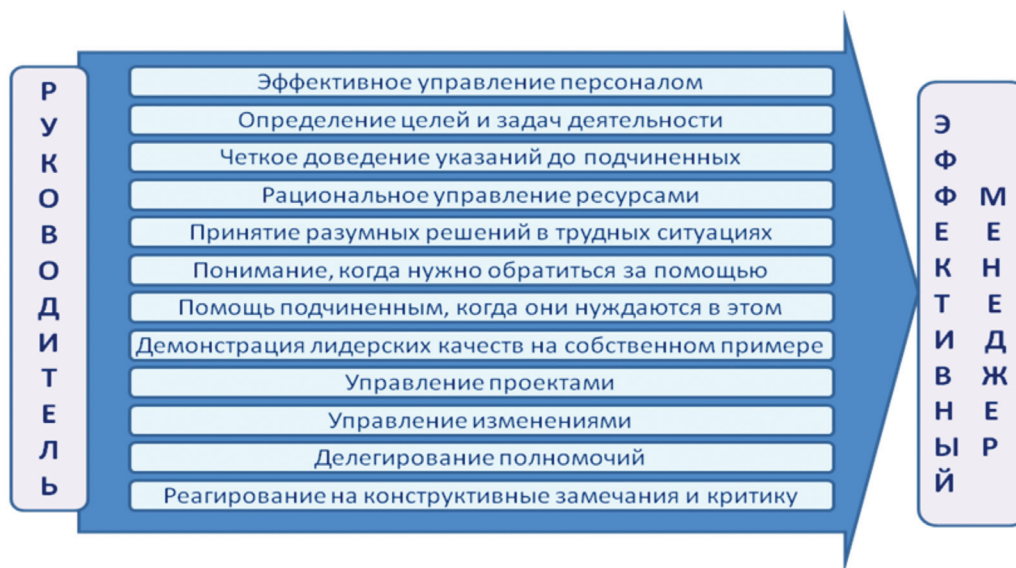


Рисунок 1 – Уровни менеджерских позиций в медицинском вузе

Учитывая вышесказанное, процесс внедрения института профессиональных менеджеров в организациях образования приобретает особую актуальность. При этом необходимы не только мероприятия по подготовке управленцев в сфере медицинского образования (через программы магистратуры, курсы переподготовки), но, прежде всего, формирование действенной системы непрерывного профессионального развития руководителей всех уровней в организациях медицинского образования. При формировании кадровой политики в организациях медицинского образования - назначении руководителей, аттестации руководящего состава - необходимо особое внимание уделять соответствию кандидатов по своим компетенциям позиции менеджера.

Специфика образовательного процесса заключается в том, что непосредственный «производственный» персонал организации образования – преподаватели – по сути в своей педагогической и воспитательной работе должны применять на практике те компетенции, которые традиционно относятся к менеджерским – лидерство, коммуникативные навыки, управление конфликтами, переменами, временем,

организация работы команды и др. Таким образом, обучение менеджерским компетенциям сотрудников организаций медицинского образования имеет особую актуальность и востребованность.

Внедрение эффективного менеджмента на всех уровнях управления организацией медицинского образования должно обеспечивать в полной мере возможность реализации ключевых задач менеджмента, сформулированных П. Друкером: сплочение персонала вокруг общих целей предприятия, развитие в каждом сотруднике предприятия его потенциала и способностей и удовлетворение по возможности его потребностей, обеспечение коммуникации между работниками и формирование их индивидуальной ответственности.

Внедрение эффективного менеджмента через развитие менеджерского потенциала руководителей и менеджерских компетенций преподавателей, а также современных форм эффективного управления организацией – стратегического планирования, финансового и кадрового менеджмента, корпоративного управления, включающего коллегиальность в управлении, самостоятельность в осуществлении деятельности, подотчетность по результатам деятельности, прозрачность дея-

тельности, ответственность, позволит конкурентоспособности организаций обеспечить рост эффективности работы медицинского образования и всей национальной системы подготовки медицинских организаций и создаст условия для национальной системы подготовки медицинских кадров, не только на региональном, но и на повышения эффективности реформ медицинского образования и достижения международного уровне.

Источники:

1. Указ Президента РК от 29 ноября 2010 года № 1113 «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы»
2. Приказ Министра здравоохранения РК от 12 августа 2011 года №534 «Об утверждении Концепции развития медицинского и фармацевтического образования РК на 2011-2015 годы»
3. Указ Президента РК от 7 декабря 2010 года № 1118 «Об утверждении Государственной программы развития образования РК на 2011-2020 годы»
4. Keith G. Provan, Patrick Kenis. Modes of Network Governance: Structure, Management, and Effectiveness // Journal of Public Administration Research and Theory. - Vol. 18. – P. 229-252.
5. Saxena, A. Leadership in medical education: competencies, challenges and strategies for effectiveness. University of Saskatchewan, 2010.
6. Henry Mintzberg. Managing. USA: Berrett Koehler Publishers, 2009. – 320 p.
7. Management for Doctors. Guidance Document. UK: General Medical Council, 2006.

Абдильманова Б.Р.

Центральная клиническая больница Управления Делами Президента Республики Казахстан,
г. Алматы

МЕНЕДЖМЕНТ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЦЕЛЯХ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ИНСУЛЬТОМ

Инсульт объявлен глобальной эпидемией, угрожающей жизни и здоровью населения мира. В мире инсульт переносит 5,6 - 6 миллионов человек в год. Прогнозируется рост смертности от инсульта до 6,7 миллионов в 2015 году и до 7,8 миллионов в 2030 году в случае отсутствия активных глобальных мер по борьбе с этой эпидемией. Инсульт объявлен заболеванием – катастрофой в Индии, Южной Африке, Испании и во всех странах Латинской Америки. Это убийца номер один для людей старше 50 лет в Южной Африке. В большинстве развитых стран инсульт занимает третье место в структуре смертности населения после сердечнососудистых заболеваний и рака [1, 2].

Ежегодная смертность от инсульта в России – одна из наиболее высоких в мире (175 на 100 тысяч человек населения). Показатели заболеваемости и смертности от инсульта среди лиц трудоспособного возраста в России увеличились за последние 10 лет более, чем на 30% (смертность достигает – 41 на 100 тысяч человек населения). При этом, ранняя 30-дневная летальность после инсульта составляет 34,6%, а в течение года умирает примерно половина заболевших. Инсульт является лидирующей причиной инвалидизации населения во всем мире, значительно снижая трудовой потенциал населения и ложится тяжелым социально-экономическим бременем на общество [3].

В США прямые и непрямые социально-экономические потери в связи с инсультами составляют примерно 41 миллиард долларов США. Тревожной тенденцией является омоложение инсульта. Всемирной организацией здравоохранения и Всемирной организацией инсульта разработана программа «Глобальная инициатива по инсульту, направленная на создание глобальной информационной базы данных по инсульту и координацию деятельности стран по профилактике и лечению инсульта» [4, 5].

Однако, предотвращение трагического

последствия инсульта – смерти пациентов, а также снижение их долгосрочной заболеваемости напрямую зависит от менеджмента медицинских организаций, оказывающих специализированную помощь больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения, обеспечивающего наилучшую тактику и эффективные методы ведения больных.

В связи с этим, вызывает интерес опыт организации по оказанию медицинской помощи больным инсультами в специализированном центре, созданном в 2009 году на базе неврологического отделения ЦКБ МЦ УДП РК.

Специализированный центр представляет собой организационно-функциональную структуру и представляет собой непрерывную систему организации медицинской помощи больным с высоким риском развития инсульта, а также после его наступления и в периоде реабилитации, и включает: поликлинику, отделение скорой неотложной помощи, стационар, лабораторную службу, отделение функциональной и лучевой диагностики, специализированные консультативные бригады.

В основе системы оказания медицинской помощи больным инсультом в рамках специализированного Центра лежит единая противоинсультная программа, которая способствует снижению заболеваемости посредством проведения первичной профилактики; и снижению летальности и инвалидизации путем совершенствования качества медицинской помощи при остром инсульте с применением инновационных технологий, индивидуальной вторичной профилактики, а также ранней и продолжительной нейрореабилитации.

Менеджмент при оказании специализированной медицинской помощи больным инсультом основан на алгоритме догоспитальной, стационарной и амбулаторной помощи.

Алгоритм действий бригады скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе в соответствии с клиническими протоколами включает: поддержание жизненно важных функций и немедленную госпитализацию пациента в соответствующий стационар. При этом, бригада скорой медицинской помощи по прибытии немедленно проводит больному неотложные мероприятия согласно протоколу Е-009, оценку адекватности оксигенации и ее коррекцию. Для нормализации дыхания – туалет верхних дыхательных путей и ротоглотки; при брадикардии (ЧДД < 12 в минуту) и тахикардии (ЧДД 35-40 в минуту), и нарастающем цианозе искусственную вентилизацию легких.

При наличии артериальной гипертензии (систолическое артериальное давление > 200 мм.рт.ст. и диастолическом артериальном давлении > 110 мм.рт.ст.) показано медленное снижение артериального давления (не более чем на 15-20% от исходных величин в течение часа, так как резкое снижение, или артериальное давление ниже 160/110 мм рт.ст. опасно усугублением ишемии головного мозга).

При артериальной гипотензии (систолическое артериальное давление < 100 мм.рт.ст.) внутривенно капельно вводят полиглюкин 400,0 мл или рефортан -500мл. При выраженной артериальной гипотонии показано внутривенное капельное введение 250 мг допамина в 250 мг 5 % раствора декстрозы или изотонического раствора натрия хлорида.

При возникновении судорожного синдрома применяют противосудорожные средства, в случае рвоты и при упорной икоте – применяют противорвотные средства.

Алгоритм действий на стационарном этапе (согласно клиническим протоколам) предусматривает следующую последовательность: прием пациента, доставленного бригадой скорой медицинской помощи, оценку жизненно важных функций, оценку общего состояния больного и неврологического статуса, уровня сознания по шкале комы Глазго, организацию и проведение лабораторных и инструментальных исследований; ЭКГ, постановку кубитального катетера, гематологические исследования: определение количества тромбоцитов, гематокрит, АЧТВ, МНО, фибриногена, время кровотечения, гемоглобин, лейкоциты, определение глюкозы крови, КТ головного мозга. Проводится оксигенотерапия, вспомогательная ИВЛ, интубация трахеи, коррекция АД, антиаритмическая терапия (реанимационные мероприятия), ставится вопрос о проведении медикаментозной реканализации (первые 3 часа).

При наличии у пациента ишемического инсульта в блоке интенсивной терапии в соответствии с клиническими протоколами, проводится тромбо-лизис после МРТ и УЗДГ сосудов головного мозга, в случае, если больной доставлен в «терапевтическое окно»- первые 3 часа с момента развития инсульта, оценка и мониторинг неврологического и соматического статуса каждые 30 минут, оксигенация крови, контроль АД, ЧДД, ЧСС, ЭКГ, внутричерепного давления и церебрального перфузионного давления, центрального венозного давления, контроль основных параметров гомеостаза, развернутый анализ крови, электролиты крови, газовый состав крови, ЭХОКГ, ЭЭГ (при наличии судорог). Комплекс мероприятий, обязательных для проведения в стационаре при ишемическом инсульте: наблюдение и уход за больным, профилактика и лечение основных неврологических осложнений, специфические дифференцированные методы лечения инсульта, профилактика и лечение экстрацеребральных осложнений, реабилитационные мероприятия, мероприятия по ранней профилактике повторного инсульта.

При геморрагическом инсульте (внутричерепном и/или внутри желудочковом кровоизлиянии) на госпитальном этапе в блоке интенсивной терапии предусматривает определение оценки и мониторинг неврологического, соматического статуса, уровня сознания по шкале комы Глазго каждые 30 минут, оксигенацию крови, АД, ЧД, ЧСС, ЭКГ, внутричерепного давления и церебрального перфузионного давления, центрального венозного давления, контроль основных параметров гомеостаза, развернутый анализ крови, электролиты крови, газовый состав крови, ПВ, АЧТВ, сахар крови, анализ мочи, проведение рентгенографии грудной клетки, УЗДГ БЦС и ТКС, КТ, МРТ, церебральной ангиографии, ЭЭГ, консультации окулиста, гематолога, нейрохирурга (для определения показаний нейрохирургического вмешательства).

Нейрохирургическое лечение проводится:

- у больных с выраженным неврологическим дефицитом и признаками вовлечения в патологический процесс ствола мозга и обширным кровоизлиянием в мозг (более 40 см³) по данным КТ;
- у больных с очаговым неврологическим дефицитом в сочетании слегка и умеренно выраженными признаками вовлечения в патологический процесс ствола мозга и КТ данными, указывающими на обширное или среднее по размерам кровоизлияние в мозг;
- при обширной и хирургически доступной внутримозговой гематоме с

признаками сдавления мозга;

- в случае повторного кровоизлияния из предварительно хирургической нелеченной аневризмы или артериовенозной мальформации.

Проведение ранней реабилитации (острый период острого нарушения мозгового кровообращения – 16-18 дней) в рамках специализированного центра и в первые два года после острого нарушения мозгового кровообращения на амбулаторном этапе включает осмотр неврологического и соматического статуса пациента, общие и биохимические анализы по показаниям, электролиты крови по показаниям, ЭКГ, инструментальные и электрофизиологические методы исследования, консультации специалистов по показаниям.

При этом, восстановительное лечение основано на мультидисциплинарном принципе: реабилитационные мероприятия (физиотерапия, ЛФК, кинезотерапия, психотерапия, логопед), наблюдение и уход

за больным, профилактика и лечение основных неврологических осложнений, медикаментозная терапия, профилактика и лечение экстрацеребральных осложнений, мероприятия по профилактике повторного инсульта.

Таким образом, разработанный алгоритм операционных процедур, включающий: действия медицинского персонала, объем диагностических обследований, лечебных и реабилитационных мероприятий на догоспитальном, стационарном и амбулаторном этапе, в рамках менеджмента при оказании специализированной медицинской помощи больным инсультом, составляет медико-организационный механизм, обуславливающий своевременность, оперативность, четкость и целесообразность использования клинических и организационных технологий, которые способствуют повышению качества медицинских услуг и снижают последствия инсульта, приводящие к смерти или инвалидности.

Источники:

1. Кумбрас А. Инсульт – острое заболевание, которое можно предотвратить. // Ж. неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова – М.- 2007.- спец. выпуск. – С.74-76.
2. Хаким А.М. Перемены в системе помощи при инсульте: Канадский опыт. // Ж. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – М.- 2007.- спец. выпуск. – С. 129-132.
3. Сворцова В.И. Снижение заболеваемости, смертности и инвалидности от инсультов в Российской Федерации. // Ж. неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – М.- 2007.-спец. Выпуск. – С. 25-28.
4. Радд Э.Г. Национальная стратегия улучшения госпитальной помощи пациентам с острым инсультом на примере Великобритании. // Ж. неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – М.- 2007. – спец. выпуск – С. 347- 351.
5. Грейди Б.О. Развитие и реализация комплексной системы помощи при инсульте. // Ж. неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – М.- 2007.-спец. выпуск. – С. 133-136.

Абельгазина Д., Даниярова С., Ибраева М., Есимова С., Ибраимова Н.

Лекарственный информационно-аналитический центр Республиканский центр развития здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан

ИНСТРУМЕНТЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ИНФОРМИРОВАННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ И МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Что необходимо сделать

1. Проводить анализ информационных материалов, посвященных рынку рецептурных препаратов в Казахстане.

2. Все лекарственные средства, за исключением лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача, утвержденных МЗ РК, должны отпускаться в аптечных организациях только по рецептам установленных форм.

О рекламе

Реклама медикаментов, изделий медицинского назначения, медицинской техники при отсутствии разрешения на их производство и (или) реализацию, а также реклама методов лечения, профилактики, диагностики, реабилитации, не должна допускаться.

Реклама лекарственных средств, отпускаемых по рецепту врача, а также реклама

изделий медицинского назначения и медицинской техники, использование которых требует специальной подготовки, допускается только в печатных изданиях, предназначенных для медицинских и фармацевтических работников.

В целом, регулирование можно свести к следующим нормам:

Запрет рекламы лекарственных средств и медицинской техники.

Реклама может быть разрешена только в специализированных изданиях.

Запрет на рекламу рецептурных лекарств в СМИ.

Сведения, сообщаемые в рекламе должны соответствовать фармакологическим свойствам и этическим нормам.

Запрет на представление в рекламе лекарства как уникального, самого эффективного, наиболее безопасного, исключительного по отсутствию побочных эффектов.

Запрет на создание впечатления ненужности медицинских консультаций.

Запрет на создание ощущения гарантированности эффекта от приема лекарственного средства.

Однако на практике имеют место частые нарушения данных норм. В результате, в обществе формируется скептическое, а порой неадекватно негативное и пренебрежительное отношение к рекламе лекарств в целом. Реклама становится объектом критики в СМИ, в публичных выступлениях. Нарушение норм, регулирующих продвижение рецептурных препаратов может привести к отсутствию информации у населения о лекарственных средствах, и тем самым, спровоцирует безграмотное самолечение.

В РК отмечается низкий уровень профилактической медицины, высокий уровень самолечения, значительная лояльность населения к старым брендам.

Как следует из результатов анкетирования населения республики Казахстан, большая часть населения принимает лекарства без назначения врача - 70% населения (44% постоянно, 26% иногда), из них 60% ссылаются на недостаток времени, 14% - считают себя достаточно грамотными в вопросах самолечения.

Специфика системы здравоохранения:

1) Низкая мотивация врачей на результат;

2) Недобросовестная конкуренция;

3) Низкая медицинская культура населения;

4) Недоверие к врачам;

5) Невнимание к собственному здоровью;

6) Боязнь приема лекарств;

7) Высокая популярность «окультурных» методов лечения (целители, колдуны,

биодобавки, гомеопатия, уриротерапия, святая вода и т. д.);

8) Иждивенческие настроения;

Лечащий врач, обладающий авторитетом в глазах целевой аудитории, оказывает решающее воздействие на выбор того или иного фармпрепарата. На то, какой препарат порекомендует врач, имеет влияние его информированность о нужном лекарстве, глубокое знание препарата и механизма его действия, позитивное отношение к компании-производителю.

Какими же источниками информации о лекарственных препаратах пользуются наши врачи?

На первом месте находятся справочники ЛС. Новые знания черпают оттуда около 50% врачей.

Далее по значимости следуют печатные издания, медицинские представители и др. Интересно, что из всей совокупности врачи обычно выделяют очень маленькое количество информационных источников, которыми они пользуются с максимальной частотой. Большинство врачей склонны использовать справочник Видаля. Несколько меньшей популярностью пользуется «РАС». К другим справочникам врачи прибегают время от времени.

А какие факторы сильнее всего влияют на назначение препаратов?

1. опыт использования данного средства в терапевтической практике.

2. собственный опыт использования лекарственного средства.

3. сведения, полученные от медицинских представителей и просьбы пациентов.

4. значимость соотношения цены и качества и стоимости препаратов.

5. фактор наличия препарата в различных перечнях, включая стандарты лечения.

Медицинские представители компании являются одним из основных источников информации о новых препаратах для врачей.

Инструменты

Информационные кампании в СМИ.

Хорошо подготовленная медиа-кампания – центральный инструмент. При проведении информационной кампании внимание общественности целесообразно привлекать к проблеме заболевания, для лечения которого лекарственные препараты предназначены.

Для того, чтобы сделать информационную кампанию более актуальной и авторитетной по содержанию, к участию в ней необходимо привлекать известных врачей, фармацевтов, медицинских чиновников и других лидеров, интервью с которыми дают, как правило, сильный отклик и повышают интерес к Лекарственному информационно-аналитическому центру. Гораздо эффективнее сочетать ее с интернет-проектами, горячей

линией и другими инструментами воздействия на целевую аудиторию.

Интернет-продвижение.

Интернет-пространство – наиболее демократичный полигон для обсуждения самых разных проблем, связанных со здоровьем человека. Здесь можно все: задать любой вопрос, посвященный конкретной медицинской проблеме, провести пресс-конференцию с участием известных врачей.

Горячие линии.

Горячие линии являются самой известной услугой из предлагаемых Call-центрами.

Этот инструмент продвижения достоверной информации о лекарственных препаратах весьма эффективен, поскольку позволяет удовлетворить потребность населения и специалистов в области здравоохранения в консультации эксперта не выходя из дома, оперативно получить обратную связь,

Кроме того, обычно на горячую линию звонят люди, являющиеся "активными" по жизни, любящие задавать вопросы и охотно несущие полученную информацию в массы. Для организации и проведения горячей линии, необходимы высокотехнологичное оборудование и специально обученный персонал. Все это может обеспечить только специализированный call-центр Лекарственного информационно-аналитического центра.

Промо-акции в аптеках.

Промо-акции довольно часто используются для информированности населения. При их проведении требуется большая подготовительная работа с аптеками, проговаривание всех этапов взаимодействия.

На врачей могут быть нацелены следующие типы мультимедийных проектов:

- информация о проблемах, которую мог бы решить ЛИЦ, включающий большой массив объективной информации о лекарственном препарате, иллюстрации, видео, бюллетени и др.;
- интерактивный справочник о лекарственных препаратах.

Продвижение статьями.

• Размещение статей на сайтах бесплатно и платно через биржи размещения статей.

- Регистрация в каталогах.
- Регистрация сайта в рейтингах увеличивает посещаемость сайта, в том числе сайт получает обратные ссылки с некоторых рейтингов.
- Рассылка по доскам объявлений.
- Рассылка в форумы.
- Социальные сервисы.
- Позволяет увеличить скорость индексации сайта поисковыми системами.
- Постинг в закладки.

- Постинг в социальных сети.
- Покупка ссылок.
- Контекстная реклама.
- Контекстная реклама позволяет в короткие сроки получить целевых посетителей.
- Медийная реклама.
- Баннерная реклама.
- Баннерные показы рекламы популярных обменных сетей.
- 4 направления информационной стратегии.
- Информация о мотивации.
- Информация о полезности информации.
- Информация о СМИ, которые наиболее эффективно влияют на ЛС.
- Информация о выборе рекламного сообщения.

Роль аптечного работника как консультанта по рациональному, эффективному и безопасному применению лекарственных препаратов и одного из участников процесса лечения.

Что касается повседневной практики, то необходимость уделять особое внимание профессиональному консультированию как одной из основных функций аптечного предприятия, осознается все большим количеством руководителей аптек и аптечных сетей.

В рекламных текстах, на «аптечных» web-сайтах (в том числе, и интернет-аптек), на информационных стендах и табличках в самих аптеках, все чаще можно встретить словосочетания «провизор-консультант», «врач-консультант», «продавец-консультант». Конечно, подобная рекламная стратегия является, в первую очередь, маркетинговым ходом, позволяющим привлечь дополнительное количество посетителей за счет повышения качества консультационных услуг, придания им современной и более удобной для покупателей формы. Кроме того, многие аптечные предприятия работают в очень интенсивном ритме, и необходимость оперативно обслуживать покупателей нередко приводит к снижению качества консультационных услуг.

В условиях большого наплыва посетителей провизору (фармацевту за кассовым аппаратом бывает трудно спокойно и доверительно побеседовать с покупателем, грамотно и квалифицированно проконсультировать его. Поэтому наличие в штате аптечного предприятия «освобожденного» провизора-консультанта позволяет оптимизировать работу с населением.

В то время, как консультант, проводит конфиденциальную беседу с обратившимся к нему посетителем, выслушивает его, задает необходимые вопросы, решает, не нужно ли порекомендовать человеку обратиться

к врачу, помогает в случае необходимости осуществить выбор конкретных лекарственных препаратов, предоставляет необходимую информацию по их надлежащему применению и хранению (словом, обслуживает посетителя в рамках концепции ответственного самолечения) – другой провизор (или фармацевт) берет на себя выполнение торговых функций за кассовым аппаратом.

Известно, что многие покупатели с большим доверием относятся к советам врачей, чем рекомендациям аптечных работников. В то же время, по хорошо известным причинам, большинство людей обращаются в лечебные учреждения только при серьезной необходимости, в остальных случаях предпочитают решать свои проблемы со здоровьем самостоятельно или при помощи рекомендаций аптечных работников. Прийти в аптеку, как правило, легче, чем на прием в поликлинику. Поэтому многие предпочитают получить консультацию именно в аптеке (это более доступно, удобно, и что немаловажно, бесплатно), чем в государственном или частном лечебном учреждении.

Функции аптечных организаций:

- оказание консультативной помощи в целях обеспечения ответственного самолечения (аптеки, аптечные пункты);
- предоставление населению необходимой информации по надлежащему использованию и хранению лекарственных препаратов в домашних условиях (аптеки, аптечные пункты, аптечные киоски, аптечные магазины);
- предоставление медицинским работникам учреждений здравоохранения, просвещения, социального обеспечения и др. необходимой информации об имеющихся в аптеке лекарственных препаратах, а также о новых лекарственных препаратах (аптеки, аптечные пункты).

Исходя из всего вышеизложенного, можно констатировать – повседневная аптечная практика в нашей стране складывается таким образом, что торговые функции аптечных учреждений зачастую выходят на первый план, и «продавец» в провизоре (фармацевте), к сожалению, нередко перевешивает «консультанта».

С чем связан рост самолечения?

- социальноэкономические, демографические, экологические изменения в образе и ритме жизни;
- расширение ассортимента и большей доступности аптечной продукции;
- увеличение потенциальной воз-

можности справиться с определенными заболеваниями с помощью самолечения и т.д.

Таким образом, рост самолечения возлагает на аптечного работника ответственность за качественное и надлежащее информирование и консультирование по всем вопросам, связанным с правильным выбором и рациональным применением лекарственных препаратов (в первую очередь, безрецептурных), требует от него активного участия (в рамках своей компетенции) в предупреждении и решении проблем, возникающих в ходе лечения.

Информационной основой для консультирования посетителей аптеки служит, в первую очередь инструкция по применению лекарственного препарата. В то же время при выборе безрецептурного лекарственного средства фармацевт использует свой профессиональный опыт, принимая во внимание эффективность, безопасность и рациональность применения препарата в каждом конкретном случае.

СМС рассылка сообщений.

На сегодняшний день широко используется технические возможности проводить СМС или широкоэвентральную рассылку сообщений у региональных представительств операторов связи.

Информирование в местах массового пребывания.

В местах с массовым пребыванием людей информирование населения осуществляется по уличным светодиодным экранам рекламных компаний, а также по голосовым системам управления эвакуацией и оповещения людей при пожаре.

Информирование на наземном общественном транспорте.

В настоящее время, также используются системы информирования и оповещения людей на некоторых маршрутах городского общественного транспорта (светодиодные табло и громкоговорители).

Подвижные средства информирования.

При необходимости территории, слабо охваченные стационарными средствами информирования населения, оповещаются мобильными средствами громкоговорящей связи (автомобили полиции, автомобили, оборудованные системами громкоговорящей связи).

Для обеспечения эффективного и гарантированного доведения информации до населения проводится комплексное использование всех видов и способов информирования населения.

Аканов А.К.

Ректор Казахского Национального медицинского университета им. С. Д. Асфендиярова, г. Алматы

Бурибаева Ж.К.

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

ПРИНЦИПЫ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ В РЕФОРМАХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Внедрение принципа использования экономических методов управления здравоохранением происходило в конце 80-х годов в ряде регионов СССР в рамках проекта «Новый экономический механизм» (НХМ). Впервые за много десятилетий была предпринята попытка оплачивать не вложенные ресурсы, а конечные результаты деятельности медицинских организаций (МО). Прямое распределение ресурсов на основе административных методов уступили место договорным отношениям между ними. Поликлиника стала центральным звеном в системе экономических отношений, действуя на основе метода взаиморасчетов со стационарами и другими звеньями оказания медицинской помощи. При этом многие отечественные и зарубежные исследователи отмечают и до сих пор признают оригинальность идеологии и достаточно высокий уровень методической подготовки НХМ.

В дальнейшем принцип использования экономических методов управления здравоохранением был использован в системе обязательного медицинского страхования (ОМС). Обобщенный опыт внедрения этой системы организации медицинской помощи в других странах показал, что по мере реализации данного проекта экономические методы управления начинают превалировать, а область прямого администрирования постепенно сужается, уступая место договорным отношениям между страховщиками и медицинскими учреждениями. Получают распространение новые методы оплаты и независимая экспертиза качества медицинской помощи. Постепенно реально повышается роль первичного звена здравоохранения в качестве основного распределителя финансовых потоков и финансовых ресурсов, в результате чего уменьшаются объемы стационарной медпомощи и растут объемы внестационарных видов медицинских услуг, а также

развиваются новые направления и усиливается интеграция медицинской и социальной помощи.

При этом к недостаткам системы ОМС относят некоторые позитивные характеристики прежней системы управления и финансирования, это – отсутствие стратегического и текущего планирования, вертикальная и горизонтальная дезинтеграция управления, слабое влияние страховых медицинских организаций на эффективность использования ресурсов здравоохранения, нарушения договорных отношений в силу тех или иных причин.

В 1998 году И.М. Шейманом был сформулирован ключевой вопрос современного реформирования системы управления здравоохранения большинства стран мира, это определение соотношения планового начала и рыночных регуляторов развития здравоохранения. Для решения данного вопроса необходимо определить:

- 1) конкретный механизм формирования рынка медицинских услуг в сфере общественного здравоохранения;
- 2) границы и методы государственного регулирования для воздействия рыночных сил на достижение целей государственной политики в области здравоохранения и эффективность использования ресурсов;
- 3) механизм определения необходимых объемов и структуры медицинской помощи с учетом рыночных механизмов.

Таким образом, для стран постсоветского пространства при выборе собственной модели здравоохранения наиболее приемлемой и необходимой является ее разновидность – модель регулируемого рынка медицинских услуг («бюджетно-страховая» модель здравоохранения). При этом следует отметить, что в ходе почти векового опыта реализации страховой медицины в зарубежных странах также пришли к выводу о необходимости государственного регулирования здравоохранения.

В Республике Казахстан с 2010 года внедряется Единая национальная система здравоохранения, целью которой является улучшение здоровья граждан через предоставление свободного выбора медицинской организации и врача, внедрение новых финансовых моделей и экономических стимулов для поставщиков медицинских услуг. В рамках этой национальной программы проводятся мероприятия по предоставлению автономности поставщикам медицинских услуг путем преобразования государственных организаций в предприятия на праве хозяйственного ведения (ПХВ). При этом в управлении здравоохранения основополагающим принципом становится принцип использования экономических методов управления здравоохранением, а его разновидностью принцип договорных отношений с поставщиками медицинских услуг.

Ключевым вопросом перехода к модели ПХВ, на наш взгляд, является определение соотношения планового начала (принцип прямого администрирования) и рыночных регуляторов развития здравоохранения (принцип использования экономических методов управления). Преобладание механизмов прямого администрирования может привести к тому, что все ранее существующие проблемы советской системы здравоохранения останутся не решенными. Преобладание экономических методов управления в зарубежных странах привело к росту себестоимости медицинских услуг, снижению % охвата населения медицинским страхованием.

В ряду препятствий последним реформам здравоохранения РК необходимо рассмотреть вопрос о несбалансированности государственных обязательств в отношении предоставления населению бесплатной медицинской помощи (декларативность реального объема ГОБМП). Одним из решений данного вопроса является определение более рационального соотношения бесплатной и платной медицинской помощи. В качестве другого решения предлагается использовать механизмы сооплаты населения, при этом данный механизм вполне уместен в рамках реализации принципа солидарной ответственности государства, работодателей и граждан за сохранение и укрепление индивидуального и общественного здоровья.

Другой проблемой малой эффективности реформ в области здравоохранения является недостаточное научное и методическое обеспечение вопросов управления и финансирования отрасли, выразившееся в недостаточности и запаздывании издания соответствующих законодательно-нормативных документов, отсутствии чет-

кости в изложении различных законов, концепций, планов стратегического развития, несоответствие интерпретации одних и тех же пунктов в различных нормативных документах.

Нами предпринята попытка систематизации принципов управления здравоохранением, при этом следует иметь в виду, что принципы управления отраслью дифференцируются в зависимости от уровня управления.

Ключевыми универсальными принципами управления в новой модели общественного здравоохранения, на наш взгляд, являются следующие:

А. На национальном уровне:

1) отнесение здоровья населения, безопасности, эффективности и качества лекарственных средств к факторам обеспечения национальной безопасности;

2) солидарная ответственность государства, работодателей и граждан за сохранение и укрепление индивидуального и общественного здоровья;

3) оптимальное сочетание отраслевого и территориального управления здравоохранением;

4) государственное регулирование в виде приоритетов/ программ и т.д.;

5) экономичность, эффективность и прозрачность управления.

6) комплексность (системный подход, межсекторальное сотрудничество);

Б. На региональном уровне:

1) единоначалие и коллегиальность. Руководитель пользуется правами единого руководства в решении вопросов, входящих в его компетенцию. Принцип коллегиальности может реализовываться через координационные советы и институт главных внештатных специалистов при органах управления здравоохранением. От соблюдения рационального соотношения между принципами коллегиальности и единоначалия зависит эффективность и действенность управления в целом.

2) законность и государственная гарантия правовых основ финансовой, экономической и организационной деятельности региональных органов управления здравоохранением - гарантия эффективного муниципального управления. Соблюдение законности обеспечивается с помощью нескольких социальных институтов (комитета контроля качества медицинской и фармацевтической деятельности, налогового комитета, антимонопольного комитета, финансовой полиции, комитета по охране труда, прокурорского надзора).

3) гласность – способствует демократизации управленческой деятельности, ее подконтрольности обществу.

4) участие населения в процессе управления через выборные и другие органы местного самоуправления, а также непосредственно через ассоциации, попечительские советы, конференции и др.

5) комплексность, комплексный/системный подход позволяет рационально использовать трудовые, материальные, финансовые и другие ресурсы в региональном здравоохранении, объединение нескольких учреждений в районе с формированием межрайонных советов позволяет эффективно использовать имеющуюся сеть медицинских учреждений в интересах населения всего района.

6) удовлетворение потребностей населения – обязывает местные органы управления здравоохранением обеспечивать население пользующихся спросом медицинских услуг в соответствии со стандартами медицинской помощи и заботиться о санитарном благополучии населения.

7) сочетание отраслевого и территориального управления.

В. На корпоративном уровне:

1. Принцип единоначалия – 1) полная взаимосвязь подчиненного с руководителем, для исключения получения подчиненного противоречивых указаний; 2) прямые должностные отношения руководителей и подчиненных в масштабе всей организации; 3) повышение чувства персональной ответственности за результаты работы.

2. Принцип функционального распределения – 1) ясное определение ожидаемых от управляющего или структурного подразделения результатов; 2) четкое и полное определение направления их деятельности и делегирование организационных полномочий; 3) ясное осознание должностных и информационных взаимосвязей с другими управляющими и подразделениями.

3. Принцип соответствия полномочий и ответственности – ответственность не может превышать предполагавшуюся объемом делегированных полномочий, но и не должна быть меньше ее. Данное соответствие не носит математического характера, оно пространственно-временного порядка, поскольку полномочия, ответственность касаются выполнения одной и той же задачи.

4. Принцип безусловной ответственности и уровня полномочий – 1) сохранение эффективности делегирования, чтобы решения в пределах полномочий отдельных сотрудников принимались ими, а не переадресовывались на высшие организационные уровни; 2) ответственность за деятельность подчиненных несет руководитель, т.к. именно он делегирует полномочия и распределяет обязанности.

В целом, исследователями также предлагается другая классификация принципов управления на корпоративном уровне (для отдельного учреждения):

1. Организационные, координационные и оперативные, которые направлены на активизацию и усиление мотивации деятельности каждого сотрудника и всего коллектива. Среди них: власть и ответственность; единоначалие; единство руководства; централизация; линейное управление; порядок; стабильность; инициатива.

2. Принципы развития, направленные на оптимизацию взаимоотношений и повышение эффективности коллективной деятельности. Это – дисциплина, справедливость, подчинение индивидуальных интересов общим, кооперативный дух, постоянство персонала, вознаграждения и др.

3. Принципы повышения имиджа, авторитета, представительства учреждения.

Не следует забывать и 8 принципов управления согласно теории классического менеджмента:

1) ориентированность организации на потребителя;

2) роль руководства в объединении целей управления и внутренней среды организации, т.е. прямое администрирование;

3) вовлечение работников для использования их способностей на благо организации, т.е. мотивация персонала;

4) подход к управлению как к процессу;

5) системный подход к менеджменту;

6) постоянное улучшение как цель организации;

7) метод принятия решений, основанный на фактах;

8) взаимовыгодные отношения с поставщиками.

Следует отметить, что предлагаемые специалистами классификации принципов управления для корпоративного управления вполне приемлемы и для медицинских организаций. К тому же в условиях функционирования медучреждений на ПХВ эти принципы будут основополагающими при разработке как, в целом, политики существования МО на рынке медицинских услуг, так и, в частности, финансового менеджмента организации. При этом следует подчеркнуть, что неисполнение того или иного принципа управления может привести МО к ряду проблем, в т.ч. недовольство населением качеством медицинских услуг, рост числа необоснованных платных медицинских услуг, недовольство со стороны медперсонала политикой и менеджментом организации, особенно в части распределения дохода и т.д.

Ахимова А.Д., Мушанова З.Е., Худайбергенова М.С., Жусупова Г.К., Ихамбаева А.Н.
 Лекарственный информационно-аналитический центр, Республиканский центр развития
 здравоохранения, МЗ Республики Казахстан

ФОРМУЛЯРНАЯ СИСТЕМА – ОСНОВНОЙ ИНСТРУМЕНТ РАЦИОНАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Введение

Рациональное использование и распределение бюджетных средств, выделяемых на приобретение лекарственных препаратов посредством внедрения и совершенствования формулярной системы в организациях здравоохранения всех уровней, является приоритетной задачей системы здравоохранения. Значительный экономический рост страны за последние годы позитивно повлиял на увеличение финансирования отрасли здравоохранения.

Актуальность

Достижение нового качественного уровня лекарственного обеспечения населения в условиях финансовых ограничений невозможно без совершенствования эффективности использования ресурсов, направляемых на закуп лекарственных препаратов.

Для оптимизации лекарственного обеспечения необходимо рациональное использование лекарственных средств (далее - ЛС). По данным ВОЗ известно что, более 50% всех ЛС назначаются или распространяются нерационально, 50% пациентов неправильно принимают лекарства, треть населения земного шара не имеет доступа к жизненно важным ЛС, а до 10% всех госпитализаций связано с побочными лекарственными реакциями, большую часть которых можно было бы предотвратить..

Экспертами ВОЗ установлено, что основным инструментом рационального использования лекарственных средств является внедрение и совершенствование формулярной системы. Так в 80 % случаев формулярная система облегчает работу врача и оберегает его от ошибок.

Формулярная система – это комплекс информационно-методологических мероприятий организации здравоохранения, обеспечивающая рациональное использование лекарственных средств в рамках ГОБМП и современной, качественную

медицинскую помощь для граждан Республики Казахстан (Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» Указ Президента №193-IV от 18.09.2009 г.).

Формулярная система помогает решать следующие проблемы: ограниченные средства на закуп ЛС, постоянно увеличивающееся число терапевтических альтернатив, неправильное назначение и использование лекарств, отсутствие объективной лекарственной информации, высокая стоимость обеспечения хранения и закупок большого количества наименований ЛС, наличие на рынке ЛС сомнительного качества.

Целью формулярной системы является обеспечение приоритетного использования эффективных, безопасных, экономически доступных лекарственных средств; разработка и внедрение эффективной и рентабельной системы, которая включает последовательные стандартные протоколы лечения, государственный формуляр (справочник), региональный и локальный формуляры (перечни); обеспечение максимальной безопасности лекарственных средств на основе мониторинга и оценки их использования в медицинской практике для максимального предупреждения возникновения побочных реакций на эти средства и ошибок в их использовании; разработка и осуществление мероприятий по повышению использования лекарственных средств специалистами, которые их назначают, и пациентами.

Основными функциями формулярной системы являются: гарантия обеспечения больных качественным лечением; определение и разработка проблемно-ориентированных и совершенных методов рациональной фармакотерапии распространенных заболеваний; определение наиболее клинически и экономически эффективных и безопасных лекарственных препаратов; обеспечение контроля правильности использования препаратов

и принятия мер по предотвращению и исправлению ошибок фармакотерапии; широкое распространение объективной доказательно обоснованной медико-фармацевтической информации среди всех участников процесса здравоохранения; ведение системного профессионального образования

Процесс внедрения формулярной системы рассматривается как оптимизация фармакотерапии при рационализации процесса отбора лекарственных средств с целью увеличения терапевтической отдачи от затрат на их закупку.

Основными компонентами формулярной системы медицинской организации являются: Формулярная комиссия, Лекарственный формуляр (понимаемый как ограничительный перечень), Формулярный справочник, Стандарты фармакотерапии и клинические протоколы ведения больных, Системы контроля, оценки и мониторинга использования лекарств и нежелательных эффектов

Формулярные комиссии представлены трехуровневой системой:

1. Государственный уровень представлен Республиканской Формулярной Комиссией.

2. Региональный уровень представлен Областными формулярными комиссиями.

3. Местный уровень представлен формулярной комиссией медицинской организации.

Главный принцип работы формулярной системы это «принцип снизу-вверх», т.е. Республиканский лекарственный формуляр формируется на основе региональных формуляров, которые в свою очередь, формируются на основе лекарственных формуляров медицинских организаций.

Лекарственный формуляр – это утвержденный руководителем организации здравоохранения и согласованный в порядке, определяемом уполномоченным органом в области здравоохранения, перечень

лекарственных средств, сформированный для оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи с учетом профиля организации здравоохранения, наличие которых обязательно в достаточных количествах (Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» Указ Президента №193-IV от 18.09.2009 г.).

Лекарственный формуляр является документом, представляющим описание препаратов, утвержденных к применению в больнице, поликлинике или всей системе здравоохранения.

Так же как и формулярные комиссии, лекарственный формуляр является трехуровневым:

1. Республиканский Лекарственный Формуляр – обобщение всех региональных (областных) лекарственных формуляров, носит рекомендательный характер.

2. Региональный (областной) Лекарственный Формуляр – обобщение лекарственных формуляров всех медицинских организаций региона (области).

3. Лекарственный Формуляр медицинской организации – является основой для планирования бюджета медицинской организации на лекарственные средства и подлежит пересмотру и обновлению не реже одного раза в год, носит ограничительный характер и формируется 70% лекарственных средств из Республиканского лекарственного формуляра и 30% согласно клинической потребности медицинской организации.

Последовательный поэтапный подход к разработке и внедрению формулярной системы в медицинской организации

С небольшими модификациями такой подход может быть применен в любом лечебном учреждении, закупающем, хранящем и использующем лекарственные средства.

Подобным же образом может быть создан и единый формуляр для группы лечебных учреждений или административных территорий - районов или областей.

Этап I. Административный

Шаг 1.	Представить концепцию и получить поддержку
Шаг 2.	Создать Формулярную комиссию
Шаг 3.	Разработать политику и регулирование

Этап II. Практическая разработка формулярного списка лекарственных средств

Шаг 4.	Выбрать приемлемую терапевтическую классификацию лекарственных средств
Шаг 5.	Провести фоновое исследование: анализ структуры заболеваемости, оценка использования лекарственных средств (ABC и VEN анализ закупок лекарств предыдущего года)
Шаг 6.	Отобрать лекарства для формулярного списка
Шаг 7.	Утвердить формулярный список лекарственных средств
Шаг 8.	Ознакомить медицинский персонал лечебного учреждения с правилами использования неформулярных лекарственных препаратов, включения и исключения лекарств из формулярного списка, генерических и терапевтических замен

Этап III. Разработка формулярного справочника

Шаг 9.	Определить методику и критерии включений информации в формулярный справочник
Шаг 10.	Выбрать источники информации
Шаг 11.	Разработать формат информационных статей по препаратам
Шаг 12.	Создать систему индексов-указателей для облегчения работы со справочником
Шаг 13.	Издать и распространить формулярный справочник

Этап IV. Процесс поддержания формулярной системы

Шаг 14.	Разработать и внедрить внутренние стандарты фармакотерапии или алгоритмы медикаментозной терапии
Шаг 15.	Разработать и внедрить постоянную программу оценки использования лекарственных средств)
Шаг 16.	Разработать и внедрить программу мониторинга нежелательных лекарственных реакций (МНЛР)
Шаг 17.	Регулярно обновлять формулярный список

Обычно рекомендуемый состав формулярной комиссии 7-11 человек с правом голоса:

1. Председатель – обычно, заместитель главного врача по лечебной работе;
2. Секретарь – клинический фармаколог, или заведующий аптечным отделением, или провизор;
3. Заведующие основными больничными отделениями;
4. Авторитетные врачи и специалисты;
5. Ответственный за лекарственные закупки, если нет больничной аптеки.

В лекарственные формуляры организаций здравоохранения включаются лекарственные средства, соответствующие следующим критериям (Приказы Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 декабря 2008 года № 677 «О внедрении Формулярной системы», «Об утверждении Правил разработки и согласования лекарственных формуляров организаций здравоохранения» от 23 ноября 2009 года №762):

- 1) наличие обоснованной потребности в использовании предлагаемого лекарственного средства с учетом данных по заболеваемости;
- 2) наличие предлагаемого лекарственного средства в утвержденных протоколах диагностики и лечения;
- 3) наличие доказательной базы по эффективности и безопасности на предлагаемое лекарственное средство;
- 4) выбор лекарственного средства при наличии преимуществ по сравнению с имеющимся аналогом в лекарственном формуляре, или при отсутствии аналогов;
- 5) выбор лекарственного средства, состоящего из одной лекарственной субстанции (кроме случаев, когда комбинация лекарственных средств имеет подтвержденное преимущество в терапевтическом эффекте), короткой и средней продолжительности действия

(кроме случаев, когда включение лекарственных средств пролонгированного действия обоснованно);

- 6) не допускается дублирование препаратов со схожим терапевтическим действием;
- 7) наличие результатов фармакоэкономических исследований, подтверждающих экономическую и клиническую эффективность;
- 8) лекарственные средства включаются в лекарственный формуляр под международным непатентованным наименованием, с указанием дозировки и лекарственной формы. В случае отсутствия международного непатентованного наименования и многокомпонентных лекарственных средств, указывается их состав;

9) лекарственные средства должны быть зарегистрированы в Республике Казахстан и всегда доступны для закупок у поставщиков.

Степень ограничения числа стандартно используемых в данной организации лекарственных препаратов, должна определяться, прежде всего, потребностями больного и частично, – финансовыми возможностями.

Лекарственный формуляр организации здравоохранения утверждается первым руководителем организации после согласования с местным органом государственного управления здравоохранением области, города республиканского значения и столицы.

Для внесения лекарств в формуляр и исключения из него, врачом заполняется запрос на внесение/ исключение по специальной форме и предоставляется секретарю Формулярной комиссии. При этом должно быть представлен обзор медицинской литературы и сравнительный анализ лекарства, запрошенного для включения в формуляр, с формулярными лекарствами, использующимися по тем

же показаниям. Критериями сравнения являются стоимость, эффективность и безопасность. Если Формулярная комиссия признает, что новое лекарство превосходит по всем показателям уже имеющееся в формуляре, оно вносится в формуляр больницы. Формулярное лекарство (лекарства), уступающее новому, исключается из формуляра, если оно не используется по другим показаниям.

Хотя лекарственные формуляры медицинской организации имеют закрытый тип формуляра (список носит ограничительный характер и врач не может использовать другие препараты, не вошедшие в список), возможно использование неформулярных препаратов, в ограниченном количестве, для конкретного больного, которому требуется специализированное лечение. В таком случае, лечащий врач заполняет форму и направляет ее в аптечное отделение больницы или ФК, с достаточно веским обоснованием.

При составлении формулярного списка рекомендуется использовать международные непатентованные названия (генерические). МНН – это официальное наименование препарата, независимо от того, кто его производит или продает. Коммерческих и фирменных названий одного и того же препарата может варьировать от 10 до 20 наименований. Генерическое наименование показывает принадлежность к определенному классу и химической структуре и позволяет больничному провизору проводить генерическую замену, тогда как фирменная номенклатура обязывает отпускать/или применять только указанный лекарственный препарат, а также генерические препараты, значительно дешевле и это облегчает закупки у различных поставщиков.

Формулярный справочник является ценным источником предоставления достоверной информации медицинским работникам, которая необходима в повседневной практике.

Формулярный справочник – книга, содержащая статьи по лекарственным препаратам формулярного списка организаций здравоохранения, нормативную базу, касающуюся формулярной системы, списки генерических и терапевтических замен, стандарты (протоколы) качества лечения, иная информация, полезная для практической клинической работы (например, расчет доз лекарств при хронической почечной недостаточности, содержание натрия в тех или иных лекарственных препаратах и т. д.).

Для получения достоверной

информации и оценки эффективности, безопасности, качества необходимо использовать адекватные информационные ресурсы.

Использовать информацию, поступающую от производителей лекарственных средств необходимо с осторожностью, так как эти компании далеко не всегда обеспечивают объективную информацию и имеют определенную предвзятость в пользу своего препарата.

Источники медицинской информации подразделяются на три категории: первичные, вторичные и третичные.

Первичная литература – это статьи из журналов и неопубликованные результаты исследований, которые можно получить в редакциях журналов и в службах, публикующих полные статьи (Британский национальный журнал (British Medical Journal), Лансет (Lancet), Журнал по Медицине Новой Англии (New England Journal of Medicine), Журнал Американской Медицинской Ассоциации (Journal of the American Medical Association), Американский Журнал Провизоров в Системе Здравоохранения (American Journal of Health-System Pharmacy)).

Вторичная литература – включает в себя реферативные издания, в которых представлены ссылки и краткие обзоры статей. (Медицинский Бюллетень (Medical Letter), Австралийский врач (Australian Prescriber), Журнальный Обзор (Journal Watch), краткие обзоры статей в Национальная Медицинская библиотека США (MEDLANE и EMBASE, Библиотеки Кохрейн (Cochrane Library), Центр обзоров и распространения (Centre for Review and Dissemination), Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Администрация по контролю пищевых продуктов и лекарственных препаратов (FDA), Доказательства Национальной системы здравоохранения (NHS Evidence), одна из поисковых систем MEDLANE (PubMed).

Третичные информационные источники – включают опубликованные учебники, при написании которых использованы достоверные, признанные и современные источники (Мартиндейл: Экстра Фармакопоя, Американская Служба Больничных Формуляров (American Hospital Formulary Service), Британский Национальный Формуляр (British National Formulary), BNFC (British National Formulary for Children)).

Заключение

Таким образом, формулярная система, эффективность функционирования которой доказана опытом самых передовых стран мира, безусловно, способствует

наиболее рациональному и оптимальному лекарственному обеспечению населения.

Внедрение формулярной системы позволяет достичь: снижения уровня заболеваемости и смертности; снижения расходов на закупки лекарственных средств; сокращения сроков лечебно-диагностического процесса; проведения целевых программ повышения

квалификации медицинского персонала; уменьшения объемов затрат на проведение лечебно-диагностического процесса.

Очень важно еще раз отметить, что все принципы и рекомендации формулярной системы основываются на (!) принципах доказательной медицины, т.е. на анализе результатов применения препаратов у огромного числа больных.

Источники:

1. Bartoloni, A High prevalence of acquired antimicrobial resistance unrelated to heavy antimicrobial consumption / A. Bartoloni, F. Bartalesi, A. Mantella et al. // J Infect. Dis. - 2004. - Vol.189. - P. 1291-1294.
2. Burke, A. Cunha. Antibiotic essentials. /Cunha A. Burke // Physicians Press. - 2004. - P.418.
3. Chopra, I. The role of mutators in the emergence of antibiotic-resistant bacteria /I. Chopra, A.J. O'Neill, K. Miller et al // Drug Res Updates - 2003. - Vol. 6. - P. 137-145.
4. Cornaglia, G. European recommendations for antimicrobial resistance surveillance. / G. Cornaglia, W. Hryniewicz, V. Jarlier et al. // Clin. Microbiol. Infect. - 2004. - Vol. 10. - P. 349-383.
5. П.А. Воробьев АВС-, VEN - и частотный анализы в здравоохранении // Пробл. стандартизации в здравоохранении. - 2004. - № 3.- С. 3-5.
6. Аналитический обзор по результатам оценки рациональности использования лекарственных средств в медицинских учреждениях Республики Татарстан/Зиганшина Л.Е., Бурнашова З.А., Абакумова Т.Р. и др., Казань: Медицина, 2002, 40 стр.
7. Воробьев П.А. Клинико-экономический анализ в медицинской организации (практическое руководство для лиц, принимающих решения) // Пробл. стандартизации в здравоохранении. - 2004. - № 7.- С. 82-114.
8. Хвещук П.Ф., Рудакова А.В. Основы доказательной фармакотерапии // СПб.: Изд-во ВМА, 2005. - 235 с.
9. Методические рекомендации: проведение фармако-экономического анализа потребления лекарственных средств при дополнительном лекарственном обеспечении в системе ОМС. П.А. Воробьев.
10. Методические рекомендации: Формулярная система –основной инструмент рационального использования лекарственных средств. А.Д. Ахимова, З.Е. Мушанова. Астана 201
11. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 декабря 2008 года № 677 «О внедрении Формулярной системы».
12. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2009года № 762 «Об утверждении Правил разработки и согласования лекарственных формуляров организаций здравоохранения»

Балабаев Т.Ф.

Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК, г. Алматы, Казахстан

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ МОНИТОРИНГА В ОБЩЕСТВЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ В КАЗАХСТАНЕ НА ПРИМЕРЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ ПО ВИЧ

По определению международных экспертов мониторингом называется регулярное отслеживание приоритетной информации о программе и ее ожидаемых результатах. Это, как правило, предполагает мониторинг затрат и результатов через системы учета и стандартной отчетности, а также результатов наблюдений, осуществляемых медицинскими учреждениями, и опросов их клиентов. Данные обычно собираются на районном уровне, после чего передаются на национальный уровень для обобщения. Такой мониторинг называется мониторингом

программ, процесса или результатов.

При отслеживании состояния ВИЧ-инфекции, видов поведения, которые способствуют ее распространению, и сильных сторон разных сфер противодействия эпидемии, показатели мониторинга функционируют как «основные показатели состояния» эпидемии ВИЧ-инфекции на районном, региональном или национальном уровне. Они помогают руководителям программы определить, какие сферы требуют больших усилий, и указывают на то, решение каких вопросов поможет улучшить мероприятия по противодействию эпидемии, однако

способы решения этих вопросов можно будет найти только с помощью более совершенных методов исследований, чем те, которые используются при обычном надзоре и мониторинге. Согласованная система имеет несколько преимуществ. Она способствует более эффективному использованию данных и ресурсов, обеспечивая, например, возможность сравнивать показатели и методологии формирования выборок за определенные периоды времени и сокращая дублирование работы. В условиях нехватки ресурсов это важное качество. Данные, полученные с помощью всесторонней системы мониторинга и оценки (МиО), должны служить потребностям многих участников работы, включая руководство программы, исследователей или доноров, которым уже не приходится проводить повторные базовые исследования или оценки, поскольку они могут просто использовать существующие данные. Хорошая координация работы должна привести к лучшему использованию ресурсов.

Система МиО грантов Глобального фонда для борьбы с ВИЧ, туберкулеза и малярии (ГФ) по профилактике передачи ВИЧ является частью национальной системы МиО. Мероприятия по мониторингу и оценке (исследования, оценки и т.д.) грантов ГФ проводятся с целью усиления национальной системы МиО.

Основным реципиентом (ОР) гранта по профилактике ВИЧ среди уязвимых групп населения является Республиканский Центр профилактики и борьбы со СПИД. Основной реципиент согласно требованиям ГФ имеет так называемых субреципиентов для выполнения задач программы снижения вреда.

В целях проведения мониторинга и оценки программной и финансовой деятельности суб-реципиентов гранта ОР проводит мониторинговые визиты в регионы РК. Мониторинговыми визитами должны быть охвачены все суб-реципиенты в текущем программном году. МиО – визит состоит из 2-х частей: программной и финансовой. Программной частью охватываются все суб-реципиенты, а финансовой частью - 100% суб-реципиентов с учётом ежегодного аудита (т.е. если суб-реципиента в данном году проверял аудит, то в этом году в данной организации МиО – визит по финансовой части может не проводиться). Выбор суб-реципиентов, у которых кроме программной части МиО визита также проводится и финансовая часть, зависит от опыта работы с грантами ГФ, качества сдачи отчетов по финансам, проведения аудита и других финансовых вопросов реализации гранта.

ОР проводит мониторинг и оценивает

прогресс по Программе в отношении выполнения ее целей, включая деятельность, осуществляемую суб-реципиентами, в соответствии с Планом мониторинга и оценки, одобренным ГФ. Достижение поставленных целей будет оцениваться по индикаторам, утвержденным Соглашением о гранте Performance Framework (План выполнения) в ходе реализации гранта и утвержденным ГФ. ОР является гарантом получения качественных данных по прогрессу и предоставления достоверной отчетности по результатам Программы.

При проведении мониторинговых визитов рассматриваются все компоненты объединенного гранта ГФ, которые осуществляет суб-реципиент. В случае реализации суб-реципиентом специфического компонента в программной деятельности которого ОР не обладает достаточным потенциалом (например, ОЗТ), ОР имеет право передать функции мониторинга другой организации, обладающей достаточным потенциалом. Если основной суб-реципиент заключает договор на выполнение программной деятельности с другой организацией, то ОР и основной суб-реципиент проводят совместный мониторинговый визит в эту организацию.

В начале программного года утверждается график мониторинговых визитов, состав группы, техническое задание. Состав группы по проведению МиО – визита и длительность визита зависит от следующих моментов: 1) проводится ли мониторинг также и по финансовой части; 2) количество компонентов суб-реципиента, которые мониторируются; 3) тип суб-реципиента. В группу для проведения мониторинга программной части, как правило, входят три специалиста:

1) специалист ОР, отвечающий за реализацию грантов (данным специалистом может быть руководитель ОР, менеджер по реализации программ ОР, специалист по взаимодействию с неправительственными и международными организациями ОР);

2) специалист по мониторингу грантов (данным специалистом может быть руководитель ОР, менеджер по МиО проектов ОР, ассистент менеджера по МиО ОР);

3) независимый эксперт, который нужен для беспристрастного соблюдения интересов гражданского общества в ходе мониторингового визита. Основной задачей данного эксперта является мониторинг работы аутрич-работников, качество оказываемых услуг. Независимый эксперт выбирается со стороны партнеров ОР – международных и неправительственных

организаций. При выборе независимого эксперта ОР руководствуется следующими приоритетами:

а) если в регионе для мониторинга реализует программы основной суб-реципиент, то для мониторинга данного региона приглашается сотрудник этого основного суб-реципиента;

б) при мониторинге организации, являющейся суб-реципиентом основного суб-реципиента, в качестве независимого эксперта может быть только сотрудник основного суб-реципиента; в) в остальных регионах приоритет в первую очередь отдается сотрудникам международных или неправительственных организаций, непосредственно работающими с клиентами программ снижения вреда в других регионах РК и не являющиеся суб-реципиентами гранта ГФ и во вторую очередь наиболее подготовленные в области мониторинга, сотрудники неправительственных организаций, являющиеся суб-реципиентами гранта ГФ. В исключительных случаях при проведении МиО-визита к суб-реципиенту – региональному Центру по профилактике и борьбе со СПИД, в качестве независимого эксперта может быть сотрудник РЦ СПИД.

В состав группы, проводящий мониторинг по программной части может быть включен и 4-й специалист в одном из следующих случаев: особой значимости региона при реализации программ (с эпидемиологической или программной точки зрения), большого количества реализуемых компонентов гранта или значительных поставленных целей.

Если кроме программной части контролируется и финансовая часть, то в состав группы включаются финансовый специалист ОРГ и в случае мониторинга суб-реципиента основного суб-реципиента – финансовый специалист суб-реципиента.

Длительность проведения МиО визита зависит от типа суб-реципиента, в среднем от одного до трех дней. Для проведения каждого МиО визита в регион ОР предоставляет следующую информацию суб-реципиентам о деталях проведения МиО визита: даты проведения МиО визита; состав группы по проведению МиО-визита; какую документацию и за какое время нужно будет предоставить; дату и время проведения встреч с аутрич-работниками, другими сотрудниками, реализующими грант; количество предоставляемых клиентов и время встречи с ними и др. в срок не позднее 3-х календарных дней до проведения МиО визита. Во время подготовительного и в ходе мониторингового визита должны быть осуществлены следующие действия:

- предварительное ознакомление с

отчетной документацией организации суб-реципиента за прошедший период текущего года;

- проведение анализа и оценки деятельности за прошедший период текущего года, а также ревизии документации. В случае необходимости ОР может запросить документы и за прошедший год;

- проверка показателей последнего квартального отчета организации на соответствие первичной документации и достижения поставленных целей;

- оценка инфраструктуры организаций – суб-реципиентов гранта ГФ (наличие и качество офиса, складских помещений, пунктов доверия, дружественных кабинетов, ресурсного учебного центра, аутрич-сети) необходимой для выполнения программной деятельности;

- оценка осуществляемой программной деятельности организаций суб-реципиентов, с акцентом на качество оказания услуг по предоставлению информации, проведению мини-сессий, бесед, психо-социального консультирования (ПСК), предоставление средств индивидуальной защиты, шприцев, игл, дезсредств и т.д.;

- проведение мониторинга использования профилактических средств с акцентом на расходование предоставляемых ресурсов: ИОМ, шприцы, презервативы, гель-любриканты, лекарственные средства: срок годности, остаток ресурсов;

- оценка внутреннего мониторинга организации: ведение отчетно-учетной и договорной документации в соответствии с требованиями проекта, обучение сотрудников проекта, контроль за качеством аутрич-работы, ведение базы данных индивидуального учета клиентов, наличие системы направления клиентов в ПД и ДК и дальнейшего сбора информации об их посещениях;

- посещение пунктов доверия (оценка работы ПД, ознакомление с документацией, встречи с клиентами ПД и т.д.);

- встреча с клиентами проекта, проведение опроса в соответствии с приложением, являющимся неотъемлемой частью отчета по МиО визиту;

- посещение дружественных кабинетов, работающих в рамках проекта (осмотр документации, предоставление бесплатного лечения, наличие лекарственных препаратов на момент визита, срок годности, остаток);

- оценка работы аутрич сети (с акцентом на наличие и полноту договоров с аутрич-работниками, занятости выделенных ставок, нагрузки на одного аутрич-работника, обучение, способность оказывать квалифицированные услуги). Оценка

проводится во время встречи со всеми аутрич-работниками, занятыми в проекте ГФ. Одним из главных элементов встречи является анкетирование аутрич-работников;

- оценка качества предоставляемых услуг клиентам проекта, в ходе беседы как минимум с 5 клиентами из каждой группы в соответствии с приложением являющимся неотъемлемой частью отчета по МиО визиту;

- мониторинг наличия партнерства и сотрудничества с другими суб-реципиентами гранта ГФ, работающими в данной местности, включая правительственный и гражданский сектор (имеются ли договора/ соглашения, рабочие планы, реализованные совместные мероприятия);

- посещение ресурсного учебного центра (РУЦ) (оценка проводимой работы, инфраструктуры, оснащения, деятельность консультанта, наличия документации по РУЦ, знакомство консультанта с должностными обязанностями, основными документами по РУЦ);

- ознакомление с деятельностью специалиста по МиО в рамках проекта ГФ (знаком ли с должностными обязанностями, план работы);

- оценка кадрового потенциала суб-реципиентов по вопросам заполнения квартальных отчетов, предоставляемых в проект ГФ; проведения аутрич-работы.

По результатам МиО визита составляется отчет. Отчет по проведенным МиО - визитам состоит из 2-х отчетов: отчета по программной деятельности и отчета по финансовой деятельности. Оба отчета заполняются в специально разработанной ОР форме. Форма отчета по МиО-визитам пересматривается ОР по мере необходимости. Опрос аутрич-работников проводится согласно разработанной анкете для опроса аутрич-работников. Данная анкета может быть в нескольких вариантах и пересматривается с периодичностью не менее 1 раза в год.

По завершении МиО визита программный отчет подписывается всеми сотрудниками группы МиО визита по программной части, а финансовый отчет подписывается специалистом по финансам. Первый руководитель организации субреципиента (в случае его отсутствия исполняющий обязанности или координатор проекта) ставит роспись в отчете об ознакомлении с программным и финансовым отчетом о МиО визите. После окончания МиО визита ОР отправляет официальное письмо суб-реципиенту по выявленным замечаниям в ходе МиО визита по программной части, в котором указывается срок ответа на письмо. Если в рекомендациях к отчету по МиО визитам

указано предоставление документации суб-реципиенту о ходе исправлений замечаний, то суб-реципиент обязан в соответствии со сроком, указанным в отчете о МиО визите предоставить запрашиваемую документацию.

В результате МиО визита, суб-реципиент оценивается по следующей оценочной шкале: «А» – отлично; «В» – хорошо; «С» –удовлетворительно; «D» – неудовлетворительно.

При этом при оценке «А» по финансовой и программной части, возможно продление договора на выполнение программной деятельности (без участия в конкурсе) на следующий год. При оценке «С» по программной части – проводится повторный МиО визит в текущем году по исправлению выявленных замечаний. При оценке «С» по финансовой части – в зависимости от характера замечаний, их значимости, возможности исправления в текущем году – ОР принимается решение о проведении повторного МиО визита в текущем году по исправлению выявленных замечаний. При оценке «D» отзывается грант. Процедура отзыва гранта производится путем расторжения договора на реализацию программной деятельности между ОР и суб-реципиентом согласно этому же договору. Данная процедура начинается не позже одного месяца по окончании МиО визита и проводится в течение одного месяца (таким образом, грант отзывается в течение 2-х месяцев по завершению МиО визита).

Информация о результатах проведенных МиО визитов предоставляется независимой комиссии по отбору суб-реципиентов и учитывается ею при вынесении решения.

Есть особенности работы с клиентами проекта. Для обеспечения анонимности клиентов и присвоения одного кода одному и тому же клиенту профилактических программ со стороны разных суб-реципиентов используется единая система кодировки клиентов УИК – унифицированный индивидуальный код. Кодировка УИК состоит из 7 символов. Символы 1-2 обозначают первые две буквы имени матери; символы 3-4 обозначают первые две буквы имени отца; символ 5 - «1», если клиент – мужчина; «2», если клиент – женщина; символы 6-7 – две последние цифры года рождения клиента программы. Использование одной системы кодирования всеми суб-реципиентами позволяет учитывать количество охваченных клиентов, а не количество контактов; также эта система позволяет учесть эффект «двойного охвата» клиентов со стороны суб-реципиентов, работающих в одном сайте.

Ответственным за прием отчетов со

стороны суб-реципиентов является менеджер по реализации программ ОР; со стороны международных и неправительственных организаций – специалист по взаимодействию с международными и неправительственными организациями ОР. Ответственным за прием отчетов по финансовой части являются финансовые специалисты ОР, ответственным по движению расходных материалов – специалисты по закупкам ОР. Специалисты по МиО отвечают за сверку предоставленных отчетов с баз данных, анализ отчетов на достоверность предоставленных отчетных данных, анализ достижения поставленных целей. Отчеты предоставляются суб-реципиентами в сроки, указанные в договоре на реализацию программной деятельности между ОР и суб-реципиентами. В течение 5 рабочих дней с момента предоставления отчета ответственный специалист ОР должен проверить предоставленные отчеты суб-реципиента. В случае обнаружения ошибок соответствующий специалист ОР описывает все ошибки, и отправляет их по электронной почте основному суб-реципиенту с требованием их устранения. Процесс продолжается до тех пор, пока суб-реципиент не устранил все замечания. По предоставленным отчетным данным ОР составляет карточки суб-реципиента по программной и финансовой деятельности. В карточках по программной деятельности указывается оценка деятельности суб-реципиента по программной деятельности на основе достижения целей по «ключевым» показателям. Оценка «А1» – свыше 100% выполнения ключевых показателей; «А2» – 90-100% выполнения ключевых показателей; «В1» – 60-89% выполнения индикаторов; «В2» – 30-59% выполнения индикаторов; «С» – менее 30%.

В карточках по финансовой деятельности также указывается оценка деятельности суб-реципиента в зависимости от полноты и качества сдаваемых финан-

совых отчетов. «А1» – отлично; «А2» – хорошо; «В1» – удовлетворительно; «В2» – неудовлетворительно; «С» – плохо. При оценке финансового отчета учитывается следующее:

- соблюдение сроков предоставления финансовых отчетов;
- предоставления всех необходимых копий документов подтверждающих расход;
- целевое расходование денежных средств;
- ведение учета в программе «1-С Бухгалтерия»;
- ведение отдельного бухгалтерского учета от других доноров (проектов);
- перечисление выплат за общественную работу на карт-счета сотрудников и отсутствие выплат наличными из кассы;
- ведение отдельного банковского счета для денежных средств гранта ГФ;
- правильность и полнота заполнения финансового отчета; наличие подписей, печатей в накладных и/или актах выполненных работ.

Основной получатель оставляет за собой право осуществить вычет из суммы ежеквартального транша в следующих размерах: 1) 5% от основной ежеквартальной суммы – при оценке программной деятельности и/или финансовой отчетности «В1»; 2) 10% от основной ежеквартальной суммы – при оценке программной деятельности и/или финансовой отчетности «В2»; 3) 20% от основной ежеквартальной суммы – при оценке программной деятельности и/или финансовой отчетности «С». При этом суб-получатель не освобождается от обязательств в достижении количественных и качественных показателей по договору. Данные карточки предоставляются руководителю отдела реализации грантов международных доноров для принятия решения о возможном уменьшении суммы финансирования на следующий транш.

Бурибаева Ж.К.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

Тулеева А.М.

Областной центр крови, г. Актау

ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕФОРМАХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Существует ряд принципиальных документов ВОЗ (Здоровье-21, Люблянская декларация и т.д.), где ясно отражена позиция ведущих стран и экспертов в политике охраны здоровья. В условиях развития рыночных механизмов и длительного процесса реформирования здравоохранения РК, ищущей «свою индивидуальность», особенно важным представляется определение принципов организации и управления здравоохранением.

В целях реализации конституционных прав граждан на охрану здоровья и обеспечения гарантий их соблюдения в Республике Казахстан принимались многие законы, которые в последующем сформировали основу Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18.09.09 г, в котором закреплено 17 принципов государственной политики в области здравоохранения. Ключевыми универсальными принципами организации в новой модели общественного здравоохранения, на наш взгляд, являются следующие четыре:

1. Солидарная ответственность государства, работодателей и граждан за сохранение и укрепление индивидуального и общественного здоровья. Механизм реализации: многоканальность финансирования системы здравоохранения; внедрение системы медицинского страхования, системы сооплаты за медицинские услуги; участие общественных объединений в обеспечении прав граждан на охрану здоровья; независимая экспертиза качества медицинских услуг.

2. Доступность и равенство прав граждан на получение безопасной, эффективной и качественной медицинской помощи. Механизм реализации: определение этапности в оказании медицинской помощи; расширение объема пользующихся спросом традиционных и новых видов медицинских услуг; обеспечение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП);

3. Социальная и профилактическая ориентированность здравоохранения, направленная на удовлетворение потребностей населения и сохранение, укрепление и развитие здоровья народа. Механизм реализации: обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения; содействие в формировании здорового образа жизни и здорового питания; охрана материнства и детства;

4. Государственная поддержка развития отечественной медицинской науки и образования. Государственная поддержка развития конкурентоспособной медицинской и фармацевтической промышленности.

Управление системой отечественного здравоохранения в Казахстане, как и во всех странах постсоветского пространства, длительное время основывалось преимущественно на принципе прямого администрирования, при этом роль экономических регуляторов практически игнорировалась. Финансирование отрасли до 1996 г. традиционно основывалось на показателях ресурсного обеспечения (кочный фонд, число медицинских работников и проч.), а не конечных результатах. Медицинские организации (МО) ориентировались только на систему нормативов, доводимых органами управления здравоохранением, и были лишены экономических стимулов к расширению объема деятельности и повышению качества медицинской помощи.

В целом, для советской системы здравоохранения и начального этапа развития казахстанского здравоохранения (1991-1995 гг.) было характерно преобладание административных методов управления в сочетании с преимущественно государственным (постатейным) финансированием. К недостаткам данного стиля управления здравоохранением следует отнести:

1) неэффективность управленческой информации для принятия «экономически обоснованных и выгодных» решений, что

особенно актуально для реструктуризации отрасли при переходе на рыночные отношения (сокращение экономических невыгодных МО, открытие новых типов медицинских учреждений и внедрение альтернативных форм оказания медицинской помощи и др.);

2) нерациональное расходование финансов (например, дорогостоящий проект всеобщей диспансеризации, преимущественное финансирование больничной помощи в ущерб ПМСП и др.);

3) отсутствие самостоятельности в принятии управленческих решений на местах, в т.ч. по вопросам рационального планирования в сфере хозяйственных отношений (закуп лекарственных средств, оборудования и т.д.), а также в области стимулирования труда персонала.

Эти недостатки управления, в свою очередь, напрямую нашли свое отражение в высоких показателях обеспеченности населения МО, коечным фондом, медицинскими работниками при низких показателях интенсивности труда, а также дефиците пользующихся спросом у населения медицинских услуг и низком качестве оказываемой медицинской помощи.

Следует выделить, что вышеназванные принципы управления здравоохранением (прямое администрирование, государственное регулирование, постатейное финансирование) обусловили, в свою очередь, искажение принципов самой организации медицинской помощи населению, выразившиеся в следующем:

- нарушения этапности оказания медицинской помощи: преимущественный спрос населения в стационарной помощи, не полное использование потенциала амбулаторно-поликлинических учреждений, отсутствие медицинских услуг в сфере долечивания и ухода;

- не полная доступность населения к медицинской помощи, в т.ч. к качественной медицинской помощи, к видам медицинских услуг, пользующихся наибольшим спросом у потребителей.

При этом следует отметить, что другие принципы организации медицинской помощи были реализованы приблизительно в максимальной степени, это:

1. Ответственность государства за обеспечение здоровья граждан, в т.ч. можно выделить 2 основных подпринципа: бесплатность медицинской помощи для всех граждан и отнесение здоровья населения к факторам обеспечения национальной безопасности. Основные мероприятия: охрана и контроль параметров окружающей среды, медицинское обеспечение всех граждан, всеобщая диспансеризация, финан-

совая поддержка больных и инвалидов. Достижения: высокий уровень здоровья населения, развитая сеть МО.

2. Социальная ориентированность здравоохранения, направленная на удовлетворение потребностей населения и улучшение качества жизни. Основные мероприятия: полное излечение больного вплоть до его медико-социальной реабилитации, государственный контроль реализации санитарных правил и норм, организация сети центров по медико-социальной реабилитации. Достижения: система медико-социальной реабилитации, санитарно-эпидемиологическая служба, центры профилактики патологии и укрепления здоровья.

3. Профилактическая направленность деятельности здравоохранения. Основные мероприятия: бесплатная всеобщая диспансеризация и иммунизация по основным вакцинаозависимым инфекциям, развитие системы восстановительной медицины, организация сети центров профилактики болезней и укрепления здоровья, широкая пропаганда здорового образа жизни, обеспечение доступности услуг по физическому развитию. Достижения: система медико-социальной реабилитации, сеть учреждений санаторно-курортного лечения, центры профилактики патологии и укрепления здоровья.

4. Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Основные мероприятия: создание новых видов медицинских учреждений для борьбы с наиболее актуальными инфекциями и их мобильность, жесткий контроль за индикаторами загрязнения внешней среды, отработанная система реагирования на вспышки инфекционных болезней и др. Достижения: санитарно-эпидемиологическая служба, центры профилактики патологии и укрепления здоровья.

5. Охрана материнства и детства. Основные мероприятия: стимулирование рождаемости путем комплекса мер, в т.ч. бесплатное медицинское обеспечение беременных, родильниц и детей, обязательная бесплатная иммунизация детей, открытие учреждений дошкольного воспитания, медицинское обеспечение учреждений образования и др. Достижения: система специализированных учреждений по охране здоровья матери и ребенка (детские МО, женские консультации, родильные дома), система дошкольного воспитания, медицинское обеспечение учреждений образования.

6. Непрерывность и преемственность медицинского образования и практики. Основные мероприятия: государственный

контроль распределения и использования медицинских кадров, в т.ч. выпускников медицинских ВУЗов и СУЗов. Достижения: регулируемая кадровая политика, ориентированная на потребности населения.

7. Государственная поддержка медицинской науки, внедрения передовых достижений науки в практику здравоохранения. Государственное обеспечение медицинской и фармацевтической промышленности. Основные мероприятия: государственное финансирование научных проектов, организация промышленного выпуска продукции научных достижений

и внедрения в практику. Достижения: развитая отечественная сеть медицинской и фармацевтической промышленности, обеспечивавшая более половины изделий и средств медицинского назначения.

Таким образом, ключевые принципы организации и управления определяют политику проводимых в стране реформ в области здравоохранения. Следует отметить, что принципы управления напрямую влияют на реализацию принципов организации здравоохранения и от их должного исполнения зависит эффективность реализации национальных проектов.

Блаутский Я.В.

АО «КазМедТех», Астана

АО «КАЗМЕДТЕХ» - МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА В ЛИЗИНГ

В последние годы мы наблюдаем многоэтапный процесс переосмысления роли и места здравоохранения в жизни казахстанцев и экономике страны. Эти изменения носят системный характер и продиктованы необходимостью реформ, ведь здравоохранение – это социально значимая сфера, состояние которой определяет национальную безопасность и возможность поступательного развития нашего молодого государства с одной стороны и является значительным сектором экономики с другой. Эти особенности здравоохранения не позволяют рассматривать данную отрасль исключительно как бизнес-сферу, т.к. оценивать здоровье народа исключительно с точки зрения экономической целесообразности невозможно.

Особую роль в этой связи принимает грамотный медицинский менеджмент. Управление организацией здравоохранения, будь то центральная районная больница или республиканский центр, накладывает на руководителя особую ответственность – за жизнь и здоровье пациентов, доверившихся этой больнице. С целью эффективного использования имеющихся ресурсов многие руководители успешно реорганизуют и перепрофилируют коечный фонд, что при наличии квалифицированного персонала и соответствующего технического обеспечения позволяет больнице увеличить количество и поднять качество оказываемых услуг,

повысить заработную плату врачам, среднему и младшему медицинскому персоналу.

Успех лечения в современных условиях обеспечивается во многом благодаря внедрению современной медицинской техники. Сейчас невозможно представить себе современный лечебно – диагностический центр без ультразвукового и рентгеновского аппаратов, современной лаборатории и целого комплекса прочей техники. Сегодня медицинская наука – одна из самых быстроразвивающихся областей человеческих знаний, причем это обусловлено в первую очередь развитием медицинской техники. И не смотря на то, что угнаться за постоянными обновлениями в этой сфере очень тяжело, стремиться к внедрению новейших медицинских технологий, способных усовершенствовать диагностику и ускорить излечение пациента необходимо.

В условиях Единой национальной системы здравоохранения, когда деньги больница получает от государства за каждый пролеченный случай, а у пациента есть возможность выбора врача и больницы, становится очевидным превосходство организаций здравоохранения и врачей, оснащенных современным оборудованием. Внедрение этой техники позволяет врачам оказывать специализированную и высокоспециализированную медицинскую помощь населению, что с одной стороны идет во благо пациенту, а с другой – сулит

значительную прибыль больнице. Вместе с тем, медицинское оборудование - одна из наиболее затратных статей расходов медицинского учреждения, т.к. покупка влечет за собой обслуживание, ремонт, покупку расходных материалов и запасных частей, обучение специалистов и другие расходы.

В Государственной программе развития здравоохранения «Саламатты Казакстан» на 2011-2015 годы отмечено, что основные проблемы в здравоохранении нашей страны связаны не только с недостатком ресурсов, но и с низкой эффективностью их использования. Это напрямую касается медицинской техники. При недостаточном уровне материально-технического оснащения организаций здравоохранения (закупки оборудования удовлетворяют потребность лишь на 40%) и повышающемся год от года, но, тем не менее, ограниченном государственном финансировании, выбор медицинской техники зачастую производится нерационально, а, следовательно, используется она неэффективно. Это наглядно показывают результаты проверок надзорных органов и внутренних аудитов Министерства здравоохранения, согласно которым в организациях здравоохранения часто имеют место случаи простаивания дорогостоящих медицинских аппаратов. Причины различны. Это отсутствие обученного квалифицированного персонала, соответствующих помещений, расходных материалов, запасных частей. Кроме того, выбор закупаемой техники не привязан к потребности в диагностических или лечебных процедурах, для которых она предназначена. Поэтому зачастую мощность приобретаемой техники значительно превышает реальный объем проводимых с помощью этой техники исследований либо манипуляций. При этом нарушается принцип целесообразности.

В рамках реализации государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Казакстан» в ноябре 2010 года была создана лизинговая компания - Акционерное общество со 100% участием государства «КазМедТех», основная цель которой определена как эффективное использование бюджетных средств, выделенных на приобретение медицинской техники, и контроль за ее использованием. В лизинг можно приобрести медицинскую технику стоимостью от 5 до 50 миллионов тенге на срок лизинга от 3 до 5 лет. Лизинговая ставка составляет всего 5%, никакие дополнительные комиссии не взимаются.

Схема лизинга для приобретения медицинской техники была выбрана потому что, во-первых, подразумевает предоставление свободы организации

здравоохранения в части выбора модели медицинской техники. Лизингополучатель, исходя из своих потребностей, опыта работы своих сотрудников и, учитывая технические возможности оборудования, в заявке на получение медицинской техники в лизинг сразу указывает ее модель. Если раньше медицинская техника распределялась преимущественно массово и унифицированно, то сейчас больница может получить оборудование в уникальной, полностью отвечающей ее требованиям комплектации.

Во-вторых, как любая инвестиционная схема, лизинг подразумевает тщательную экспертизу проекта. При этом рассматривается не только технические возможности закупаемого аппарата, но и готовность больницы к его эксплуатации, а самое главное, оценивается потребность больницы в приобретении каждого конкретного прибора. В частности, оценивается количество пациентов за последние годы года по заболеваниям, при которых предполагается использовать запрашиваемую медицинскую технику, количество манипуляций на одного пациента в год, информация об имеющейся в данной медицинской организации аналогичной технике (с учетом ее износа и мощности). Проверяются сведения о готовности клиники к эффективной эксплуатации медицинской техники – наличии соответствующего помещения, обученного персонала, возможности сервисного обслуживания, о потребности в расходных материалах и об объемах оказания платных услуг за последний год. Таким образом, само получение медицинской техники в лизинг является своеобразным индикатором успешности организации здравоохранения и положительной оценкой её менеджмента.

Не менее серьезная проверка проводится в отношении стоимости запрашиваемой медицинской техники, которая сопоставляется со стоимостью аналогичной техники в предыдущих закупках АО «КазМедТех», Министерства здравоохранения Республики Казахстан, ТОО «СК-Фармация», и базами данных Министерства здравоохранения, отражающих весь парк медицинской техники, находящейся на балансе организаций здравоохранения. Впервые в практике закупок медицинской техники внедрена система мониторинга рекомендованной производителем розничной стоимости.

Хотелось бы отдельно остановиться на принципах окупаемости приобретаемой в лизинг медицинской техники. Организации здравоохранения, оказывающие медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, смогут

получить возмещение лизинговых платежей в полном объеме от государства в случае эффективного использования полученной в лизинг техники. Если же больница не полностью выполняет объем услуг, на который рассчитана медицинская техника, а только, к примеру, на 70% от плана, который рассчитывается для каждой больницы индивидуально, то и доля возмещения лизингового платежа от государства будет соответствующей. Остальную часть больница должна будет заплатить самостоятельно из собственных средств, например, вырученных за оказание платных услуг. Фактически, если организация здравоохранения получает «знакомую» ей технику, либо не требующую внедрения принципиально новых навыков, то, как правило, количество услуг с момента запуска сразу выходит на плановый уровень, в противном случае период «освоения» может затянуться до 3-4 месяцев. АО «КазМедТех» проводит мониторинг использования медицинской техники посредством электронного регистра стационарных больных и выездов на места.

Важный аспект эксплуатации медицинской техники – это гарантийное и послегарантийное сервисное обслуживание. Здесь больницы, получающие оборудование на условиях лизинга так же находятся в выигрышной позиции, т.к. гарантийный срок на всю поставляемую АО «КазМедТех» медицинскую технику составляет 37 месяцев, т.е. зачастую соответствует сроку лизинга. Если к этому прибавить то, что поставщик согласно договора должен проводить проверку работоспособности поставленного им оборудования не реже одного раза в 3 месяца, становится очевидным, что риски больницы в этом отношении минимальны.

При этом, больница защищена от убытков в случае поломки медицинской техники не только гарантийными обязательствами поставщика и производителя, но и Законом «О финансовом лизинге» и Гражданским кодексом.

Учитывая тот факт, что поставляемая АО «КазМедТех» медицинская техника является современной и высокотехнологичной, становится ясным, что система лизинга косвенно стимулирует повышение квалификации специалистов и в целом способствует улучшению качества медицинской помощи.

На данный момент уже поставлено 85 единиц медицинской техники, на которой уже выполнено более 600 эндоскопических операций, около 5 тыс. рентгенологических и более 10 тыс. ультразвуковых исследований, оказано более 1000 анестезиологических пособий, а количество оказанных лабораторных услуг превысило 100 тыс. До конца текущего года планируется довести количество заключенных договоров на поставку медицинской техники до 200.

В целом, первый опыт поставок медицинской техники на условиях лизинга получил положительные отзывы как от ее пользователей – организаций здравоохранения, так и от Министерства здравоохранения. Нарботанную методику экспертизы проектов оснащения медицинской техникой начиная с будущего года планируется использовать в рамках государственных программ «100 больниц», «350 амбулаторий», также экспертизу в АО «КазМедТех» будет проходить техника стоимостью свыше 50 млн тенге, закупаемая через целевые текущие трансферты Министерства здравоохранения.

Джансенгиров Т.

Директор ГКП на ПХВ «Талдыкорганская городская поликлиника»

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПИТАНИЯ В ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ И ЕЕ РЕОРГАНИЗАЦИЯ

Одним из наиболее важных вопросов здравоохранения является организация питания больных в стационарах лечебно-профилактических учреждений.

Данный процесс трудоемкий, занимает массу времени, сил и средств. Мы привыкли считать и включать в стоимость питания только продукты, а надо не забывать и те коммунальные расходы, которые

затрачиваются при приготовлении пищи, оборудование, требующее ремонта и обновления, огромная армия поваров, кухонных рабочих, кладовщиков, буфетчиц и т.д. Если подсчитать все эти дополнительные расходы, то сумма получится около 15% от бюджета больницы.

Кроме этого, данный раздел является благодатной «питательной средой» для всех без исключения проверяющих органов.

Ни для кого не секрет, что пока пища попадает к больному на стол, проходит через 3-4 посредника и неумолимо уменьшается в количествах и ухудшается в качестве.

Никакими жесткими запретительными мерами и контролем данный вопрос до сих пор не решается.

Врачи-диетологи и медицинские сестры ежедневно расписывают 15 видов диет и пытаются за 7-8 дней (средняя продолжительность пребывания в стационаре) приучить больного питаться именно так.

Исходя из вышеизложенного и в целях

улучшения лечебно-диагностического процесса, упрощения работы медицинского персонала питание больных надо передать в частные руки на условиях договора.

Где есть возможность (большая столовая, больницы до 200 коек) питание организовать в одном месте через талонную систему. Больные, которые не могут ходить, а их в зависимости от профиля отделения не больше 5%-30%, можно покормить на месте, как и раньше.

Упростить надо диету: стол должен быть общий, щадящий и нулевой.

Врачи-диетологи, должны расписывать диету нуждающимся больным в домашних условиях.

Хранение продуктов, приготовление пищи, количество и качество, и т.д., контроль со стороны администрации можно отразить в договоре.

Невозможно в коротком докладе отразить все нюансы данного раздела, но в любом случае он требует изучения и других подходов к решению данной проблемы.

Жармухамбетова Е.А.

Центральная клиническая больница Управления Делами Президента Республики Казахстан,
г. Алматы

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Социально-экономические преобразования, осуществляемые в Казахстане, развитие рыночных отношений в системе здравоохранения, обусловили необходимость эффективного использования ресурсов здравоохранения и обеспечения качества медицинской помощи в целом, и травматологической, в частности.

Главной потребностью травматологического больного является получение медицинской помощи, которая завершилась бы или полным выздоровлением, или существенно облегчила бы его состояние. Уровень эффективности работы травматологической службы напрямую зависит от качества оказываемых диагностических и лечебных услуг. В связи с этим, удовлетворение потребности населения в высококачественной травматологической помощи требует создание действенных механизмов обеспечения качества и эффективности

специализированной помощи, внедрения их в практику здравоохранения.

Наряду с этим, принятие адекватных управленческих решений, направленных на повышение эффективности деятельности медицинских учреждений и удовлетворение потребностей населения, возможно только на основе получения соответствующей информации о качестве оказываемой медицинской помощи и выявления факторов, влияющих на его уровень. При этом, важным путем является внедрение постоянно действующих систем оценки качества и эффективности медицинской помощи, которые помимо совершенствования управления в целом, способствуют решению таких конкретных задач, как лицензирование и аккредитация медицинских организаций.

Система оценки качества и эффективности травматологической помощи, по нашему

мнению, должна основываться на следующих составляющих: структурных, процессуальных и базирующихся на учете конечных результатов, подходах. Структурный подход должен учитываться при анализе различных факторов (обеспеченность ресурсами, состояние объекта, организационные формы, использование инновационных технологий). Процессуальный подход предусматривает оценку соблюдения выбранных технологий, стандартные операционные процедуры. Подход, основанный на учете конечных результатов, ориентирует на достижение намеченных целей, и особенно важно, с избранием приоритетных технологий, осуществляемых в травматологии и ортопедии, предопределяет результативность лечения. Например, успешное использование в течение последнего десятилетия, эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов значительно повысило качества жизни больных.

Зависимость эффективности травматологической помощи от медицинских технологий обуславливает необходимость правильного их выбора. Тем не менее, разработка так называемых «стандартов качества», как в целом в системе отечественной медицины, так в области травматологии, подразумевает перечень и количество конкретных лечебно-диагностических мероприятий и манипуляций при различных травматологических заболеваний, то есть, усредненный объем медицинской помощи.

Однако, на практике, нередко, даже в идентичных учреждениях травматологической службы, лечение аналогичных категорий больных осуществляется по разному, не говоря о каждом конкретном случае, когда необходимо учитывать состояние больного, наличие у него тех или иных противопоказаний, особенности течения заболевания и другое. То есть, поддерживая идею стандартизаций медицинской помощи в решении вопросов подготовки медицинского персонала, внедрения новых методов диагностики, и лечения, необходимо осторожное и тщательное отношение к использованию данных «стандартов» для оценки применяемых технологий, так как, при этом, могут нивелироваться индивидуальный подход к больному, и не всегда оптимально использоваться материальные и кадровые ресурсы. Поэтому, говоря о стандартизации следует иметь в виду, прежде всего правильное избрание конкретной технологии, приводящей к максимально позитивному результату. Тем более, что выбор той или иной технологии может быть обусловлен не только заболеванием и состоянием больного, но и конкретными условиями оказания медицинской помощи: уровнем материально-технической оснащенности, кадровой обеспеченностью данного

медицинского учреждения.

Важное значение имеет правильный выбор критериев для оценки достигнутых результатов. В качестве таких критериев может быть рассмотрена динамика состояния пациентов в ходе лечебно-диагностического процесса, своевременное получение квалифицированного заключения консультанта, удовлетворенность больного оказанной медицинской помощью и другое. Параллельно с этим, удовлетворенность больного оказанной медицинской помощью в травматологии, может рассматриваться не только с точки зрения, как одна из основных задач всей системы здравоохранения, но и в качестве индикатора качества работы медицинского персонала, в частности, в период послеоперационного ухода. При этом, стандартные требования к обеспечению учреждений травматологической службы разного уровня необходимым оборудованием, набором помещений, обеспечением кадрами, должны гарантировать одинаковый уровень качества травматологической помощи в различных лечебно-профилактических учреждениях.

Стандартизация, как направление в системе здравоохранения, получила свое распространение в конце XIX века, во второй половине XX века получили отражение вопросы разработки и использования медицинских стандартов в ряде зарубежных стран. В Казахстане стандартизация на основе формирования тенденции к специализации и внедрения новых медицинских технологий, получила развитие в системе здравоохранения в начале XXI века. Разработанные и действующие стандарты диагностики, лечения и результатов лечения в соответствии с возможностями лечебно-профилактических учреждений, потребностями пациентов, медицинской эффективностью и экономической целесообразностью являются основой объема и характера оказываемой медицинской помощи больному, необходимого лечения, и документально подтверждают правомерность ведения больного с позиции диагностики и лечения, и что, очень значимо, являются инструментом правового регулирования взаимоотношений в отрасли и повышения качества медицинской помощи.

Вместе с тем, обеспечение качества подразумевает создание всех необходимых условий для качественного оказания медицинской помощи, включающее не только оснащение всеми необходимыми ресурсами в соответствии со стандартами, но и правильную организацию всей работы. При взаимосвязи технологических стандартов оказания медицинской помощи с затратами ресурсов, следует иметь в виду медико-экономические стандарты. Необходимо подчеркнуть, что

управление качеством медицинской помощи осуществляется посредством управления ресурсами, их структурном взаимоотношением и функционированием для обеспечения выполнения стандартов структуры, процесса и результата. В то же время, медицинские технологии, основанные на принципе внутрибольничной этапности оказания медицинской помощи, в соответствии с тяжестью состояния больных, в травматологическом стационаре, так же как и в других стационарах, предусматривают последовательность определенных технологических операций, объединенных в целостные технологические схемы.

Основопологающим моментом в оценке качества травматологической помощи является экспертиза законченных случаев пролеченных больных, которая предполагает определение соответствия конкретных результатов диагностики и лечения ожидаемым результатам и производится с использованием медико-экономических стандартов. Следует указать, что стандарты в здравоохранении должны постоянно изменяться, так как они отражают изменяющуюся систему здравоохранения, заключающуюся в технологии, профессиональной практике, экономических условиях, требованиях потребителей

медицинских услуг и моделях лечения. Динамичность стандартов в травматологии, как и в других медицинских специальностях, подразумевает не только сроки их пересмотра, но и разработку, и реализацию новых стандартов оказания медицинской помощи, направленных на достижение более высокого уровня качества медицинских услуг.

Таким образом, опыт внедрения стандартизации травматологической помощи в частности, наряду с реализацией стандартов в системе здравоохранения республики, при классическом определении стандарта, данном Донабедианом, как “профессионально обусловленные определения ряда приемлемых вариаций от нормы или критерия”, а также согласно Оксфордскому словарю стандарты являются “степенями мастерства” (degrees of excellence), базой для сравнения (a basis for Comparison), “минимумом” (minimum), с которым здравоохранение и общество может быть согласно, а также признаны в качестве “модели для имитации” (a model for imitation), в целом, позволяет сделать заключение о значимости стандартизации на государственном и отраслевом уровнях, позволяющей достигать более высокий уровень медицинских услуг во взаимосвязи с эффективной деятельностью системы здравоохранения.

Жакупова М.А.

Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни, г. Алматы

УНИФИЦИРОВАННАЯ СХЕМА ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Контроль, как одна из составляющих структурных элементов менеджмента, представляет собой важное звено оценки или экспертизы качества медицинской помощи.

Создание эффективных механизмов, обеспечивающих качество медицинской помощи в рамках системы здравоохранения, прежде всего определено тем, что в последние годы система здравоохранения, требующая все больших затрат в связи с развитием медицинских технологий, не привела к адекватно эффективной помощи и удовлетворенности ею населения.

Целенаправленное влияние на качество и эффективность медицинской помощи

могут располагать только такие методики, которые позволяли бы объективно оценивать и измерять медицинские показатели. Однако, в практике здравоохранения оценка показателей качества и эффективности сложна и, до настоящего времени, четко не установлена.

На наш взгляд, действующими показателями оценки качества гинекологической помощи, является ряд количественных и качественных показателей.

К количественным показателям относятся:

- обеспеченность гинекологическими койками;
- среднее число дней занятости гине-

кологической койки;

- средняя длительность пребывания пациентки на койке;
- оборот койки;
- средняя длительность лечения больной в гинекологическом отделении.

Указанные показатели при годовом анализе сопоставляются с качественными, что позволяет оценить эффективность используемых организационных технологий, и их эффективность на качество медицинской помощи.

К качественным показателям оценки оказания гинекологической помощи следует отнести: летальность и совпадение клинических и патологоанатомических диагнозов.

Ценным является коэффициент социальной удовлетворенности, охватывающий сложность при госпитализации; неудобства, испытываемые в приемном отделении; психологический климат в отделении; претензии к организации лечебного процесса; неудобства, испытываемые в отделении реанимации, отношение персонала; претензии к организации обследования и лечения, качество питания.

При общей оценке следует учитывать своевременность госпитализации и адекватность гинекологической помощи.

Вместе с тем, внедрение прогрессивных медицинских технологий должно быть осуществлено на основании стандартов диагностики и лечения, адекватных возможностям лечебно-профилактических учреждений и потребностям пациентов с конечными результатами медицинской эффективности и экономической целесообразности.

Целью проведенного исследования явилась разработка унифицированной схемы экспертизы качества гинекологической помощи.

В связи с этим, проведено изучение гинекологической заболеваемости женщин фертильного возраста (814 человек), получивших лечение в стационарах г. Алматы в течение 2008-2010 годов.

На каждую женщину составлялись карты экспертной оценки, в которые заносились сведения обращаемости по поводу гинекологической заболеваемости, временной нетрудоспособности, медицинских осмотров и госпитализации. В карты экспертной оценки также были занесены

данные о правильности выбора медицинской тактики, объем диагностических процедур, методов лечения с учетом тяжести течения болезни, стоимость медицинских услуг при различных гинекологических заболеваниях.

Наряду с этим, для ускорения и простоты использования скрининг-экспертизы оценки качества медицинской помощи, разработаны формы стационарного автоматизированного выписного эпикриза. Данные формы документов являлись основой для автоматизированной экспертизы качества оказания медицинской помощи во всех случаях госпитализации.

Проведение сопоставление эпикризов, в которых отражен весь объем лечебно-диагностической помощи, проведенный в стационаре, со стандартами по основному и сопутствующим диагнозам, в достаточной степени, позволяют определять коэффициенты соответствия фактически выполненных и необходимых по стандартам диагностических и лечебных процедур, оценивать оптимальные критерии результативности, исходы лечения, экономические затраты.

Разработанная унифицированная схема экспертизы качества медицинской помощи гинекологических больных позволяет определять исходы лечения (ухудшение, инвалидность, осложнения, летальный исход), критерии результативности медицинской помощи, устанавливать превышение нормативных финансовых затрат, производить расчет интегрального коэффициента соответствия выполненным медицинским услугам произведенным затратам и критериям состояния здоровья пациентки.

Весь объем лечебно-диагностических мероприятий, полученный пациенткой в гинекологическом отделении, регистрируется в ее истории болезни, и далее переносится в эпикриз, на основании которого проводится экспертиза качества всего объема оказанной медицинской помощи.

Опыт внедрения унифицированной схемы экспертизы качества лечебно-диагностического процесса при ведении гинекологических больных, позволяет обеспечить методические подходы по контролю выполнения медицинских стандартов, устанавливать оптимальные нормативы качества оказания медицинской помощи, обозначить рекомендации по совершенствованию оказания медицинской помощи.

Камалиев М.А.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Проблема комплексной оценки систем здравоохранения до настоящего времени не нашла своего окончательного решения; становится необходимостью поиск статистических инструментов, позволяющих оценить масштаб и характер происходящих перемен в системе здравоохранения, базируясь на концепции результатов здоровья (или «результативности») и различных аспектах отзывчивости (или «удовлетворенности пациентов»).

Современный менеджмент является обязательным условием для повышения эффективности достижения целей системы здравоохранения, необходимость усиления которой вызвана постоянно растущими потребностями в здравоохранении на фоне ограниченных ресурсов. ВОЗ напрямую связывает развитие менеджмента с совершенствованием мониторинга деятельности систем здравоохранения.

В процессе разработки и внедрении системы мониторинга и оценки перед исследователями встает вопрос о показателях, которыми следует руководствоваться в работе. Разработка системы критериев и показателей для измерения результатов медицинского обслуживания является настоятельной необходимостью, позволяя использовать специальные информационные каналы, внедрять соответствующую технологию, а также содействовать оценке и обеспечению качества, результативности, медико-социальной и экономической эффективности целевых программ.

Еще в начале 80-х годов ВОЗ опубликовала документ [1], цель которого состояла в том, чтобы оказать помощь государствам-членам ВОЗ в решении вопроса о том, какие показатели следует использовать, в особенности на национальном уровне для контроля за ходом работы по достижению здоровья для к 2000 году. В этом документе подчеркивается необходимость иметь как минимум два типа показателей – те, которые определяют состояние здоровья и соответствующее качество жизни и те, которые определяют предоставление медико-санитарной помощи. Работа по развитию

индикаторов деятельности на национальном и международном уровнях привела к появлению многих схем индикаторов деятельности и к огромному количеству самих индикаторов, которые ВОЗ подытожила в своем Докладе [2].

Разработка методологических основ измерения и оценки состояния здоровья населения сопряжена с преодолением множества трудностей, обусловленных сложностью самого объекта изучения. В настоящее время приходится констатировать отсутствие общепринятой единой трактовки понятия здоровья. В литературе, посвященной тем или иным аспектам здоровья, содержится множество определений этой категории, основанных на различных подходах и критериях. Однако обилие дефиниций прямо препятствует успешному решению задачи системного изучения и оценки состояния здоровья населения

Основная проблема состоит в выборе единого показателя, который бы достаточно полно отражал различные стороны такого многогранного явления, как здоровье. В настоящее время еще не разработаны методы количественной оценки здоровья в целом, о нем судят лишь по отдельным его характеристикам.

Большая часть информации о состоянии здоровья населения и функционировании системы, органов и организаций здравоохранения содержится в системе государственной медицинской статистики. В частности, из нее можно получить блок параметров, характеризующих здоровье населения, уровень его медицинского обслуживания и др. Вместе с тем, долгий поиск надежных, точно выраженных измерений результатов в состоянии здоровья на популяционном уровне с использованием рутинной статистики показывает сложность их нахождения.

В последние годы во всем мире наблюдается тенденция и разрабатываются методы комплексной оценки общественного здоровья. В основе многих методов лежит объединение различных медико-демографических данных в некоторый индекс, который показывает влияние

различных факторов на продолжительность и качество жизни человека. Так, средняя продолжительность предстоящей жизни уже обоснованно включена в индекс человеческого развития, посредством которого составляется рейтинг стран.

В поиске универсальных критериев интегральной оценки здоровья исследователи (врачи, психологи, социологи и др.) все чаще обращаются к качеству жизни. Более того, в современных условиях оценка и достижения качества жизни приобретает политическую значимость, которая актуализируется динамизмом социально-экономических преобразований. Концепции качества жизни оказывают прямое воздействие на формирование национальных целей в области социальной политики, т.е. их использование как инструментов управления государственными структурами. Их использование необходимо в целях реального совершенствования условий жизни населения на основе разрабатываемых программ.

На популяционном уровне определение качества жизни представляет значительные трудности в теоретическом, методологическом, методическом и практическом аспектах. Суть проблемы состоит в том, что качество жизни невозможно измерить лишь с помощью объективных параметров различных сторон жизнедеятельности человека и общества. Большой набор факторов, учитываемых при исследованиях качества жизни, затрудняет установление каких-либо стандартов (эталонов) по каждому фактору в отдельности и тем более интегральных показателей (индексов) по всему комплексу этих факторов.

Необходимым компонентом качества жизни является субъективное ощущение, оценка индивидом своих жизненных условий и самого себя. Данный подход базируется на постулате, согласно которому изучение удовлетворенности жизнью и построение систем показателей, отражающих индивидуальные потребности и ощущения, помогут преодолеть ограниченность традиционной статистики, найти выход из одномерности оценок действительности.

В поисках ответа на поставленные вопросы, исследователи обращаются к социологии медицины, где различные показатели, параметры, учитываемые при конструировании интегрального индекса качества жизни, рассматриваются лишь как факторы, участвующие в формировании показателей здоровья населения, социальных групп и отдельных индивидов. Если по ряду факторов (пища, жилище, уровень доходов и др.) можно использовать научно разработанные стандарты, либо усредненные показатели традиционной статистики, то по факторам удовлетворенности отдельными

сторонами своей жизни необходимо проведение социологических исследований, позволяющих устанавливать средние значения субъективных, оценочных характеристик для определенных групп респондентов.

В системе оценок состояния, эффективности и качества деятельности системы здравоохранения особое место занимает удовлетворенность пациента как потребителя медицинских услуг. Обобщенно, удовлетворенность медицинским обслуживанием можно характеризовать как оценочный показатель, интегрирующий отражение объективного состояния системы здравоохранения и эмоциональное восприятие ее личностью, представляющей и выражающей интересы определенных слоев и групп населения.

Уровень удовлетворенности в значительной степени зависит от непосредственного опыта общения пациента с системой здравоохранения и вынесенных личных впечатлений, от предъявляемых им требований, на которые в свою очередь оказывают влияние социальные и медико-биологические факторы. Степень удовлетворенности изменяется в диапазоне от высокой до низкой. Следуя чему, показатель удовлетворенности можно измерить процентным распределением опрошенных или в условных единицах (баллах) по степени удовлетворения потребности. Исследования по изучению удовлетворенности пациентов иногда используются как один из компонентов в оценке качества лечения.

Критерий удовлетворенности медицинской помощью является достаточно динамичным показателем, рассматривать который необходимо применительно к конкретным условиям и историческим обстоятельствам развития общества.

Социальная ориентация и гуманистическая направленность системы здравоохранения требует регулярного изучения отношения разных слоев и общественных групп населения к состоянию и качеству медицинского обслуживания в целом и деятельности подсистем, обеспечивающих охрану общественного здоровья, разработку мероприятий по защите прав пациентов.

Конструирование полного набора социальных индикаторов нуждается в осмыслении концепций отзывчивости, равенства, справедливости.

Отзывчивость системы здравоохранения отражает степень ее гуманности, уровень физического и психологического комфорта пациентов, меру уважения к их человеческому достоинству, соблюдение их социальных прав; наличие свободы выбора поставщика медицинских услуг. Концепции отзывчивости систем здравоохранения потребностям

очень широко варьируют, объединяя идеи удовлетворенности пациента, приемлемости для пациента и опыт пациента. Общее понятие отзывчивости показывает, как система удовлетворяет некоторые общие потребности пациентов и членов их семей, как клиентов систем здравоохранения. Отзывчивость не стремится определить, улучшилось ли здоровье при взаимодействии с системой здравоохранения, это определяется при оценке работы систем здравоохранения, при измерении здоровья.

Основные отличия категорий отзывчивости и удовлетворенности заключаются в следующем: во-первых, удовлетворенность пациента обычно ограничивается клиническим взаимодействием в определенной обстановке системы здравоохранения, тогда как отзывчивость оценивает систему здравоохранения в целом; во-вторых, диапазон элементов, рассматриваемых при удовлетворении пациентов, часто объединяет медицинские и немедицинские аспекты, а отзывчивость сосредоточена только на немедицинских; и, наконец, наиболее важное, удовлетворение пациента отражает восприятие потребителя качества услуг, поставленных медицинским учреждением или системой здравоохранения в целом и представляет собой сложную смесь ощутимых потребностей, ожиданий и впечатлений по лечению, а отзывчивость оценивает взаимодействие индивидуумов с системой здравоохранения с позиции реализации их «законных» универсальных ожиданий.

Следуя идеологии социального маркетинга, отзывчивость имеет два главных аспекта: уважение человека и ориентация на клиента. Первый включает такие элементы как достоинство, автономность и конфиденциальность, в то время как последний связан с быстрым обслуживанием, качеством основных удобств, выбором поставщика услуг и доступом к системе социальной поддержки в процессе лечения. Социальный маркетинг в здравоохранении преследует две взаимосвязанные цели: во-первых, изучение потребности населения в медицинской помощи и, во-вторых, формирование этих потребностей. Повышение доступности медицинской помощи связано с оптимизацией спроса.

Доступность медицинской помощи детерминирована комплексом факторов, которые можно представить следующим:

- внешние факторы, связанные с функционированием системы здравоохранения: социальная политика государства, сеть, структура, размещение лечебно-профилактических организаций, обеспеченность населения врачами, больничными койками, радиус медицинского

обслуживания, транспортные коммуникации, организация деятельности медицинских организаций, организация труда и оплаты медицинского персонала, наличие необходимых специалистов, лекарств, оборудования, стоимость медицинской помощи;

- внутренние факторы, связанные с личностью пациента: пол, возраст, образование, семейное положение, количество детей, социальная принадлежность, трудовая занятость, уровень дохода, состояние здоровья, режим и условия труда, образа жизни.

Оценка доступности медицинской помощи складывается из количественных и качественных показателей, таких как: доступ для определенных категорий населения, различных по материальному положению, уровню доходов, трудовой занятости и другим признакам; среднее число обращений на одного жителя в год; средняя длительность врачебного приема; удельный вес населения, не обращающегося за медицинской помощью; удельный вес населения, посетивших стоматолога; отношение медицинских работников и населения к профилактике; средняя длительность ожидания медицинской помощи; наличие ограничений применительно к некоторым видам медицинской помощи.

Доступность быстрого обслуживания часто зависит от наличия ресурсов. Географическая доступность обладает особой значимостью при необходимости оказания экстренной помощи, принимая во внимание расстояние, наличие транспорта, оснащения и путей подъезда. Способность получать услугу быстро через удобно расположенные учреждения здравоохранения важна не потому, что это улучшило бы результаты здоровья, а потому что существование таких средств обслуживания улучшило бы душевное благополучие людей при возникновении угрозы их здоровью.

Обычно мнение потребителя о деятельности учреждения или персонала носит комплексный характер, со значительным преобладанием не качественных параметров, а оценок сервисного сопровождения и эмоциональной окраски. Фон общественного мнения по вопросам медицинского обслуживания в значительной степени зависит от удовлетворенности населения деятельностью лечебно-профилактических организаций. На мнения относительно того, насколько хорошо система здравоохранения функционирует в связи с такими субъективными аспектами, каким является отзывчивость, может оказывать влияние любое число характеристик самих систем или респондентов.

Таким образом, новые задачи современного здравоохранения требуют введения системы показателей, которые позволят оценить эффективность системы

здравоохранения; измерить результаты реформирования и развития здравоохранения; прогнозировать медико-социальный эффект при принятии управленческих решений; обосновать стратегические направления развития отрасли; провести рейтинговую оценку органов и организаций здравоохранения.

Источники:

1. Разработка контрольных показателей для руководства в работе по достижению здоровья для всех к 2000 году // Серия «Здоровье для всех» No. 4.– ВОЗ, Женева, 1981.
2. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности. – ВОЗ, Женева, 2000. – 257 с.

Каптагаева А.К.

Руководитель Центра образования в здравоохранении РЦРЗ МЗ РК

Айдарханова К.К.

Начальник отдела обеспечения учебного процесса ЦОЗ РЦРЗ МЗ РК

Есенгельдинова Ж.А.

Ведущий специалист отдела обеспечения учебного процесса ЦОЗ РЦРЗ МЗ РК

Мустафаева Н.С.

Главный специалист отдела обеспечения учебного процесса ЦОЗ РЦРЗ МЗ РК

Отыншиев Б.Н.

Главный специалист отдела обеспечения учебного процесса ЦОЗ РЦРЗ МЗ РК

ПРИМЕНЕНИЕ WISN - КАК СОВРЕМЕННОГО ИНСТРУМЕНТА ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЛАНИРОВАНИЯ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Аталуы: WISN – денсаулық сақтаудың кадрлық ресурстарын жоспарлау тиімділігін бағалаудың қазіргі заманғы құралы ретінде пайдалану

Авторлары: **Қаптагаева А.К.**, ҚР ДСМ "ДСДРО" РМК Денсаулық сақтаудағы білім орталығының басшысы; **Айдарханова К.К.**, ҚР ДСМ "ДСДРО" РМК ДСБО оқу үдерісін қамтамасыз ету бөлімінің бастығы; **Есенгельдинова Ж.А.**, ҚР ДСМ "ДСДРО" РМК ДСБО оқу үдерісін қамтамасыз ету бөлімінің жетекшісі маманы; **Мұстафаева Н.С.**, ҚР ДСМ "ДСДРО" РМК ДСБО оқу үдерісін қамтамасыз ету бөлімінің бас маманы; **Отыншиев Б.Н.**, ҚР ДСМ "ДСДРО" РМК ДСБО оқу үдерісін қамтамасыз ету бөлімінің бас маманы

Түйіндеме: Осы мақала денсаулық сақтаудың кадрлық ресурстарын жоспарлаудың тиімділігін бағалаудың қазіргі заманғы құралына, ДДҰ ұсынған және әзірлеген «WORKLOAD INDICATORS OF STAFFING NEEDS» – WISN әдісі мен ҚР ДСМ "ДСДРО" мамандары пилоттық өңірлерде әдісті апробациялау бойынша жүргізген іс-шараларға арналған

Title: Application WISN – as a Modern tool for Evaluating the Effectiveness of planning Human Resources for Health

Authors: **Kaptagaeva A.K.**, Head of the Center of Education in Health RCHD MH RK; **Aydarhanova K.K.**, Head of the Department of the educational process CEH RCHD MH RK; **Yessengeldinova Zh.A.**, Leading Specialist of the Department of the educational process CEH RCHD MH RK; **Mustafayeva N.S.**, Chief Specialist of the Department of the educational process CEH RCHD MH RK; **Otynshev B.N.**, Chief Specialist of the Department of the educational process CEH RCHD MH RK

Abstract: This article is devoted to the modern instrument assessing the effectiveness of the health workforce planning, developed and recommended by WHO «WORKLOAD INDICATORS OF STAFFING NEEDS» - WISN method and activities conducted by RCHD MH RK by approbation of the method in the pilot regions.

Современные проблемы развития кадров здравоохранения в мире связаны с дефицитом персонала, оказывающего первичную медицинскую помощь, избытком специалистов узкого профиля, дисбалансом численности врачей и сестринского и акушерского персонала, чрезмерной концентрацией медицинских работников в

крупных городах.

Наиболее проблемными в кадровой сфере отечественного здравоохранения являются вопросы правильного планирования кадровых ресурсов, их численности, устранения диспропорций в структуре распределения квалифицированных работников [1].

Министерство здравоохранения РК уделяет большое внимание современным подходам к планированию и прогнозированию кадров. Так, в рамках проекта Концепции развития кадровых ресурсов здравоохранения на 2012-2020 гг. с целью создания эффективной системы обеспечения кадровыми ресурсами системы здравоохранения Министерством здравоохранения РК Республиканскому центру развития здравоохранения (далее – РЦРЗ), было поручено провести анализ действующих штатных нормативов на основе методик и инструментов, разработанных и рекомендованных ВОЗ (программный продукт – WISN). Полагается, что совершенствование процесса планирования будет осуществляться на основе разработки и использования нормативов численности персонала.

В этой связи были запланированы и проведены следующие мероприятия:

1. Семинар по методике и инструментам, разработанным и рекомендованным ВОЗ «WORKLOAD INDICATORS OF STAFFING NEEDS (WISN).

Для подготовки семинара были проведены переговоры с представителями Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения – региональным советником по кадровым ресурсам здравоохранения Перфильевой Г. М. и главой офиса Всемирной организации здравоохранения в Казахстане М. Вуйнович, в ходе которых было достигнуто соглашение о совместном проведении семинара с участием эксперта ВОЗ.

10-11 июля 2012 на базе РЦРЗ проходил семинар «Стратегия развития кадровых ресурсов здравоохранения». Мероприятие проходило под эгидой ВОЗ, с участием Руководителя программы кадровых ресурсов здравоохранения Европейского регионального бюро ВОЗ Перфильевой Г.М. В работе семинара приняли участие представители Министерства здравоохранения РК, РЦРЗ, медицинских учреждений г.Астаны, ЮКО и Мангыстауской областей, выбранных в качестве пилотных регионов.

В 1 день семинара участники получили информацию о состоянии кадровых ресурсов в регионе, стратегии ВОЗ, значении статистики кадровых ресурсов, медицинском образовании, стратегии развития кадровых ресурсов и обсерватории кадровых ресурсов.

На 2 день проведения семинара участники получили информацию о планировании

кадровых ресурсов, а также ознакомились с программой WISN – инструментом планирования и управления кадровыми ресурсами.

2. Следующим мероприятием по реализации программы «Услуги по мониторингу эффективности и совершенствованию кадровой политики в системе здравоохранения Республики Казахстан» было проведение пилотного исследования в 3-х пилотных регионах. Трудности в обеспечении адекватного и надлежащего распределения медицинских услуг, а также увеличение финансового давления в государственном секторе, вынуждают многие страны рассмотреть возможность использования более строгих методов определения численности персонала в учреждениях здравоохранения. Внедрение нового метода направлено на создание эффективной политики планирования и обеспечения кадровыми ресурсами. Опыт разных стран, в которых был применен данный метод показал, что он относительно прост, в сочетании с достаточной точностью и относительно низкой стоимостью, и подходит для принятия решений в планировании и прогнозировании кадров. Подход WISN, по мнению зарубежных экспертов, отвечает всем критериям оценки потребности в персонале и отличается от исторических методов приближенную [2].

Апробация метода WISN в Казахстане проводилась впервые сотрудниками Республиканского центра развития здравоохранения. Для справки: WISN – это инструмент планирования и управления кадровыми ресурсами. Данный метод позволяет администраторам здравоохранения проводить анализ и расчеты. В основе метода WISN лежит рабочая нагрузка работника здравоохранения, и к каждой составляющей этой нагрузки применяются нормативы выполняемых функций (нормы времени) [3].

Так, в качестве пилотных организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь были выбраны в Мангистауской области в г. Актау – ГККП «Мангистауская областная больница» и в г. Астана – ГККП «Городская больница №2».

Для исследования на уровне ПМСП была предложена ГККП «Шымкентская городская поликлиника № 1», г. Шымкента Южно-Казахстанской области.

В исследовании принимали участие: сотрудники РЦРЗ, инспектора отделов кадров, главные врачи, заместители главных врачей, заведующая профильным отделением поликлиники, экономисты, бухгалтера, медицинские статистики и врачи эксперты.

Для реализации исследования был взят весь штат каждой из медицинских

организаций.

Исследование проводилось по итогам деятельности медицинских организаций за 2011 год.

В программу вводились данные по штатному расписанию, данные по заработной плате, трудовым отпускам, временной нетрудоспособности (больничные листы) и хронометраж деятельности сотрудников. Окончательный анализ проведенных исследований будет представлен позже.

Предварительные результаты исследования показали следующее:

WISN можно использовать для принятия нескольких разных видов решений. Можно более точно установить приоритеты в распределении новых или перестановке имеющихся кадров, если сначала применить метод WISN для выявления диспропорций в укомплектовании кадрами лечебных учреждений или территорий. Анализ бремени рабочей нагрузки поможет решить, каким лечебным учреждениям следует отдать наивысший приоритет. Метод WISN может помочь определить, как лучше всего распределить новые функции и передать существующие функции другим категориям медицинских работников. Можно решить, следует ли сократить численность имеющихся категорий сотрудников, создать ли новую категорию или перераспределить задачи между категориями. Для этого необходимо проанализировать весь спектр выполняемых функций и выявить любое возможное дублирование в работе, выполняемой разными категориями персонала, по которым получены результаты исследования методом WISN.

Расчеты по методу WISN основаны на сегодняшних стандартах выполнения той или иной составляющей работы. Поэтому они позволяют увидеть, в каких организациях качество выполнения профессиональных функций низкое по сравнению с другими. При использовании в расчетах по методу WISN повышенных стандартов можно рассчитать, сколько дополнительных сотрудников потребуется в той или иной категории персонала для достижения соответствия этим новым требованиям.

Применение метода WISN позволяет

администраторам здравоохранения выполнять следующие задачи:

1) Определять, сколько медицинских работников требуется для выполнения фактического объема работы в учреждении.

2) На основании рабочей нагрузки персонала определять количество работников, необходимое для оказания необходимых услуг.

3) Сравнить укомплектованность кадрами различных медицинских учреждений и административных районов.

4) Оценивать рабочую нагрузку персонала в учреждении.

5) Обеспечивать справедливое распределение нагрузки между сотрудниками.

6) Оценивать бремя рабочей нагрузки на медицинских работников в учреждении [3].

Однако в ходе пилотного исследования группы экспертов работающих с программой WISN столкнулись с определенными проблемами: неточные данные по штатному численности медицинского персонала, некорректные статистические данные по итогам 2011 года. Проблема состоит в том, что метод WISN предполагает использование годовой статистики оказания услуг для оценки рабочих нагрузок. Поэтому точность расчетов по методу WISN определяется точностью самой статистики. Если лечебная организация плохо ведет учет, результаты расчетов по методу WISN будут неточными. Почти всегда при этом допускается ошибка в сторону занижения рабочей нагрузки, а это приводит к недооценке численности кадров, требующихся для организаций.

Несмотря на имеющиеся проблемы, результаты исследования в ГККП «Мангистауской областной больницы» Западно-Казахстана, Мангистауская область г. Актау, ГККП «Городская больница №2» г. Астана и ГККП «Шымкентская городская поликлиника № 1», г. Шымкента Южно-Казахстанской области показали, что метод WISN позволяет определить, суммарную рабочую нагрузку в каждой из лечебных организаций, которая в целом, может дать приближенную оценку достоверных данных.

Следующим шагом будет анализ расчетов и оценка возможного значения WISN.

Источники:

1. Проект концепции Кадровых ресурсов здравоохранения на 2012 – 2020 годы.
2. Applying the WISN method in practice. World Health Organization 2010.
3. WISN – User's manual. World Health Organization 2010.
4. Всемирная Организация Здравоохранения <http://www.who.int/hrh/education/en/>
5. Европейское Региональное бюро ВОЗ <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/health-workforce>

Касымова Г.П.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

Смирнов К.А.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

Искакова А.С.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

ОРГАНИЗАЦИОННО – УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СПОРТА ВЫСШИХ ДОСТИЖЕНИЙ

Современное состояние медицины спорта требует пересмотра понятия о медицинском обеспечении спорта высших достижений. Официальная формулировка сводила это понятие только к сопряженности между изучением состояния здоровья и тренированности в целях содействия интенсивному использованию средств и методов физического воспитания для укрепления здоровья, физического совершенствования и достижения наилучших спортивных результатов во взаимосвязи с врачебным контролем. Данное положение было справедливо на первых этапах развития спорта высших достижений в Казахстане, когда наиболее остро стояла проблема организации врачебного контроля за занимающимися физической культурой и спортом, и имелось в виду, что объект исследования – спортсмен – всегда здоров, так как спорт и здоровье, на тот момент, являлись синонимами.

Дальнейшее развитие спортивного мастерства и медицины в целом, позволили разработать ряд важнейших направлений – таких, как анализ и оценка функционального состояния спортсменов, изучение предпатологических состояний и патологических изменений, которые могут возникать у занимающихся спортом, включая патологию внутренних органов, нервной системы, опорно-двигательного аппарата. Однако, такие нозологические формы, как травмы и ряд других повреждений, не свойственных спорту, могут являться следствием каких – либо дефектов в организации и проведении тренировочных занятий, и только изучение причин возникновения таких состояний позволяет разрабатывать пути их профилактики. При этом, лучшим подтверждением правильности такой позиции является наличие понятия о профессиональной спортивной патологии.

Подготовка спортсмена высокой квалификации, направленная на достижение высокой спортивной работоспособности, связана с большими физическими перегрузками и нервным перенапряжением. Спортивная тренировка является ярким примером огромных адаптационных возможностей организма человека. Долговременная адаптация проявляется в перестройке организма на центральном, межсистемном, органном, тканевом, клеточном и молекулярном уровнях, что обуславливает определенные морфологические и функциональные особенности тренировочного организма. При этом, важно учитывать, что характер и степень этих изменений определяются не только направленностью упражнений, их интенсивностью, продолжительностью, уровнем подготовленности, но и факторами, обеспечивающими здоровье самого высококвалифицированного спортсмена. К последним следует отнести: проведение углубленных медицинских осмотров, текущего и срочного контроля за спортсменами, реабилитационных мероприятий, соблюдением гигиенических требований и безопасности при занятиях спортом.

Высокий уровень достижений в современном спорте требует кардинального совершенствования, как системы подготовки спортсменов высшей квалификации, так и научно обоснованных медицинских технологий.

Следует отметить, что на современном этапе развития спорта высоких достижений, диагностика и коррекция функционального состояния спортсменов должна проводиться с учетом результатов интегральных методов исследования и максимально использовать индивидуально подобранные режимы тренировок, объемы и интенсивность

физических нагрузок, циклы соревнований и отдыха. Актуальность интегрального подхода при медицинском обеспечении спортсменов подтверждается взаимодействием направлений, развивающихся на стыке медицины, биологии, физики, химии и других, которые в контексте целостного понимания механизмов жизнедеятельности человека, не только предполагают индивидуализацию диагностики, реабилитации, но и предопределяют продолжительную спортивную карьеру.

На наш взгляд, необходимость проведения стандартизации процедур и условий измерений в процессе обследований спортсменов возникает в связи с проведением мониторинга за их состоянием здоровья, как в ракурсе оценки отдельных систем организма, так и в определении целостного подхода при уникальности каждого отдельного спортсмена.

Номенклатура параметров и инструментальных методов комплексного контроля за спортсменами высокой квалификации проводится, соответственно, по основным видам спорта: циклические, скоростно-силовые, единоборства, игровые и сложно – координационные. Систематизация по подсистемам контроля включает: медико-биологический, биохимический, психологический и педагогический контроль.

Чрезвычайно важным является, в плане выявления наиболее информативных параметров и методов обследований спортсменов, метод моделирования различных сторон подготовленности, основной целью которого служит определение и научное обоснование конкретных количественных модельных характеристик функциональной, технико-тактической, психологической подготовленности, при достижении которых конкретный спортсмен с наибольшей степенью вероятности может выиграть данные соревнования или установить рекорд.

В российском спорте популярна методика полисистемного сано-генетического мониторинга, которая на основании экспрессной одновременной регистрации параметров функционирования сердечно-сосудистой, дыхательной систем, а также локомоторной функции и состояния гуморального и тканевого гомеостаза определяет межсистемные взаимодействия в организме, тем самым формируя самотип.

Таким образом, проведение многоуровневого и многопланового обследования высококвалифицированных спортсменов, в рамках медицинского обеспечения, является не только средством контроля за их состоянием здоровья, но и залогом прогрессивной спортивной карьеры.

Кенжебаева И.Б.

Западно-Казахстанский Государственный медицинский университет имени М. Оспанова, г. Актобе

Изимбергенова Г.Н.

Западно-Казахстанский Государственный медицинский университет имени М. Оспанова, г. Актобе

ОПЫТ КАСКАДНОГО ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ-ОРГАНИЗАТОРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Каскадное обучение – это обучение персонала проходящее в несколько этапов. Первыми обучаются группа сотрудников, проходящие специальную подготовку тренинг тренеров для того, чтобы получить знания и передать их своим сотрудникам, также каскадный принцип обучения предусматривает 2 уровня инструкторов: тренер-преподаватель и тренер-практик.

В основе каскадного принципа заложены обучение одновременно большого числа обучающихся, то есть массовость, а также и скорость обучения. Таким образом, при каскадном обучении достигаются важные цели:

- достаточно широкий охват сотрудников, заинтересованных в получении данных навыков.
- выработка у прошедших обучение на

открытом тренинге (а это были руководители медицинских организаций, заместители руководителей по экономическим вопросам) навыков преподавания, чтобы затем использовать их ресурс, как преподавателей.

- экономию денежных средств.

Система каскадного обучения является «живой», образно говоря, каркасом и подстраивается под цели и задачи организации. Важным аспектом в системе каскадного обучения является его совершенствование, изучение новых тенденций для того, чтобы использовать наиболее прогрессивные технологии для развития и повышения квалификации медицинских работников. Система обучения является частью корпоративной культуры. Внедрение системы каскадного обучения – это комплексная задача и она непосредственно связана с системой мотивации сотрудников, оценки, созданием кадрового резерва, карьерным ростом сотрудников, внутренней организационной средой.

Также необходимым в системе каскадного обучения является методика контроля, так как нельзя просто учить сотрудника и никак не оценивать и контролировать результаты обучения, в нашем опыте состоялась защита бизнес-проектов на основе полученных знаний. Важно отслеживать результаты обучения, те процедуры и мероприятия (например, заполнение анкет) которые дают реальный результат оптимизировать и закреплять их в существующей системе обучения.

В рамках проекта «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан» мы участвовали как тренеры-преподаватели в проведении каскадного обучения. Наиболее эффективным подходом явилось использование возможностей профессорско-преподавательского состава, имеющих серьезный опыт обучения персонала и особое внимание было выделено выбору тренера – практика, который реализовывает программы обучения и развития персонала. Обучение проводилось с 4 по 9 июня г.Уральске, (городской уровень, точка роста №2), 28-30 июня 2012 г. и 2-4 июля 2012 года в г. Атырау на базе КГКП «Атырауская областная больница» (областной уровень-точка роста № 11), с 30 июля по 4 августа г.Актобе, Уральске и Атырау (Точки роста №4, 5, 15), где было обучено около 100 слушателей из всех областей Западного Казахстана. Предварительно преподаватели ЗКГМУ им. М.Оспанова участвовали в тренинге тренеров по теме: «Современные подходы к управлению здравоохранением в Республике Казахстан» – на базе Республиканского центра

развития здравоохранения, г. Астана с 12 по 17 марта, с 26 по 31 марта 2012 г., с 23 по 25 июля 2012 г., где они получили хорошую подготовку. Учебная программа состояла из трех дней на основании лекций – интерактивов, практических занятий. Теоретически слушатели были ознакомлены с стратегическим и операционным менеджментами, а также материалами по мотивации персонала. Для обучающихся Республиканским Центром Развития здравоохранения были подготовлены материалы для чтения, представлена методология подготовки слушателей тренинга, методические рекомендации по составлению бизнес – плана, а также вопросы к интерактивным лекциям. Раздаточный материал для самостоятельной подготовки слушателей к интерактивному обучению выдавался за 5 дней до начала цикла и был в свободном доступе, для обучающихся и для всех заинтересованных лиц.

Итогом каскадного обучения стало выполнение в форме самостоятельной работы проекта по составлению бизнес-плана медицинской организации с учетом новых требований Министерства здравоохранения РК. При защите бизнес – проектов слушателями на основе полученных знаний, проходило конструктивное обсуждение бизнес-плана с участием руководства КОМУ региона, тренера ППС и самих участников обучения.

Положительным моментом каскадного метода обучения явился обмен опытом слушателей, так как среди участников есть представители медицинских предприятий, которые перешли и работают в условиях ПХВ, а также – медицинские организации, ведущие активную работу по документообороту и планирующие переход на ПХВ в конце 2012 года.

По итогам обучения слушателям была предложена для заполнения анкета «Оценка эффективности тренинга», состоящая из 12 вопросов. На вопрос «Насколько важной была тема программы обучения?» все слушатели ответили положительно. На вопрос «Насколько Вы удовлетворены работой тренера-практика и тренера-преподавателя?» работа тренера-преподавателя у всех слушателей была оценена в 10 баллов, а тренера-практика – в 8-9 баллов.

Также слушатели отметили в анкетах, что полученные знания и навыки по внедрению и разработке дифференцированной оплаты труда, расчета критериев финансовой устойчивости медицинского предприятия, практике ресурсосбережения и многое другое они обязательно применят на практике в своих организациях. Было предложено увеличить количество часов в модуле на

практические занятия по составлению бизнес-плана, так как некоторые слушатели испытывали определенные сложности в построении графиков, таблиц, диаграмм, подготовке слайдовых презентаций.

Важно отметить посещение слушателями Западно-Казахстанской, Атырауской областных больниц, городских поликлиник Актюбинской, Западно-Казахстанской, Атырауской областей, на базе которых проходили

занятия. Менеджеры данных организаций проводили презентацию бизнес-планов. Все положительные моменты будут внедрены слушателями на местах.

Таким образом, результаты каскадного метода обучения показывают актуальность и своевременность проведения данных тренингов, активную позицию слушателей при внедрении полученных знаний и практических навыков.

Источники:

1. Республиканский Центр Развития Здравоохранения., Методика подготовки слушателей тренинга, 2012 г.
2. Кузнецова А.Г. Описание механизма командносетевое каскадного обучения. // Высшее образование сегодня - 2010 № 10. с.8-10
3. Денисенко В.А. Инновационное направление развития современной науки об образовании. //Инновации в образовании» - 2006. №3. с.5-11
4. Звонников В.И. Интеллектуальный менеджмент. Новые подходы к подготовке управленческих кадров для экономики знаний. //Высшее образование сегодня - 2011 №2. с.32-35
5. <http://www.trainings.ru/>

Кулкаева Г.У.

Заместитель директора Департамента организации медицинской помощи МЗ РК

Ахметниязова Л.М.

Заместитель директора Департамента стратегического развития МЗ РК

Егеубаева С. А.

Заместитель Генерального директора по стратегическому развитию и международному сотрудничеству, Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК

ПРОГРАММЫ УПРАВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ - ОПЫТ ГЕРМАНИИ, ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ КАЗАХСТАНА

Программой управления заболеваниями называют системный подход в лечении людей с хроническими болезнями, который основан на принципах доказательной медицины. Исторически концепция такой программы произошла из США, из так называемого термина «управление болезнью». «Управление болезнью» представляет собой систему скоординированных мероприятий служб здравоохранения и населения с условиями, в которых пациент прикладывает усилия, имеющие большое значение в успешном ведении хронических неинфекционных заболеваний. Программы управления болезнями как правило направлены на поддержание взаимодействия врач/пациент/ план ведения болезни (ухода), подчеркивают необходимость использования научнообоснованных практических реко-

мендаций и стратегий расширения прав пациентов в профилактике обострений и осложнений, оценивают клинические и экономические результаты на постоянной основе с целью улучшения здоровья в целом.

В Германии программы управления болезнями относительно новое понятие в системе медицинской помощи, поскольку начали внедряться с 2002 года. Около двадцати процентов немцев страдают от хронических заболеваний, т.е. заболеваний с длительностью течения более четырех недель и требующих постоянного медицинского лечения, включая наблюдение и лекарственную терапию.

Организационная структура немецкой системы здравоохранения, выглядит так, что хронически больной пациент может обратиться за медицинской помощью различными путями. Как правило, это

семейный врач, лечение у которого занимает длительное время и пациент находится под динамическим наблюдением. При необходимости специальных навыков и оборудования, пациент направляется к узкому специалисту или даже нескольким специалистам, или на госпитализацию. Также, пациенты могут как при остром и хроническом течении болезни обратиться к узкому специалисту напрямую или обратиться за медицинской помощью в больницу через скорую помощь. В таком случае лечится конкретный острый случай, но предложений по долгосрочной профилактической помощи не предоставляется.

С помощью программ управления заболеваниями пациенты, страдающие хроническими заболеваниями имеют возможность получения хорошо скоординированных - непрерывного ухода и лечения заболеваний и их осложнений, поскольку координация работы между специалистами, больницами, аптеками и реабилитационными центрами в программе налажена и отработана, а предоставляемая терапия основана на принципах доказательной медицины. Для поставщиков услуг и системы здравоохранения в целом в среднесрочной и долгосрочной перспективе внедрение программы дает снижение расходов на медицинское страхование. В Германии успешными считаются программы борьбы с раком молочной железы и сахарным диабетом.

Программы по управлению заболеваниями не являются заменой для лечения у врача, но предоставляются в качестве поддержки и координации мер по предотвращению рисков обострений. В первую очередь, они предназначены для того, чтобы пациент был полностью информирован о своей болезни, симптомах и лечении, мерах профилактики и улучшения состояния. Для этого в Германии используются всевозможные средства связи: информационные брошюры; телефонные консультации; памятки (например, о необходимости медицинских консультаций) по телефону, письмом, по электронной почте или смс.

Для обеспечения качества программ по лечению и профилактике, в ходе программы врачом и застрахованным пациентом заключается контракт о вступлении в программу и ответственности за улучшение состояния здоровья самим пациентом. В его рамках идет регулярное совместное заполнение учетной и другой документации. Эта документация содержит записи о важных параметрах для оценки проводимой программы.

В зависимости от назначения, документация имеет следующее содержание: лабораторные параметры и их изменения; данные обследования; основные и сопутствующие заболевания; назначаемые лекарственные препараты; рекомендуемое и проведенное обучение; административные данные (врач, дата создания и т.д.).

Участие пациента является добровольным, но поддерживается выплатой частых бонусов, к примеру возмещение стоимости консультаций. Если пациент хочет участвовать в программе управления заболеванием, он должен сначала выбрать участвующего врача. В свою очередь врач объявляет свое участие в программе ассоциации врачей, которая подтверждает участие после изучения всех предпосылок для участия. Вместе с врачом, пациент заполняет декларацию участия и заключает контракт. Собранные данные о пациенте передаются с использованием индивидуального кода в страховую компанию. Данные полностью находятся в страховой компании. Важно сохранение конфиденциальности данных. Документы находятся под особой защитой и могут рассматриваться и обрабатываться только для целей программы управления заболеванием.

Кроме того, страховая компания берет на себя так называемое "дело освобождения". Это означает, что программа имеет дневные эквиваленты в ходе ее реализации. Например, есть ставка за раннее обращение и выявление рака молочной железы, в этом случае пациент имеет возможность бесплатно лечить рецидивы. Если пациент не соблюдает те или иные условия программы, их исключают из программы, при возникновении заболевания предполагается сооплата за лечение такого пациента.

Слабые стороны программы управления заболеваниями по опыту Германии являются следующие: большинство врачебных решений в Германии принимаются консилиумом, это представляет ряд трудностей во внедрении программ управления заболеваниями; в программы управления заболеваниями выбираются наиболее сильные врачи профессионалы, поэтому задача Национальной палаты врачей активно работать над повышением профессионализма всех своих членов; поскольку существуют четкие алгоритмы ведения пациентов, врачи, привыкшие следовать своим методикам лечения считают, что ограничены в свободе выбора лечения для пациента; расходы на внедрение программы в первые годы будут значительно превышать сэкономленные средства для страховых компаний, что также является финансово невыгодным для страховых компаний; сложно вести

документацию, усложняется разбор исков и жалоб со стороны пациентов, поэтому подписание контрактов между врачами и пациентами и другая документация должна вестись очень скрупулезно и тщательно; многие юридические процессы, такие как лицензионная деятельность медицинских организаций, административные расходы, выплаты при нетщательном их планировании дают возможность свободной интерпретации со стороны потребителя и поставщика услуг, что в дальнейшем вызывает ряд трудностей у страховых компаний – должен быть разработан специальный каталог услуг для программ управления заболеваниями, наиболее приемлемо внедрение программ управления заболеваниями в государственных медицинских организациях.

Первые годы внедрения программы управления заболеваниями будут сопровождаться с определенными трудностями такими как – необходимость постоянной корректировки процесса проектирования и документирования, что может привести к издержкам и усложнению процесса управления как со стороны медицинских организаций, страховых компаний, так и со стороны врачей и пациентов. Необходимость следования принципу территориальной принадлежности, например, обслуживание детей в Германии идет не по принципу прикрепления к поликлинике (не по месту жительства), в практическом внедрении программы для врача это представляет собой ряд трудностей, связанных с ведением пациента. Внедрение электронного здравоохранения значительно облегчает документооборот и администрирование программ. Трудности со стороны пациента - отсутствие готовности к сотрудничеству застрахованного лица. В частности, с болезнью сердца

или сахарным диабетом, пациенты, как правило, уже в преклонном возрасте, и/или имеют долгую историю страданий в связи с болезнью. Мотивация этой группы изменить свое поведение или вызвать их позитивное отношение к программе, оказывается довольно сложным.

При всех трудностях внедрения программы управления заболеваниями позитивные результаты ощутимы. Так, исследования показали, непрерывное снижение госпитализаций от 20-30% до 80% и улучшение состояние здоровья и качества жизни пациентов.

Для Казахстана данная концепция не является абсолютно новой, поскольку на протяжении ряда лет внедряются национальные программы по раннему выявлению хронических неинфекционных и социально-значимых заболеваний, сформирована политика здорового образа жизни и существует национальная структура, занимающаяся реализацией данной политики. Кроме того, на уровне медицинских организаций существует диспансеризация пациентов с хроническими заболеваниями, которая, по сути, представляет собой динамическое наблюдение за пациентом с установленным хроническим заболеванием.

Используя уже имеющиеся наработки по управлению болезнями, сконсолидовав усилия медицинских работников и специалистов общественного здравоохранения возможно развитие собственных программ управления заболеванием в стране.

Так, уже в 2013 году предполагается пилотное внедрение такой программы в двух областях республики для оценки эффективности предпринимаемых усилий и возможности распространения международного опыта по всей стране.

Кульжанов М. К.

Генеральный директор, Республиканский центр развития здравоохранения

Егеубаева С. А.

Заместитель Генерального директора по стратегическому развитию и международному сотрудничеству, Республиканский центр развития здравоохранения

НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПАЛАТА – ОПЫТ ГЕРМАНИИ В ФОРМИРОВАНИИ ПРИНЦИПОВ САМОУПРАВЛЕНИЯ ВРАЧЕЙ

Мировая практика показывает, что развитие самоуправления в различных сферах наиболее эффективный способ управления, поскольку принимаемые решения, в условиях демократии и свободного обмена опытом снимают риск принятия неверного решения, а устойчивость системы выше, чем, если государственные органы не пытаются централизованно решать любые вопросы даже местного значения. И политики, и ученые сошлись во мнении, что участие общественности, делегирование части полномочий в общественные организации способствует усилению гражданской ответственности принимаемых решений в каждом отдельном направлении с учетом местных особенностей.

В Европе были сформированы две основные модели местного самоуправления, которые в том или ином сочетании распространились по всему миру – англосаксонская и континентальная. Англосаксонская модель распространена преимущественно в странах с одноименной правовой системой: Великобритании, США, Канаде, Индии, Австралии, Новой Зеландии и др. Ее основными характеристиками являются высокая степень автономии местного самоуправления, выборность, контроль, прежде всего, со стороны населения; отсутствие на местах специальных государственных уполномоченных, контролирующих органы местного самоуправления; отсутствие местных администраций (органов государственной власти местного уровня). Основной принцип здесь «действовать самостоятельно в пределах предоставленных полномочий» (в Великобритании полномочия предоставляются парламентом страны, т.е. из «центра», в США – штатами, т.е. на региональном уровне). Континентальная

модель распространена в странах континентальной Европы (Франция, Италия, Испания, Бельгия) и в большинстве стран Латинской Америки, Ближнего Востока, франкоязычной Африки. Ее черты – сочетание местного самоуправления и местных администраций (органов государственной власти местного уровня), выборности и назначаемости; определенная иерархия системы управления, в которой местное самоуправление является нижестоящим звеном по сравнению с вышестоящим государственным; ограниченная автономия местного самоуправления; наличие на местах специальных государственных уполномоченных, контролирующих органы местного самоуправления.

В Германии и в некоторых пост-социалистических и развивающихся странах действуют смешанные модели, вобравшие в себя разные черты англосаксонской и континентальной. Сущностные черты для всех муниципальных систем, развивающихся в условиях демократии, – сохранение и развитие разнообразия форм местного самоуправления. Это справедливо и для тех стран, которые уделяют особое внимание соблюдению единых стандартов уровня жизни для жителей разных территорий. Например, в Германии, где коммунальное право – исключительная компетенция земель, существует множество различий между земельными Коммунальными конституциями. Задачи, выполняемые коммунами, делятся на «добровольные» и «обязательные». «Добровольные» задачи находятся в полной компетенции коммунального (общественного) Совета, который определяет, будут ли они решаться, и если да, то каким образом. К ним относятся обеспечение населения водой и энергией, вопросы культуры, спорта и социального обеспечения. «Обязательные»

задачи устанавливаются землями, в ведении местных органов остается лишь их конкретное исполнение. Это, например, планирование застройки. Собственные финансовые ресурсы коммуны идут в первую очередь на решение «обязательных» задач в рамках самоуправления; оставшиеся средства могут быть использованы при решении «добровольных» задач.

Для централизованного представления своих интересов на государственном уровне муниципалитеты во всех странах образуют те или иные ассоциации. В Германии в каждой федеральной земле существуют палаты по вопросам здравоохранения и другие союзы. Начиная с 1950-х годов, в Германии действует Центр по вопросам совершенствования местного самоуправления, который финансируется за счет отчислений коммун. Он готовит положения, которые не носят нормативного характера, но признаются и используются практически всеми коммунами. В частности, Центром был разработан список компетенций местных администраций, объединенные в тематические разделы (управление, социальная сфера, снабжение и утилизация отходов), которого в целом придерживаются все коммуны. Это показательный пример саморегулирования деятельности коммун или сообществ.

Наиболее распространенная ошибка – это неправильное отождествление местного управления и местного самоуправления. Во многих странах для организации управления территориями применяют сложные механизмы, сочетающие органы государственной администрации местного уровня (местные администрации) и органы, избираемые населением, т.е. собственно органы местного самоуправления. В Европе существуют двух-, трех-, четырех- и даже пятизвенные системы административно-территориального деления, предусматривающие различное сочетание государственных администраций, в том числе местного уровня, и самоуправления.

Земельные ассоциации врачей являются хорошим примером некоммерческих организаций врачебного самоуправления в Германии. Такие ассоциации функционируют на основании закона о профессиональных ассоциациях. Задачами организации является контроль над осуществлением врачебной деятельности, контроль уровня квалификации врачей, организация курсов повышения квалификации врачей и переквалификации медицинского персонала, а также представление профессионально-политических интересов медицинского сообщества. Участие в земельной ассоциации врачей является обязанностью каждого врача. После получения разрешения на работу

врачом, врач должен незамедлительно зарегистрироваться в земельной ассоциации врачей по месту работы, членство в данной организации является обязательным для работы врачом в Германии.

Германская медицинская ассоциация (ГМА) – это центральный орган в системе самоуправления врачей. Ассоциация создана в 1947 году. Сегодня ГМА – это объединение 17 земельных ассоциаций врачей, которые имеют регистрацию согласно местному законодательству. Основные задачи ГМА:

- обеспечение должного уровня медицинской помощи населению путем обмена опытом между земельными ассоциациями врачей и координации их цели и деятельности;
- культивирование принципа унификации всей врачебной практики Германии путем консультирования и информирования важности процессов медицинской профессии;
- достижение наивысшей унификации всех возможных регуляторных механизмов профессиональной практики, обязательств и принципов в области предоставления медицинской помощи;
- обеспечение безопасности профессиональных интересов в части законодательной базы земельных участков и страны в целом. Взаимодействие с федеральным правительством, двумя палатами Парламента и политическими партиями;
- взаимодействие в части политики здравоохранения по основным ключевым проблемам;
- поддержка непрерывного профессионального образования;
- поддержка обеспечению качества предоставляемых медицинских услуг;
- установление и поддержка тесных взаимоотношений между ассоциациями других стран и медицинскими научными обществами;
- рассмотрение законодательства в части: Профессионального кодекса, который регулирует этические и профессиональные нормы врачебной практики, а также документ, регулирующий процесс обучения – программы, сроки, условия.

Все Палаты врачей Германии, как земельные, так и национальная, имеют законную обязанность защищать интересы её членов. Для этого необходимы контакты с парламентом, министерствами, политическими партиями и средствами массовой информации. Компетенция в вопросах медицины и политики в области здравоохранения делают врачебные палаты ценным советником Федерального правительства и правительств Федеральных земель. Соответствующее значение имеет их оценка законопроектов, распоряжений и министерских указов в области социальной

политики и политики здравоохранения. Контроль профессиональной деятельности врачей является одним из весомых элементов самоуправления врачей. В этом отношении Палаты врачей имеют законную обязанность заботиться о соблюдении основных профессиональных принципов. Основные принципы определены в профессиональном уставе врачей в качестве обязательных правил поведения в отношении с пациентами, а также между врачами. Если медицинское высшее образование является задачей государства, то образование врачей-специалистов узкого профиля (например, окулиста или хирурга) - дело Палат врачей. Установление порядка образования врачей-специалистов, как и принятие экзаменов по специальному образованию принадлежат к важнейшим задачам Палат врачей.

Организационная структура ГМА довольно громоздка. ГМА локализуется в Берлине. Основными структурами организации являются офис генерального секретаря, департамент международных отношений, пресс-служба, несколько дополнительных департаментов, которые сфокусированы на специфических направлениях медицинской профессии. В дополнение имеются отдельные органы такие как консультационный совет по науке, комиссия по лекарственным препаратам, которые имеют свой собственный статус и процедурные правила. Их члены избираются Исполнительным Советом ГМА или Германской медицинской ассамблеей.

Каждые 5 лет врачи земельных ассоциаций избирают членов палаты собрания. Палата собрания является высшим органом Палаты врачей (ГМА), своего рода Парламентом врачей. Также сроком на 5 лет парламент избирает президента и его заместителя, вице президента. Президент является внешним представителем палаты. Президент и вице президент вместе с избранными членами 17 земельных округов образуют правление Палаты врачей, которое и осуществляет ее деятельность. Палата собрания, правление и президент принимают все основные решения органов самоуправления палаты. Для примера,

врачебная палата Северного Рейна является третьей по величине из 17 врачебных палат федеральных земель Германии. В 2011 году в Палате врачей Северного Рейна было занято 217 сотрудников. 183 сотрудника заняты в главном управлении, в Дюссельдорфе, другие 34 сотрудника в различных филиалах. Наряду с этим большое число врачей на общественных началах работают в специальных комитетах и комиссиях.

Кроме того, ГМА через земельные медицинские ассоциации гарантирует врачам в пенсионном возрасте, а также в случае нетрудоспособности финансовые гарантии и в дальнейшем заботится о близких родственниках в случае смерти. Например, обязательная страховая организация Палаты врачей Северного Рейна осуществляет вклады ее состояния на основе принципов наибольшей надёжности и получения максимальных процентов от вкладов. Таким образом, полученные прибыли идут на использование исключительно для членов палаты.

Вновь организовавшаяся Национальная палата здравоохранения Казахстана находится в тесном взаимодействии с ГМА по обмену опытом, и стремится использовать и адаптировать элементы деятельности Палаты Германии, в том числе самоуправления врачей как один из успешных внедрений делегирования полномочий исполнительного органа общественной организации. Широко изучен опыт Германии в развитии профессиональной ответственности врачей. На сегодняшний день Национальная палата здравоохранения Казахстана лишь начала свою деятельность, но в дальнейшем она могла бы стать лидирующим общественным органом, которая бы выполняла те же функции и роль, имела подобную структуру, что и Германская медицинская ассоциация. Делегирование части функций центрального исполнительного и контролирующего органов на самих врачей существенно увеличило бы солидарную ответственность с их стороны, что впоследствии привело бы к улучшению качества предоставляемой медицинской помощи в стране.

Мухамеджанова Г.М.

Городская поликлиника №6, г. Алматы

Мусирепова С.К.

Городская поликлиника №6, г. Алматы

Абдрахилова Б.И.

Городская поликлиника №6, г. Алматы

ПОЛИКЛИНИКА БЕЗ ОЧЕРЕДЕЙ. ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ

Одним из долгосрочных приоритетов развития Республики Казахстан до 2030 года является здоровье и благополучие граждан. В основе достижения высокого уровня здоровья нации лежит прежде всего эффективное управление системой здравоохранения и усовершенствование деятельности организаций здравоохранения.

Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг. отвечает всем запросам охраны здоровья населения. За последнее время практически произошел переворот всей системы здравоохранения и это созвучно со стремительной индустриализацией нашей страны.

Реформы, касательно нашей отрасли имеют по истине прорывной характер. В частности, акцент на первичную медико-санитарную помощь: оптимизация участковой службы, мотивация медицинских работников посредством стимулирующего компонента в виде ощутимой доплаты по индикаторам качества работы, усиление участковой службы вторыми, третьими медсестрами, введение социальных работников, психологов, развитие стационаророзмещающей помощи для населения, все это дало большой импульс в деятельности первичной медико-санитарной помощи. Это на самом деле современная казахстанская модель стратегического развития здравоохранения.

Есть наработки по совершенствованию работы амбулаторной службы с применением IT-технологий, объективной оценки рейтинга деятельности служб, врачей, медицинских сестер. Одним из таких форм является переход городской поликлиники №6 г. Алматы на режим работы «Поликлиника без очередей» с предварительной записью на прием к врачам, благодаря которому каждый пациент может выбрать удобное для себя время посещения

врача. Планирование и координирование работы врачей равномерной нагрузкой в течение рабочего дня позволило регулировать интенсивность потока пациентов. Появилась возможность уделять больше времени для осмотра пациента, что способствует повышению качества медицинской помощи. В перспективе планируется внедрение электронной амбулаторной карты пациента.

Актуальным и важным направлением совершенствования управления системы здравоохранения является подготовка менеджеров здравоохранения на основе лучшей практики и международных стандартов. Понимая важность данного процесса Министерство здравоохранения РК с прошлого года проводит обучение менеджеров здравоохранения в рамках проекта «Сегодня лучший ты, завтра - все».

В апреле 2012 года состоялась обучающая поездка менеджеров первичной медико-санитарной помощи Казахстана в Финляндию. Целью обучающей поездки является повышение осведомленности менеджеров первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) по организации сети услуг первичного звена здравоохранения Финляндии, управлению и администрированию с целью переориентации системы здравоохранения Республики Казахстан от инфраструктурно-ориентированной модели к пациент-ориентированной модели.

В Финляндии государственная власть отвечает за управление политикой в области социального обеспечения и здравоохранения, а также обеспечивает функционирование данной системы. Ответственность же за организацию и представление услуг в законодательном порядке возложена на муниципалитеты. Прежде всего это касается первичной медицинской помощи. В Финляндии живут 5,3 млн. жителей, которым

представлена первичная медицинская помощь 161 муниципальными центрами здоровья (поликлиники) и специализированная медицинская помощь 21 больничными округами (центральные и региональные больницы).

Общие расходы на здравоохранения составляют 8,9% ВВП (2010 г.). Медицинское обслуживание преимущественно финансируется за счет налоговых поступлений государства и муниципалитетов (75%). Государство распределяет муниципалитетам государственную долю социального обеспечения и здравоохранения, возмещающую около 31% от расходов. Объём государственных вложений не является целевым финансированием, а определяется числом жителей, возрастным составом, уровнем заболеваемости в муниципалитете. Около 7 % стоимости медицинского обслуживания пациенты оплачивают сами. Половина расходов медицинского страхования за предоставление медицинских услуг финансируется из взимающихся страховых платежей, а вторая половина из налоговых средств государства. Например, плата за посещение муниципальной поликлиники в г.Хельсинки составляет 13,8 евро, за сутки в стационаре платят 32,6 евро. Плата за посещение поликлиники не взимается с пациентов психиатрических и наркологических медучреждений. Если же пациент болеет часто и вынужден постоянно пользоваться услугами, то максимальный размер взимаемой платы за медицинские услуги составляет 636 евро в год. Для сравнения, средняя месячная зарплата в Финляндии, до отчисления налогов, составляет около 2300 евро. Детям до 15 лет медицинская помощь оказывается бесплатно. Бесплатна и профилактическая медицинская помощь, включая службы материнства и детства, школьные службы здравоохранения.

Услуги общественного здравоохранения дополняются частными услугами, и определенная доля связанных с ними расходов возмещается из системы медицинского страхования. Работодатели обеспечивают своих служащих профилактической медицинской помощью, а при желании – обеспечивают и другими видами медицинской помощи. Учреждение социального страхования возмещает работодателю 50-60% расходов, направленных на обеспечение службы охраны здоровья на рабочем месте тем работодателям, которые хотят купить эти услуги. Работодатель может сам организовать охрану здоровья на рабочем месте либо купить услуги от частной службы.

В законодательном порядке в Финляндии утверждена гарантия на получение медуслуг, в рамках которой четко определены сроки на представление тех или иных услуг. Нуждающееся же в экстренном уходе и

лечении пациенты получают его немедленно. В течение трех дней с момента обращения пациента поликлиника должна определить необходимость в оказании медицинской помощи. При возможности оценка ситуации производится по телефону, это может сделать медсестра. В больнице врач должен определить в течение трех недель необходимость в лечении. Если пациенту показано стационарное лечение, такое должно быть представлено в течение шести месяцев. Противотуберкулезных, кожновенерологических стационаров и наркодиспансеров в стране нет, так как случаи сифилиса и туберкулеза практически не встречаются.

Одной из распространённых специальностей является общая врачебная практика. Примерно 20 % врачей работают в муниципальных здравпунктах, около 40% - больницах. Частнопрактикующие врачи в 2011г. осуществляли приблизительно 16% от всех консультаций. Около 10% врачей работают только в частном секторе, работающие в государственном секторе занимаются во внеурочное время частной практикой. В целом общее количество врачей составляет 25 тыс., из них более 19 тыс. – практикующие врачи, 275 жителей приходится на одного врача, имеющего квалификацию европейского уровня.

Согласно законодательству, в задачи первичного звена здравоохранения в основном входят: обеспечение поддержки в вопросах укрепления здоровья, просветительская работа для населения в сфере здравоохранения, включая рекомендации по планированию семьи; проведение скрининговых программ по молочной железе и шейки матки, хромосомным и структурным аномалиям плода, сахарному диабету, сердечнососудистым заболеваниям; организация медицинской помощи при школах и вузах, а также на рабочих местах, лечения для населения (включая стоматологическое), а также неотложную амбулаторную помощь всем нуждающимся, службы медсестринского ухода на дому, уход и реабилитация в коечных отделениях поликлиники, местной службы скорой помощи, обеспечение психиатрической и наркологической службы. Во всех сферах здравоохранения населению, особенно социально значимым категориям, предоставлена социальная поддержка и социальная помощь. Учет медицинской документации автоматизирован, амбулаторных карт нет, развита телефонная служба консультации по вопросам здоровья. Время работы всех специалистов с 8.00 до 15.00 часов.

Повсеместно реализован семейный принцип обслуживания врачами общей практики и семейными медсестрами в центрах здоровья, в среднем на одного врача приходится

2000 смешанного населения. Амбулаторная специализированная помощь сосредоточена при больницах в виде консультативных поликлиник. В центре здоровья большое внимание уделяется реабилитации пациентов после тяжелых заболеваний (физиолечение, ЛФК, массаж, работа на тренажере и т.д.).

Врачи общей практики освобождены от рутинной работы, первоначального обследования, сразу приступают к вопросам диагностики и лечения. Их деятельность основывается на принципах доказательной медицины, в работе принимают научный подход. Семейные врачи на дому посещений не проводят, не ведут диспансерный учет населения, несут ночные дежурства в центральной больнице.

Надо отметить, что в амбулаторной службе особая, ведущая роль отведена сестринскому делу, которые оказывают широкий профиль медицинских услуг: ведут самостоятельный прием, определяют первоначальный диагноз, назначают процедуры, выписывают рецепты, проводят телефонные консультации, патронаж на дому, иммунизацию среди населения, оказывают неотложную помощь, занимаются вопросами профилактики. Медсестры являются проводником между пациентом и врачом.

За время неосложненной беременности будущая мама 12-15 раз посещает женскую консультацию. Обычно в основном осмотры проводит медсестра общей практики, и лишь 2-3 осмотра – врач. После родов медицинская сестра посещает мать с ребенком на дому, и затем ребенок переводится в детскую консультацию, где дети грудного возраста осматриваются 8 раз в год, дети в возрасте 1-2 лет – 3 раза, а более старшие дети, до достижения 7 лет – 1 раз в год. Медсестра в соответствии с программой иммунизации, проводит вакцинации, обеспечивает наблюдение и поддержку физического, психологического и социального развития детей, осуществляют поддержку семей по вопросам воспитания детей с учетом социальных условий.

За охрану здоровья в университетах и других вузах несет ответственность Фонд здоровья студентов. За время обучения учащиеся школ (9 классов) проходят 7 медицинских осмотров: 3 врачебных и 4 сестринских. Кроме того, медсестра регулярно проводит бесплатные консультации для школьников. Пропаганда здорового образа жизни является составной частью школьной медсестры. Во всех школах и гимназиях преподается предмет «Наука о здоровье» - это уроки, посвященные культуре человеческих отношений, а также сексуальному здоровью. На всех этих уровнях видна активная деятельность медицинских сестер.

В школьное медицинское обслуживание включены также услуги стоматолога, психолога и логопеда.

Закон обязывает местные власти проводить скрининг женщин в возрасте 50-59 лет для раннего выявления онкологических заболеваний молочной железы, женщин в возрасте 30-60 лет для раннего выявления рака шейки матки, медосмотры по сердечнососудистым заболеваниям, сахарному диабету, хромосомным и структурным аномалиям плода. Для этой цели муниципалитеты нанимают частные, неправительственные или государственные медицинские организации. В целом скрининговыми осмотрами охватываются в среднем от 70% до 85,5% целевых групп населения. Скрининг проводится добровольно. Целевые группы получают именные приглашения для прохождения скрининга.

Центры здоровья также осуществляют услуги психиатрическим пациентам амбулаторного уровня. Кроме того функционируют местные клиники – Центры психиатрической помощи, где работают одно-две междисциплинарные команды, состоящие из психиатров, психологов, психиатрических медсестер, социальных работников, медсестер, обслуживающие в среднем 20-30 тыс. человек. В этих клиниках есть стационар дневного пребывания, дома-клубы, социальные клубы, также здесь предоставляется жилье с сопровождением и поддержка. Психиатрическая служба является открытой и доступной для всех. Существует нехватка врачей-психиатров.

Высокая государственная поддержка в сфере жизнедеятельности человека и семьи на всех уровнях – высокое качество потребляемых продуктов, питьевой воды, экологичность всей окружающей среды, безопасные технологии и общественный порядок, услуги общественного здравоохранения, ориентированные на семью и профилактику и осознанное понимание населением важность введения здорового образа жизни дают свои плоды. В Финляндии высокая продолжительность жизни – 83 года, самые низкие в мире показатели перинатальной смертности и смертности детей до 5 лет.

Хочется отметить, что изучение финского опыта по усовершенствованию амбулаторной помощи и услуг первичного звена здравоохранения и применение новых знаний помогут нам во внедрении новых подходов по усовершенствованию эффективности управления медицинскими организациями и сыграет роль в повышении качества медицинских услуг, отвечающих потребностями нашего населения.

Ибраев С. Ә.

Қазақстан Республикасы Ішкі істер Министрлігінің Қызылорда облыстық ішкі істер департаментінің Медицина қызметінің бастығы

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ІСІН БАСҚАРУДАҒЫ МАРКЕТИНГТІК СТРАТЕГИЯ

Название: Маркетинговая стратегия в управлении здравоохранением

Авторы: Ибраев С.А.

Аннотация: В последние годы ведутся исследования по маркетинговой стратегии в управлении здравоохранением. Несмотря на это, мало исследовании широко раскрывающих суть этого явления. Автор в своей статье дает определение понятию маркетинг, приводит данные о маркетинговом управлении. Указывает пути исследования потребности в потребительском рынке. Делает анализ рынка медицинских услуг. Показывает направления маркетинга в здравоохранении.

Title: Marketing strategy in public health management

Author: Ibrayev S.A.

Abstract: Studies are at the last years on marketing strategy in public health management. In spite of this, little studies broadly revealing essence of this phenomena. The Author in its article gives the determination a notion marketing, brings given about marketing management. Indicates the way of the study need for consumer market. Does the analysis a market medical services. Shows the directions of marketing in public health.

«Маркетинг» термині, немесе «басқарудың нарықтық концепциясы» (marketing concept of management), XIX ғасырдың соңында – XX ғасырдың басында пайда болды және тура мағынасында нарықтық әрекетті, нарықпен жұмыс істеуді білдіреді. Дж. Р. Эванс пен Б. Берман [1] маркетингке мынадай анықтама береді: «Маркетинг – бұл тауарларға, қызметтерге және идеяларға деген қажеттіліктерді айырбас арқылы алдын ала болжау, басқару мен қанағаттандыру». Мұнда маркетинг нысандары ретінде тек тауарлардың, қызметтердің және идеялардың болуымен қатар адамдар да (саяси қайраткерлер, актерлер және т.б.), ұйымдар (Қызыл Жарты Ай, қоғамдық қорлар), аймақтар (мысалы, шипажайлар) ұғынылады.

«Интернет» ғаламторының қазақша Википедиясында [2] маркетингке «Маркетинг (ағылш. Marketing – рынок, базар, өткізу, сауда) – кәсіпорынның (фирманың, бірлестіктің, т.б.) тауар өндіру-өткізу және сауда жасау қызметін ұйымдастыру мен басқару жүйесі. Маркетинг нарық дамуының жағдайы мен келешегін зерделеуге негізделеді, тұтыну мен өндіріс өніміне (тауарға, көрсетілген қызметке) сұранымды қалыптастырады, табыс алу мақсатымен рынокта тауарлардың өткізілуін тездетуге бағытталады. Маркетинг – сұранымды жан-жақты зерделеп, болжау, жарнаманы пайдалану, өндірісті ынталандыру, сақтау мен тасымалдаудың осы заманғы тәсілдерін, тауарлардың тұтынушыға

жетуіне жәрдемдесетін техникалық және басқа түрлерін қолдану негізінде кәсіпорынның жаңа өнімді әзірлеу, өндіру мен өткізу жөніндегі ұйымдық-техникалық, қаржы, коммерциялық және басқа қызмет түрлері жатады» деген анықтама берілген.

Ф. Котлер маркетингті айырбас арқылы адам қажеттіліктерін қанағаттандыруға бағытталған әрекет түрі ретінде атап өтеді. Тауар – бұл соның көмегімен белгілі бір қажеттілікті қанағаттандыруға немесе белгілі бір проблеманы шешуге болатын бұйым, яғни «буылып-түйілген» қызмет. Айырбас идеясы нарық ұғымына жетелейді. Нарық – бұл ықтималды айырбас аумағы. Сауда үшін ықтималды мүмкіндік болған кезде нарық та бар [3].

Маркетингтік басқару – бұл сұранысты басқару, мақсатты нарықта тауарды сатудың қалаулы көлеміне жетуге бағытталған саналы үрдіс (процесс). Дегенмен фирманың, сатып алушының, тұтастай қоғамның мүдделері әрқашан сәйкес келе бермейді. Мәмілеге келу үшін әлеуметтік-әдептік маркетинг концепциясы фирманың мақсаты мен жеке тұтынушының да, сондай-ақ тұтастай қоғамның да мүдделерін үйлестіруді көздейді, оған қоса бұл осы сәттегі ғана емес, ұзақ мерзімді болуы тиіс. Сондықтан өнім өндіруші өз өнімін экологиялық таза технологиямен, тек пайдалы ғана емес, адамдар мен қоршаған ортаға зиянсыз етіп шығаруға мәжбүр. Осылайша маркетингтік шешімді қабылдағанда үш негізгі факторды ескеру

қажет: тұтынушының мүддесі, фирманың мүддесі және қоғамның мүддесі.

Маркетинг стратегиясының негізінде нарықтық іс-әрекеттің бес түрі жатыр: нарықтың сегменттелуі, мақсатты нарықты таңдау, нарыққа шығу әдістерін таңдау, маркетингтің тәсілдері мен бұйымдарын таңдау, нарыққа шығу уақытын таңдау.

Тұтыну нарығындағы сұранысты зерттеу үшін мынадай ақпараттарды жинау керек: 1) нарықта не сатып алынады, 2) неліктен сатып алынады, 3) кім сатып алады, 4) сатып алу қалай жүзеге асады, 5) сатып алу қай кезде жүзеге асады, 6) сатып алу қай жерде жүзеге асады, 7) нарықта мұндайға ұқсас қандай тауарлар сатылады және қандай бағаға, 8) тұтынушы мұндайға ұқсас тауарлардың сипаттамасында қаншалықты жақсы бағдарланған.

Сонымен маркетинг принциптерін тек сауда және тұрмыстық қызмет аумағында ғана емес, денсаулық сақтау ісінде де жүзеге асыруға болады. Адам денсаулығының бірінші басым қажеттілік екені белгілі. Одан соң барып кәсіби жетістіктер, бизнестегі табыстар, бедел және с.с. келеді. Адамның дені сау болу қажеттілігі оны сауығу тәсілдерін іздеуде белсенділік танытуға итермелейді және оған белгілі бір бағыттылық береді.

Денсаулық сақтау жүйесін әлеуметтік-экономикалық реформалау үрдістері медициналық қызметке сұранысты, ұсынысты және тұтынуды оңтайландыру, қолдағы бар ресурстарды және бөлінетін қаржыландыруды ықшамдау қажеттілігін анықтайды. Сонымен қатар тұрғындардың тұтынылатын медициналық көмекке көзқарасы, медициналық көмектің әр түріне деген сұраныс динамикасы, оның сапасы, технологиялылығы мен экономикалық ықпалдылығы сияқты денсаулық сақтау ісінің аспектітері жете талданбаған және сала қызметінің нәтижелілігін бағалау болған емес. Шет елдік әдебиетте денсаулық сақтау ісіндегі маркетинг проблемасы тек жеке және сақтаңдыру медицинасына қатысты баяндалған. Денсаулық сақтау ісін реттеуді маркетинг тұрғысында айтар болсақ, осы кезге дейін бұл проблема толық зерделенбеген.

Маркетинг теориясынан шығатын тауар анықтамасын (тауар – ол белгілі бір қажеттілікті қанағаттандыруға қабілетті өнім немесе қызмет), қолдана отырып адам денсаулығын жақсартуға бағытталған қызмет, оның ішінде медициналық қызмет – бұл өз денсаулығын демеудегі адам қажеттілігін қанағаттандыру қасиетіне байланысты құндылығы бар тауар. Соған сәйкес денсаулық сақтау ісіндегі маркетинг сауықтыру-алдын алу, санитарлық-гигиеналық және емдеу қызметтері, дәрілік бұйымдар, терапевтік және оңалту бағытындағы құралдар кешенін жүзеге асырумен сабақтас ұйымдастырушылық-

экономикалық қызметтер жиынтығын қамтиды [4].

Америкалық медициналық қауымдастықтың денсаулық сақтау ісіндегі маркетингті денсаулық сақтау қызметтері өндірісін жоспарлау, экономикалық негіздеу және басқару, емдеу-алдын алу үрдісі аумағындағы баға саясаты, тұтынушыларға қызметті (медициналық мәні бар тауарларды) ұсыну, сондай-ақ оларды жүзеге асыру кешенді үрдісі ретінде анықтайды.

Медициналық қызмет нарығы айырбас үшін ықтималды мүмкіндік болған кезде ғана орын алады (маркетинг теориясында – бұл қолдағы бар және ықтимал айырбас аумағы). Медициналық қызмет нарығы екі тараптың – медициналық қызметке мұқтаждар мен оларды ұсынушылардың болуымен; нарық субъектілерінің – ол жерде медициналық қызметті немесе тауарды жүзеге асыру және тұтыну атқарылуы мүмкін қажетті мекемелердің болуымен; медициналық қызметті өндірушілер мен тұтынушылардың өзара ұсыныстарын таңдау еркіндігінің болуымен анықталады.

Денсаулық сақтау ісіндегі маркетинг (оны классикалық тұрғыда түсінгенде) медициналық қызмет нарығы, дәрігер мен пациент арасындағы нарықтық қарым-қатынас, дәрігерлердің (медициналық қызметтердің), медициналық препараттарды және тауарларды өндірушілердің бәсекелестігі болғанда ғана мүмкін. Алайда Қазақстанда негізінен мемлекет бір мезгілде өзін үш тұлға: медициналық қызметті сатушы, оны нақты сатып алушы және медициналық мекеме иесі ретінде білдіреді. Жағдайдың бұлайша қалыптасуы медициналық қызмет көлемін, сапасын, бағасын, көрсету тәртібін мемлекеттің икемді реттеуіне ерік беретіндей көрінеді, бірақ нақты жағдайды реттелген нарық деп атауға келмейді. Денсаулық сақтау ісіндегі қатынастардың сипатына медициналық қызметтің көлеңкелі нарығының болуы емдеу-профилактикалық мекеменің (ЕПМ) ұсынысы мен мүмкіндігінің алдын ораған сұраныстың бар екені дәлел.

Денсаулық сақтау аумағындағы маркетинг өз бойына саламатты өмір салтының, дәрі-дәрмектердің жарнамасы, денсаулық сақтау ісіне көзқарас, емдеуді, оңалтуды таңдау және с.с. аспектілерді жинауы мүмкін.

Денсаулық сақтау ісіндегі маркетингті шартты түрде бес бағытқа бөлуге болады:

- 1) медициналық қызмет маркетингі;
- 2) дәрілік препараттар маркетингі;
- 3) медициналық техника маркетингі;
- 4) медициналық технологиялар маркетингі;
- 5) ғылыми идеялар маркетингі [5].

Медициналық қызметтің маркетингі

(сауықтыру шараларын қосқанда) тұрғындар арасында денсаулықты және сәйкесінше өмір стилін нығайтуға, дені сау адам, саламатты өмір салты имиджін нығайтуға түрткі болады. Медициналық қызмет маркетингіне қажеттілік медициналық қызметке тұтынушы сұранысының әрқашан болғанынан, қазір де бар екенінен және болашақта да болатынынан туындайды.

Медициналық статистика талдауы белгілі бір аумақтардағы денсаулық сақтау ісіндегі елеулі жетістіктерге қарамастан, толықтай қоғамның дені сауға айналмағанын көрсетеді. Дамыған елдердегі бірқатар кеселдерден өлім көрсеткішінің төмендеуі, созылмалы патологиялардың және мүгедектіктің артуын тудыратын демографиялық жылжумен (тұрғындардың қартаюы, туудың төмендеуі) бірге жүреді. Мұның бәрі медициналық қажеттіліктердің артуына ықпал етеді, мұның келешекте де өсуі мүмкін.

Денсаулық сақтау ісіндегі тұтынушылық нарығының демографиялық сегментін анықтай отырып, ең алдымен денсаулық бағытындағы барынша әлжуаз тұрғындар санатын бөліп көрсеткен жөн. Олар: 7 жасқа толмаған балалар мен 65 және одан жоғары жастағы кәрі адамдар. Медициналық мақсаттағы қызметтер мен тауарларға үлкен сұраныс мол қаржы кірістері, білімнің және мәдениеттің жоғары деңгейі бар тұрғындарға, сондай-ақ қала халқына тән құбылыс.

Маркетинг технологиялары денсаулық сақтаудың көптеген аумағы үшін әмбебап. Бастау көзі мынадай сауалдарға жауаптар болып табылады: қандай медициналық көмек қажет; неліктен, кімге, қашан, қайда, оны кім және қалай көрсететін болады; оны кім, қалай және қандай көлемде қаржыландырады.

Медициналық маркетинг сұранысты талдаумен, бақылаумен және болжаумен қатар сондай-ақ оны басқаруды да білдіреді. Медициналық маркетингтегі белсенді позиция алуан түрлі техникалық шешімдерде жүзеге асады. Сұраныстың әрбір жағдайына (теріс, жоқ, ықтималды, төмен, құбылмалы, толық, шектен тыс, иррационалды) ықпал етудің өз тәсілі сәйкес келеді: конверсиялық (өзгеретін), ынталандырушы, дамытушы, ремаркетингтік, синхромаркетингтік, демеуші, демаркетингтік, қарсы әсерлі.

Дерекнамалар:

1. Эванс Дж. Р., Берман Б. «Маркетинг» - М.: Экономика, 1990.
2. «Маркетинг (қазақша Википедия)», дерек көзі: <http://kk.wikipedia.org/>
3. Котлер Ф. «Управление маркетингом». – М.: Экономика, 1980.
4. Поляков И.И., Ланкин К.А. //Проблемы социальной гигиены и истории медицины. – 1997.- №6.
5. Шарачиев Ю.Т., Улащик В.С. //Здравоохранение Беларуси. – 1995- №4.

Медициналық қызмет пен тауар нарығындағы маркетингтік зерттеу медициналық қызметтердің нақты және ықтималды тұтынушылар мен фарм-препараттарды сатып алушылардың қажеттіліктері мен мүмкіндіктерін терең және жан-жақты зерделеуге, бағаның деңгейі мен динамикасын талдауға, денсаулық сақтау ісі мен медициналық көмектің дамуына әсер ететін көптеген басқа факторларды айқындауға сүйенеді.

Медициналық қызмет пен тауарлар нарығындағы маркетингтің басты ерекшелігінің мәні бұл нарықтың демографиялық, әлеуметтік, экономикалық, валеологиялық өлшемдерін ескеріп, осы нарыққа белсенді әсер ету мен азаматтардың медициналық қызметке деген қажеттілігін қалыптастыруды жан-жақты зерттеуді үйлестіруде жатыр.

Медициналық қызмет нарығының сегменттелуі мен оның ауқымын анықтау оларға қызмет көрсетілетін науқастардың саны мен олардың жан басына шаққандағы кіріс өлшемі, медициналық көмекке және дәрі-дәрмек бұйымдарына, медициналық мақсаттағы тауарларға кететін шығын деңгейі туралы деректердің негізінде жүзеге асырылады.

Денсаулық сақтау ісіндегі маркетингтік жұмыс кестесіне ЕПМ, маркетингтік делдалдар мен пациенттер енеді. Бұл элементтер төрт басты ағыммен қосылған: медициналық қызмет ағымы; көрсетілетін медициналық көмекке төлемде алынған ақшалық бұйымдардың ағымы; ақпараттық ағым; коммуникациялық ағым.

Медициналық қызмет нарығы – бұл қызметтер ұсынылатын және тұтынылатын нақты нарық түрі.

Демек, денсаулық сақтау саласындағы маркетинг – бұл онда фирманың мүддесі, пайда табуы қоғамның және әрбір тұлғаның мүддесімен кереғар келмеуі тиіс бизнестің ерекше аумағы екенін есе ұстау керек. Соның нәтижесінде жарнама барынша шынайы, ал маркетингтік зерттеулер – жан-жақты да терең болуы керек. Медициналық жарнама мен маркетинг негізін пациенттің мүддесі құрауы тиіс.

Мемлекеттің денсаулық сақтау Министрлігін және оның ұйымдарын алға ұстап бұл жұмыстарға бақылау жүргізуге міндетті екені еш талас тудырмайды.

Смаков С., Тыныштыкова З., Подзорова С.

Экибастузская городская больница

ОПЫТ РАБОТЫ В ЕДИНОЙ НАЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Экибастузская городская больница – единственный многопрофильный стационар в г.Экибастузе с численностью населения 146,2 тыс.человек.

Больница размещена в семи отдельно расположенных корпусах на территории площадью 6 га. Общая площадь помещений превышает 23 тыс.кв.метров. В стационаре развернуты 11 клинических, 4 диагностических и 4 вспомогательных отделений. Кочная мощность 395 мест.

В управление больницей вступили 26.01.2009г. Менеджмент на тот момент характеризовался следующими показателями: низкая трудовая дисциплина, неудовлетворительное обеспечение лекарственными средствами, присутствие сооплаты лечебного процесса, критическое состояние коммунальных сетей, кредиторская задолженность 26 млн.тг., неудовлетворительная организация внебюджетных услуг, недостаточное качество лечебного процесса.

В течение года коллективом больницы организована реконструкция отопительной системы с привлечением спонсорской помощи, благодаря ресурсосберегающим мероприятиям устранена многолетняя кредиторская задолженность (одно из условий вступления в ЕНСЗ), реорганизована лечебная

помощь инсультным и инфекционным больным с введением круглосуточного врачебного поста, подготовлены первые специалисты по нейрохирургии, оперативной нефрологии (гемодиализ) и оториноларингологии. Устранена сооплата лечебного процесса. Организовано первое сервисное отделение в терапевтическом корпусе. В течение года внебюджетные финансовые поступления увеличились в 1.8 раза и составили 18 733.5 тыс.тг.

Средняя заработная плата увеличилась: у врачей на 29.5%, у среднего медицинского персонала на 24%. Во всех отделениях восстановлена телефонная связь, начата компьютеризация стационара, смонтирована локальная информационная сеть в административном корпусе, организован информационный зал для работы в портале. Проведен этап по консолидации сотрудников стационара, определены корпоративные ценности коллектива, укреплен трудовая дисциплина. Внедрена систематическая пропаганда основ «здорового образа жизни». Начата переподготовка врачебных кадров для введения в производство новых медицинских услуг: нейрохирургия, гемодиализ, оперативная оториноларингология.

В 2010 г. предприятие вступило со следующими основными показателями:

Таблица – Основные функциональные показатели стационара Экибастузской городской больницы за 2008-2009 гг.

№	Основные показатели	2008	2009
1	Бюджет всего в тыс. тенге	476252,0	640368,0
	в том числе:		
	Госзаказ	457944,0	549599,0
	Кап ремонт	16208,0	63769,0
	Медоборудование	2100,0	27000,0
2	Заработная плата	230635,2	294554,2
3	Средняя заработная плата врача в тенге	76300	98861
4	Средняя заработная плата мед.сестры в тенге	39000	48292
5	Объем внебюджетных средств	10377,0	18733,5
6	Количество пролеченных больных	14838	15548
7	Количество операций	2725	2838
8	Хирургическая активность	48,4	56,9
9	Общая летальность	2,0	1,5

Согласно приведенным данным бюджет стационара в 2009 году в сравнении с 2008 годом увеличился на 164 116 тыс.тг. в т.ч. государственный заказ по оказанию

стационарной помощи выполнен на 91655 тыс. тг. больше чем в предыдущем году.

Областной трансферт по капитальному ремонту помещений инфекционного корпуса

и сооружению жестких кровель трех зданий больницы освоено на сумму 63 769 тыс.тг.

Средняя заработная врача составила 98 861 тг., медицинской сестры – 48 292 тг.

В 2010г в стационаре перепрофилированы 30 коек: в 20 реабилитационных и 10 нейрохирургических. Начаты операции у больных с геморрагическим инсультом, впервые в больничной практике оперативная помощь пострадавшим с черепно-мозговой травмой стали оказывать «собственные» подготовленные специалисты.

В январе в г. Экибастузе впервые открыт гемодиализный центр. Начаты операции на ЛОР-органах.

Наряду с выполнением государственного заказа, стационар расширял перечень внебюджетных услуг, что позволило дополнительно заработать 36,7 млн.тг. – в 3,5 раза больше по сравнению с 2008 годом.

В течении 2010 года ресурсосберегающие мероприятия имели продолжение, что позволило продолжить инвестиционную программу предприятия: ремонт коммуникаций, помещений, приобретение основного оборудования на внебюджетные средства. На материальную мотивацию труда работников было направлено 48 160 тыс.тг. Средняя заработная плата врача составила – 139 514 тг., медицинской сестры – 63 708 тг.

С 2011 года предприятие осуществляет свою деятельность в соответствии с основными целями Государственной программы «Саламаты Казахстан». Продолжена дальнейшая модернизация производства: открыта палата интенсивной терапии (ПИТ) для инсультных больных, в 2 реанимационных отделениях, 7 операционных залах, 1 барозале и ПИТ кардиологии произведен монтаж централизованного кислородопровода, в стационаре установлена галокамера, оборудован реабилитационный зал. В больнице осуществлен текущий ремонт 4 клинических и приемного отделений.

Предприятие динамично обновляет основное медицинское оборудование, данная программа стала намного успешней с появлением возможности приобретения оборудования по лизингу. Вспоминая историю этого проекта, предприятие первым в Казахстане, в 2011 году предоставило в АО «Казмедтех» пакет документов на приобретение 5 наименований медицинской техники на сумму 70 млн.тг.

На материальную мотивацию труда работников предприятия направлены 18 171 тыс.тг. Уменьшение суммы средств в сравнении с 2010 года, обусловлено ограничительными рамками приказа № 310 МЗ РК.

В марте 2012 года стационар изменил свою юридическую форму став предприятием на праве хозяйственного ведения. Первоначальной

возможностью этой трансформации стало составление нового штатного расписания в соответствии с приказом № 238 МЗ РК, производственными потребностями стационара и финансовой рациональностью. В основе совершенствования качества оказываемой медицинской помощи находится повышение профессионализма медицинских кадров. В течении первого полугодия осуществлена переподготовка 9 врачей, по 7 специальностям, среди которых «сосудистая хирургия» впервые в деятельности стационара.

В течении апреля-сентября месяцев больница получила 7 наименований оборудования на сумму 95 млн.тг. Среди которых имеются эндоурологическая операционная установка, операционный С-арочный рентген-аппарат и др., которые позволили кардинально изменить способ оказания медицинских услуг, повысить качество лечебной помощи, внедрить и расширить высокоспециализированную медицинскую помощь (ВСМП), повышая финансовые возможности предприятия.

Благодаря спонсорской помощи расширен и отремонтирован гемодиализный зал, ведется ремонт помещений клинической лаборатории, произведен закуп лабораторной информационной системы (внебюджетные средства), до конца года планируется открытие централизованной клинической лаборатории. Начат ремонт помещений (спонсорская помощь) для будущего инсультного центра.

Первоначальный объем ВСМП, во второй половине года стал возможным для увеличения в 2 раза, что позволит предприятию заработать дополнительных средств на сумму 26 млн.тг.

Дискутабельным вопросом текущего года является недостаточность бюджета по оказанию круглосуточной стационарной помощи, который составил 763 989 тыс.тг. Учитывая медико-экономические показатели разбывающих двух лет, на основе которых разрабатываются прогнозные объемы бюджета, стационару необходимо 950 млн.тг., которые позволили бы продолжить инвестиционные проекты по укреплению основного капитала предприятия, внедрению современных технологий в производство и др.

В заключении следует сказать, что деятельность больницы в условиях ЕНСЗ нуждается и характеризуется следующими особенностями:

- повышение качества оказываемых медицинских услуг,
- необходимость современного менеджмента,
- потребность постоянного совершенства основного производства,
- увеличение возможностей по обучению кадров, приобретению технологий,
- потребность в конкурентоспособности.

РЕЗОЛЮЦИЯ МЕЖДУНАРОДНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «ПОВЫШЕНИЕ ПОТЕНЦИАЛА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: СИСТЕМНЫЕ ПОДХОДЫ К РАЗВИТИЮ МЕНЕДЖМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

г. АСТАНА, 30-31 ОКТЯБРЯ 2012 г.

Мы участники II Международной конференции «Повышение потенциала системы здравоохранения: Системные подходы к развитию менеджмента здравоохранения», представители Министерства здравоохранения Республики Казахстан, Республиканского центра развития здравоохранения, руководители организаций здравоохранения, сотрудники консалтинговых компаний, эксперты из дальнего зарубежья:

- признавая важность активного реформирования системы здравоохранения, роли международного сотрудничества, особенно в части совершенствования менеджмента здравоохранения, внедрения инновационных управленческих технологий, практического значения для развития системы здравоохранением Республики Казахстан;

- поддерживая идею организации

конференции, которая служит площадкой для специалистов здравоохранения по обмену опытом по передовым технологиям управления в здравоохранении;

- положительно оценивая доклады, представленные по таким разделам как перспективные направления развития здравоохранения, совершенствование финансирования медицинских организаций, внедрение современного менеджмента в сферу медицинского образования и науки, совершенствование менеджмента медицинских услуг, внедрение стандартов менеджмента здравоохранения в практику медицинских организаций РК, роль обучающих университетских клиник: перспективы развития независимой оценки знаний и навыков в сфере здравоохранения Республики Казахстан;



Фото – Принятие резолюции

ПОСТАНОВЛЯЕМ:

- Поддержать развитие бюджетной модели здравоохранения с элементами рыночной экономики, ведением элементов сооплаты, развитие механизмов солидарной ответственности, как со стороны медицинской

службы, так и со стороны населения;

- Поддержать введение обязательного страхования ответственности медицинских работников за причинение ущерба здоровью гражданина при отсутствии небрежного или халатного отношения

со стороны медицинского работника, с широким обсуждением законопроекта с общественностью;

- Одобрить проект отраслевой системы квалификации работников системы здравоохранения;

- Поддерживать долгосрочные перспективы развития больничного сектора;

- Поддерживать развитие ГЧП в здравоохранении, создание соответствующей инфраструктуры, совершенствование нормативно-правовой базы;

- Усилить научные исследования, направленные на изучение системы здравоохранения и разработки новых моделей развития;

- Поддерживать внедрение новых форм финансирования медицинских организаций разработанных в МЗ РК (стационары и ПМСП);

- Способствовать разработке экономически-обоснованных и эффективных бизнес-планов, учитывающих мотивацию персонала;

- Способствовать совершенствованию рационального использования коечного фонда;

- Обеспечить координацию и сотрудничество между различными медицинскими организациями, применяющими различные управленческие технологии и трансферт международного опыта;

- Одобрить проект Концепции развития медицинской науки и инноваций в здравоохранении Республики Казахстан до 2020 года с учетом высказанных замечаний и рекомендовать ее к дальнейшему утверждению Министерством здравоохранения Республики Казахстан;

- Рекомендовать научным организациям и медицинским вузам наладить эффективную работу локальных этических комиссий и обеспечить их активное включение в независимый контроль качества всех видов научной продукции на уровне организации (грантовых заявок, отчетов научных программ, методических рекомендаций, статей и т.д.);

- Рекомендовать научным организациям и медицинским вузам повысить активность в вопросах качающихся публикаций в рейтинговых рецензируемых журналах;

- Рекомендовать организациям медицинского образования всех уровней активно включиться в проведение исследований в медицинском образовании и использовать результаты исследований в процессе принятия управленческих решений и совершенствовании образовательных программ;

- Рекомендовать организациям, осуществляющим подготовку менеджеров здравоохранения, осуществлять постоянное совершенствование образовательных прог-

рамм, в том числе на основе внедрения дистанционного компонента (опыт ВШОЗ);

- Поддерживать внедрение ОМТ как инструмента содержания расходов и обеспечение качества медицинских услуг;

- Систематизировать внедрение новых технологий и технологий ВСМП на основе соответствующей экспертизы;

- Рекомендовать внедрение индикаторов оценки качества оказываемых медицинских услуг в программных комплексах;

- Одобрить рейтинговую систему оценки медицинских организаций для внедрения в регионах;

- Поддерживать использование автоматизированных информационных систем в повышении качества оказания медицинских услуг;

- Рекомендовать разработку концепции дальнейшего развития дальнейшего развития ИСЗ;

- Поддерживать проект профессиональных стандартов по менеджменту здравоохранения, разработанными в соответствии с лучшим международным опытом в рамках национальной системы квалификаций;

Обсудить профессиональные стандарты по менеджменту здравоохранения в широкой аудитории заинтересованных сторон;

Активно привлекать молодых менеджеров в процесс развития и внедрения новых управленческих технологий, в частности по внедрению профессиональных стандартов для менеджеров здравоохранения;

Обеспечить системный подход к непрерывному профессиональному развитию кадровых ресурсов здравоохранения (среднеспециальное, высшее, послевузовское, дополнительное профессиональное, медицинские клиники, научно - исследовательские центры);

На основе обобщенного опыта ответственных и лучших университетов международной практики;

Совершенствовать принципы интеграции образовательного, клинического, научного процесса (организации медицинского образования – клинические центры – научно – исследовательские институты);

Усилить меры по оснащению и развитию современных симуляционных центров на базе медицинских вузов, колледжей, направленных на создание полного цикла обучения практическим навыкам (тренажерные залы, оснащенные современными симуляторами, операционный комплекс на секционном материале, лабораторных животных, обучение на стандартизованных пациентах);

Принять меры по созданию форума МЗ РК ЦОЗН для широкого обсуждения и обеспечения участия всех заинтересованных

сторон в разработке и реализации концепции независимой экзаменации выпускников и специалистов здравоохранения;

Медицинским организациям образования и науки, учреждениям практического здравоохранения и профессиональным ассоциациям принять меры по обеспечению представительства и активного участия в формировании института независимой оценки квалификации специалистов здравоохранения;

Создать при РМК координационную группу по разработке подходов к оценке знаний и навыков выпускников организаций среднего и послесреднего медицинского образования и специалистов среднего звена с представительством РЦОЗН и медицинских колледжей;

Направить все меры на повышение

уровня удовлетворенности выпускников, работодателей, государственных органов качеством высшего, послевузовского и дополнительного медицинского образования;

Рекомендовать МЗ внести соответствующие дополнения в план мероприятий по реализации ГПЗ «Саламатты Казахстан» на 2011-2015гг. в части организации и становления системы оценки знаний.

Создание точки роста по оказанию высокотехнологической помощи научным исследованиям.

Резолюция принята 200 делегатами на пленарном заседании международной конференции «Повышение потенциала системы здравоохранения: Системные подходы к развитию менеджмента здравоохранения» 31 октября 2012 г. по адресу: г. Астана, ул. Майлина 1А, отель «Тенгри».

Қазақстан Республикасы,
010000, Астана қ.
Иманов к-сі 13, 619 каб.

Республика Казахстан,
010000, г. Астана
ул. Иманова 13, каб. 619

www.rcrz.kz

