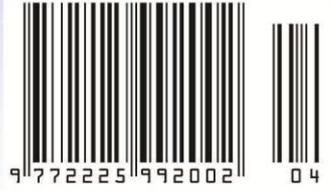


ISSN 2225-9929



Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау

МЕНЕДЖЕРІ МЕНЕДЖЕР

здравоохранения Республики Казахстан

Наурыз № 1(14) 2015



Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау

МЕНЕДЖЕРІ МЕНЕДЖЕР

здравоохранения Республики Казахстан



Журналдың аты:

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау менеджері

Бас редактор:

Е.Ә. Байжүнісов

Редакциялық кеңес:

Қ.Қ. Ермекбаев, М.Е. Шоранов,
Н.М. Исатаева, А.А. Ақанов, Г.М. Алпысбекова,
С.Қ. Оралов, В.З. Кучеренко

Редакция алқасы:

Д.Е. Айтуарова, Б. Т. Қаупбаева,
Л.Г. Макалкина, А.А. Нұрғожаев, Г.Т. Жангереева,
В.В. Койков, Ш.Н. Муканова, О.Б. Сәкенов

Редакция хатшысы:

Г.Т. Назарова

Техникалық редакторлар:

Л.Ж. Рахимова, А.Е. Тәпенова, Л.Г. Успанова

Меншік иесі:

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

Жазылу индексі:

74608

Мерзімділігі:

жарты жылда 2 рет

Таралымы:

500 дана

Құрылтайшылары:

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

Редакцияның мекен-жайы:

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

Жарияланатын мәліметтердегі ақпараттардың нақтылығы, авторлардың жауапкершілігінде

Наименование журнала:

Менеджер здравоохранения Республики Казахстан

Главный редактор:

Байжунусов Э.А.

Редакционный совет:

Ермекбаев К.К., Шоранов М.Е.,
Исатаева Н.М., Ақанов А.А., Алпысбекова Г.М.,
Уралов С.К., Кучеренко В.З.

Редакционная коллегия:

Айтуарова Д.Е., Қаупбаева Б.Т.,
Макалкина Л.Г., Нурғожаев А.А., Жангереева Г.Т.,
Койков В.В., Муканова Ш.Н., Сәкенов О.Б.

Секретарь редакции:

Назарова Г.Т.

Технические редакторы:

Рахимова Л.Ж., Тәпенова А.Е., Успанова Л.Г.

Собственник:

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

Подписной индекс:

74608

Периодичность:

2 раза в полугодие

Тираж:

500 экземпляров

Учредители:

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

Адрес редакции:

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

Ответственность за достоверность информации, публикуемой в журнале, несут авторы

МАЗМҰНЫ/СОДЕРЖАНИЕ

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ СТРАТЕГИЯСЫ ЖӘНЕ САЯСАТЫ / СТРАТЕГИЯ И ПОЛИТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Байжунусов Э.А., Исатаева Н.М., Кулхан Т.Т., Сагиндыкова М.Ж., Гурицкая Г.М.
Оценка качества клинической диагностики.....5

Клиникалық диагностиканың сапасын бағалау

Тасмаганбетова А.С., Шарбаков А.Ж.
Роль материально-экономических факторов в развитии трудовых
ресурсов здравоохранения..... 11

*Денсаулық сақтау еңбек ресурстары даму саласындағы материалды-экономикалық
факторлардың маңызы*

Избасаров Б.У.
Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения.....14

Денсаулық сақтау саласындағы мемлекеттік-жеке меншік әріптестік

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЗАНЫ ЖӘНЕ ЭТИКАСЫ / ЗАКОН И ЭТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Клименко Е.Г.
Правовые основы организации психиатрической помощи в Казахстане.....20

Қазақстанда психиатриялық көмектің ұйымының құқықтың негіздері

Буркитбаев Ж.К., Абдрахманова С.А., Имашпаев Д.М., Раисов С.Д.
Национальное законодательство с позиции применения
гемопоэтических стволовых клеток.....23

Гемопоэздіктің жасушаларының пайдалану тұрғысындағы ұлттық заңнама

КАДРЛАРДЫ БАСҚАРУ / УПРАВЛЕНИЕ КАДРАМИ

Рахимова Л.Ж.
Деловое совещание как эффективный инструмент управления.....29

*Денсаулық сақтау менеджмент орталығының менеджерлердің әлеуетін арттыру
бөлімінің бас менеджері*

Тасмаганбетова А.С., Шарбаков А.Ж.
К вопросу эффективности внедрения стандарта организации
оказания онкологической помощи населению Республики Казахстан.....35

Дәрігерлердің сараланған еңбекақы тиімділігінің социологиялық аспектерін зерттеу қорытындылары

ҚЫЗМЕТТЕРДІ БАСҚАРУ / УПРАВЛЕНИЕ УСЛУГАМИ

Жуланов Б.Ш.

- К вопросу эффективности внедрения стандарта организации оказания онкологической помощи населению Республики Казахстан.....41
Қазақстан Республикасының халқына онкологиялау көмек көрсету стандартының енгізу тиімділігі сұрағына

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

Макашев Д.М., Кудабаяева Б.Б., Мубарақов А.К.

- Внедрение дифференцированной оплаты труда в медицинских организациях страны за период 1 полугодие 2013-2014 гг.45
2013-2014 ж. 1 жартыжылдық кезеңіндегі еліміздің медициналық мекемелерінде дифференциалдық еңбек ақы әдістерін енгізу

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘЛІМЕТІН БАСҚАРУ / УПРАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИЕЙ И СТАТИСТИКОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Макашев Д.М., Кудабаяева Б.Б., Каирбекова З.Г.

- Выявление онкологических больных на ранних стадиях – шанс на выздоровление и здоровую жизнь.....49
Науқастардың онкологиялық ауруларын ерте анықтау – сауығуға және ұзақ өмір сүруге мүмкіндік

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ ИННОВАЦИЯЛАР / ИННОВАЦИИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Абдрахманова А.О.

- Триз-технологии в медицинском образовании.....52
Медициналық білімберудегі ТЕШТ-технологиялар

Есполова Г.Д.

- Применение инструмента бенчмаркинга с целью повышения качества медицинских услуг.....59
Медициналық қызмет сапасын арттыру мақсатында бенчмаркинг құралын қолдану

ҚҰЛАҚТАНДЫРМА / АНОНС

- РЦРЗ разрабатывает новый проект – в фокусе министры здравоохранения.....66
ДСДРО ҚР Денсаулық сақтау министрлері жайлы жаңа жобаның тұсауын кеспек

- Аккредитация медицинских организаций: тренинг для сотрудников медицинских организаций по вопросам внедрения стандартов аккредитаций.....67
Медициналық ұйымдарды аккредиттеу: аккредиттеу стандарттары енгізу мәселелері бойынша медициналық ұйымдардың қызметкерлері үшін тренинг



Байжунусов Эрик Абенович

*Генеральный директор
РГП на ПХВ «Республиканский
центр развития здравоохра-
нения» Министерство здравоохранения и социального разви-
тия Республики Казахстан*

УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ!

Очередной номер журнала «Менеджер здравоохранения Республики Казахстан» имеет особое значение. В текущем году завершается реализация Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг.

На стационарном уровне Единая национальная система здравоохранения (ЕНСЗ) уже действует, с прошлого года начато ее внедрение на амбулаторно-поликлиническом уровне.

Началась работа по разработке мероприятий Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2016-2020 годы, её приоритетными направлениями в соответствии с Посланием Главы государства народу Казахстана «Казахстанский путь – 2050: Единая цель, единые интересы, единое будущее» станут: дальнейшее совершенствование и модернизация первичной медико-санитарной помощи (ПМСП); внедрение системы управления заболеваниями; развитие кадрового потенциала здравоохранения; внедрение фонда

социального медицинского страхования (ФСМС) на основе ЕНСЗ.

Данный номер журнала содержит интересные статьи, посвященные инновациям в сфере здравоохранения, таким как – кризис технологии в медицинском образовании и применение бенчмаркинга с целью повышения качества медицинских услуг, статьи по стратегии и политике здравоохранения, управлению кадрами, в частности, опубликованы результаты исследования социологических аспектов эффективности дифференцированной оплаты труда врачей, затронуты вопросы стандартизации в здравоохранении, государственно-частного партнерства.

Наша редакция приложит все усилия для представления в Журнале самых актуальных материалов в контексте современного развития системы здравоохранения. Благодарим Вас за Вашу помощь, поддержку и обратную связь.

Желаем Вам крепкого здоровья, благополучия и творческих успехов!

С уважением, Главный редактор

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ СТРАТЕГИЯСЫ ЖӘНЕ САЯСАТЫ / СТРАТЕГИЯ И ПОЛИТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

Байжунусов Э.А.

Генеральный директор

РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗСР РК

Исатаева Н.М.

Заместитель Генерального Директора

РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗСР РК

Кулхан Т.Т.

Начальник отдела ОМТ ЦСЗ

РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗСР РК

Сагындыкова М.Ж.

Главный менеджер отдела ЦСЗ

ОСМП РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗСР РК

Гурцкая Г.М.

Главный менеджер отдела ЦСЗ

ОМТ РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗСР РК

Аталуы: Клиникалық диагностиканың сапасын бағалау

Авторлары: Байжунусов Е.Ә., Исатаева Н.М., Құлхан Т.Т., Сагындыкова М.Ж., Гурцкая Г.М., ҚР ДСӘДМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК

Түйіндеме: Диагностика – ауруды анықтау және керекті емдік-профилактикалық іс-шараларын таңдау үшін науқастың жай-күйін тану әдістері мен құралдарын қолданатын клиникалық медицинаның бөлімі. Стандартты жіктеудің болмауы, аурудың асқинуы, диагностика және емдеу қателіктері, ақаулар, апаттар мен қатерлерді анықтау, ятрогенді аурулар диагноз қайшылығы мен айырмашылығының мәселесіне ағымдағы жағдайды талдауға сараптама жүргізуді айтарлықтай қиындатады. Сондықтан да медициналық сақтандыру қателіктер, ақаулар, апаттар ятрогенді аурулар және асқинулардың айқын әдістемелік қағидаларынсыз және сараптаудың әдістемелік тәсілдерінсіз мүмкіндігі жоқ және шешім талап ететін күрделі мәселе болып табылады.

Title: Assessment of the diagnostics quality

Authors: Baizhunusov E.A., Isstatyeva N.M., Kulkhan T.T., Sagyndykova M.Z., Gurtuskaya G.M., RSE on RBA «Republican Center for Health Development» MH&SD RK

Abstract: Diagnostics is the section of clinical medicine, including methods and tools for the recognition of disease and condition of the patient for appropriate therapeutic and preventive measures. Lack of standard classification complicates diagnosis and treatment of errors, defects, identifying accidents iatrogenic diseases greatly complicates the analysis of the current situation on the issue of discrepancies diagnosis. That's why health insurance without clear methodological principles and methodical examination techniques complications, errors, defects, accidents and iatrogenic is a complex problem requiring a solution.

Улучшение качества медицинской помощи – основная задача, определенная в Послании Президента Республики Казахстан Н.Назарбаева народу Казахстана от 17 января 2014 года «Казахстанский путь

– 2050: Единая цель, единые интересы, единое будущее», и являющаяся одним из основных направлений Государственной программы развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы [1,2].

Диагностика – раздел клинической медицины, включающий методы и средства распознавания болезней и состояния больного для принятия соответствующих лечебных и профилактических мер [3,4].

1. Постановка диагноза начинается с личного контакта врача с пациентом и включает в себя:

- ознакомление с пациентом, подробный опрос жалоб;

- опрос по истории болезни (анамнез): как развивались болезненные симптомы, как человек вышел на нынешний уровень заболевания, кто им занимался, какие обследования проводились;

- дополнительно (анамнез жизни) – необходимо выяснить, когда пациент родился, когда и чем болел, чем болели родители, какие есть генетические проявления, особенности и предрасположенности.

2. Составив для себя определенную картину болезни пациента, врач разрабатывает комплекс дальнейших исследований:

- это различные анализы (крови, мочи, кала, на содержание сахара в крови и т.д. в зависимости от симптомов заболевания);

- иногда результатов лабораторных исследований бывает недостаточно, чтобы правильно поставить диагноз, тогда назначаются инструментальные исследования (ЭКГ, рентген, УЗИ и т.д.).

Дальше при схожести симптомов и малой информативности исследований начинается трудный этап – дифференциального диагноза (разграничение одного состояния от другого, похожего на него).

Виды диагнозов:

1. Предварительный диагноз – на уровне скорой медицинской помощи, первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) на первичном осмотре.

2. Клинический диагноз – на уровне профильного специалиста, стационара, который в свою очередь включает:

- 1) основное заболевание;
- 2) сопутствующие заболевания;
- 3) конкурирующие заболевания;
- 4) осложнение основного заболевания;
- 5) фоновое заболевание.

3. Патологоанатомический диагноз

4. Судебно-медицинский диагноз

В лечебно-диагностическом процессе используются следующие виды диагнозов:

- диагноз направившего учреждения;
- диагноз при поступлении;
- клинический диагноз;
- этапный диагноз;
- диагноз при выписке и/или смерти больного.

В существующей клинической практике диагнозы могут не совпадать, так как поэтапно расширяются исследования и мо-

3 .

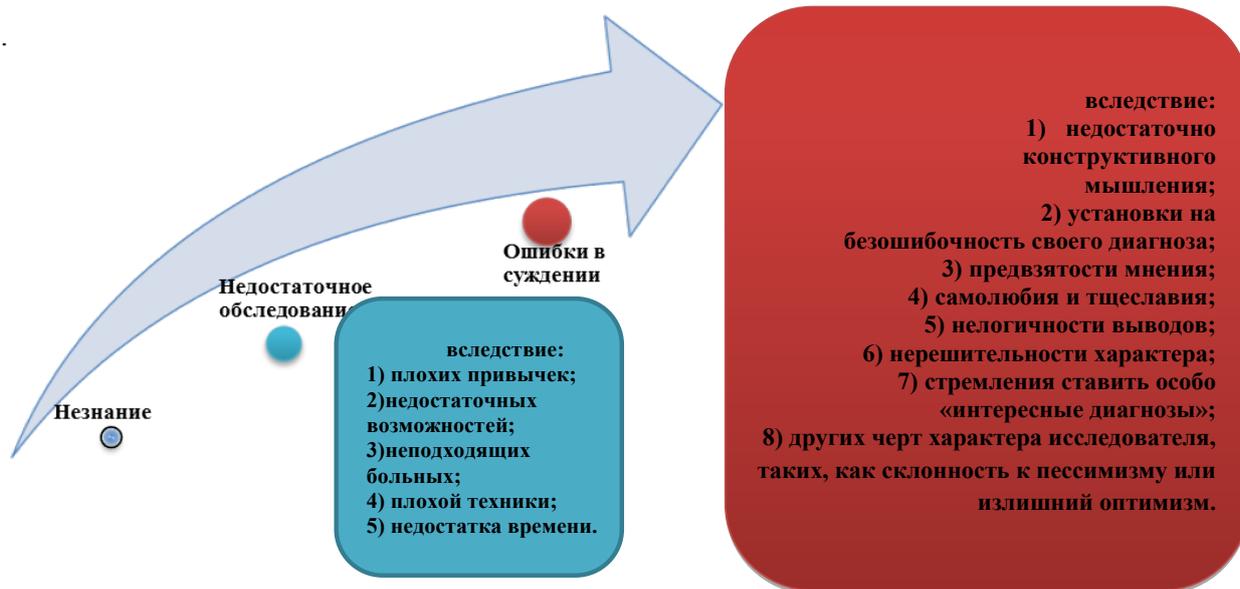


Рисунок 1 – Факторы, которые могут вести к неправильным диагнозам.

гут появляться другие причины, влияющие на постановку диагноза. Один или несколько исходных симптомов могут ввести в заблуждение врача и привести к постановке неверного диагноза. Встречаются ситуации, когда проявление заболевания у данного больного полностью сходно с классической картиной настоящего заболевания, но в последнее время подобное встречается крайне редко. То есть важным этапом постановки диагноза является дифференциальная диагностика [5,6] (рисунок 1).

Необходимо отметить, что зачастую точный диагноз устанавливается только во время оперативного вмешательства или после проведения сложных гистохимических (лабораторных, генетических) исследований [7].

Кроме того, дополнительно, с научной точки зрения, для постановки диагноза болезни необходимо провести диагностический поиск, т.е. выявить наличие факторов перегрузок (механических, токсических, инфекционных, термических и т.д.), выявить наличие дефектов (нарушение, отсутствие функций каких-либо органов и анатомические нарушения), выявить функциональные резервы систем организма, выявить вредные привычки (порочные круги), выявить уровень нагрузок, на котором начинаются жалобы.

Случаи неверного диагноза классифицируются как врачебные ошибки.

Международная статистика говорит о том, что в каждом втором случае врачебная ошибка сопровождается неверным диагнозом, отсутствием диагноза, гипердиагностикой.

Основной причиной смерти считается важнейшее осложнение основного заболевания, которое само или через последующие, связанные с ним или обусловленные им осложнения, приводит к летальному исходу. Диагностика их не менее важна, чем основного заболевания, так как борьба с ними, успешное их лечение дает возможность продлить жизнь больного [10].

Часто эти осложнения не диагностируются и при совпадении основных клинического и патологоанатомического диагнозов в статистическую разработку не попадают и не анализируются. Поэтому для изменения от-

ношения к оценке случаев расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов при наличии важнейших (смертельных) осложнений используется единый критерий «Ошибки диагностики со смертельным исходом», куда включаются расхождения диагнозов по основному заболеванию, а при их совпадении – по недиагностированному важнейшему смертельному осложнению (сепсис, перитонит, пневмония и др.) [11,12].

В Беларуси расхождение между клиническими и патологоанатомическими диагнозами составляет 3%.

Согласно теоретическим выкладкам российского академика Автандилова Г., показатель общего процента расхождения диагнозов в специализированных больницах не может быть ниже 5%, в многопрофильных учреждениях здравоохранения: поликлиниках и амбулаториях – не ниже 10-15%, а в среднем он колеблется от 15 до 20%.

Как известно, С.П. Боткин высказал мысль, что был бы рад, если ему удалось бы добиться совпадения клинического и патологоанатомического диагнозов в 30% случаев. В начале века (1912 г.) в Бостоне прижизненные и посмертные диагнозы совпали уже в двух из трех случаев. За последние десятилетия в терапевтических отделениях этот показатель приближается к 70%.

Развитие специализации выявило и противоположную тенденцию. По данным разных авторов, несовпадение поликлинических и стационарных диагнозов в 60-х годах колебалось у терапевтов в пределах 7-17%. А когда были открыты специализированные отделения, этот показатель вырос в 1,5-2 раза и более.

Чем больше «ножницы» между диагностическими возможностями поликлиники, с одной стороны, и специализированного отделения (центра), с другой, тем показатели совпадения диагноза ниже. Чем выше уровень диагностики в стационаре и чем более тяжелые больные поступают, тем чаще расхождения диагнозов направления и клинических. Необходимо учесть, что при более глубоком подходе и современном обследовании больных выясняется, что за ранее расшири-

тельно толковавшимися гломерулонефритом, полиартритом, гепатитом и др., скрывается не одно, а несколько разных по этиологии и патогенезу заболеваний [13,14].

Имеется много наблюдений, согласно которым наибольшее количество расхождений клинико-патологоанатомических диагнозов приходится на 1-е сутки пребывания больных в стационарах, затем кривая расхождений падает. Начиная с 7-10-го дня, она вновь поднимается из-за «коррекции» врачебного мышления полученными данными лабораторно-аппаратных исследований. По данным патологоанатома Р.И. Шмурина, на 1-е сутки госпитализации приходится 28,2% расхождений диагнозов, на 3-и – 14,5%, на 10-е – 22,8%, а при длительных сроках пребывания в больнице – 34,5%.

Международная статистика: Частота неблагоприятных последствий медицинских мероприятий: от 1,1-3,8 до 18-28% госпитализированных больных (США, Великобритания, Канада, Австралия, 1991, 2000, 2004, 2005) из них до 7-13% – с летальным исходом (США, 2004, 2005) Наиболее высокая частота (20%) – в ОИТ, приемных отделениях, больницах СМП [15-17].

В Австралии в 2001 г. были впервые проведены уникальные и приоритетные работы по ятрогенным осложнениям, кото-

требуется срочное ургентное оказание медицинской помощи [18].

Показатель общего процента расхождения не может служить единственным и окончательным критерием качества лечебно-диагностического процесса, так как не учитывает специфику ни медицинского учреждения (отделения в стационаре), ни больных (тяжесть и характер заболеваний и т.д.). Этот показатель в специализированных больницах не может быть ниже 5%, в многопрофильных и амбулаторно-поликлинической сети – ниже 10-15%, а в среднем он колеблется от 15 до 20% [19-22].

В отделениях реанимации общего профиля расхождения заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов – в 12,5%.

Научных изысканий в области врачебных ошибок не так много, в силу негласных правил деонтологии. И, тем не менее, проблема требует тщательного изучения и анализа. Подобного рода работа была проведена в городе Москва Российской Федерации по категориям расхождения диагнозов (таблица 1,2).

Расхождения первой категории встречаются в 70,25% случаев.

Основными причинами расхождений I категории являются: кратковременность пребывания в стационаре (56,20%) и тяжесть со-

Таблица 1 – Категории расхождения диагнозов

I категория	II категория	III категория
В данном лечебном учреждении правильный диагноз был невозможен и диагностическая ошибка (нередко допущенная еще во время предыдущих обращений больного за медицинской помощью в другие лечебно-профилактические учреждения) уже не повлияла в этом стационаре на исход болезни. Главный критерий I категории расхождения диагнозов – объективная невозможность установления верного диагноза в данном медицинском учреждении. Причины расхождения диагнозов по I категории всегда объективные.	Правильный диагноз в данном лечебном учреждении был возможен, однако диагностическая ошибка, возникшая по объективным или субъективным причинам, существенно не повлияла на исход заболевания. Часть случаев расхождения диагнозов по II категории является следствием объективных трудностей диагностики (но не переводится при этом в I категорию), а часть – субъективных причин.	Правильный диагноз в данном лечебном учреждении был возможен, и диагностическая ошибка повлекла за собой ошибочную врачебную тактику, т. е. привела к недостаточному (неполноценному) или неверному лечению, что сыграло решающую роль в смертельном исходе заболевания. Причины диагностической ошибки при расхождении диагнозов по III категории также могут быть как объективными, так и субъективными.

рые легли во все международные разработки. Из них до 13% летального исхода и наиболее высокая частота – 20% – это ситуации, когда

стояния пациентов при поступлении (40,12%).

Расхождения второй категории наблюдаются в 28,72% случаев.

Расхождения второй категории обусловлены: недоучетом клинических данных (23,21%), недостаточным обследованием (28,57%), неправильной оценкой результатов обследования (35,71%). На долю «формальных» расхождений диагнозов, обусловленных неправильной формулировкой заключи-

тельного клинического диагноза, приходится 12,51%.

Третья категория расхождения диагноза встречается редко (1,03%) и обусловлена недостаточным обследованием пациентов реанимационного профиля.

Таблица 2 – Расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов у умерших в стационарах взрослой сети ЛПУ МОСКВЫ за 13 лет (1999-2011 гг.)

Частота расхождений диагнозов (в %)				
Годы	Средний % расхождений диагнозов	Категории расхождения диагнозов		
		I	II	III
1999	16,9	41,7	57,3	1,0
2000	16,2	40,7	59,4	0,9
2001	16,2	44,0	55,1	0,9
2002	17,3	42,4	56,9	0,7
2003	15,2	45,2	54,2	0,6
2004	16,8	44,3	55,3	0,4
2005	16,2	46,0	53,5	0,5
2006	16,3	47,3	52,3	0,4
2007	16,1	47,5	52,3	0,2
2008	15,4	47,0	52,9	0,1
2009	14,8	49,5	50,4	0,1
2010	13,8	50,8	49,1	0,1
2011	14,0	51,8	48,1	0,1

Доля летальных ошибок, согласно данным канадских авторов, составляет 4,9-12,7%; согласно официальной статистике Нидерландов, дефекты МП привели к летальному исходу в 6,2%.

В независимом исследовании, проведенном специалистами американской анестезиологической корпорации, установлено, что доля летальных ошибок составляет 15-20%.

Другая работа была посвящена кардиологической патологии в структуре смертности в больнице скорой медицинской помощи (Корнева Ю.С., Козлов Д.В. (2010).

Расхождение диагнозов по основной причине смерти – 26,7%:

- расхождений по 1 категории 19,1% от общего числа аутопсий;

- 7,6% расхождений по 2 категории.

В целом процент расхождений:

- по терапевтическим отделениям – 29,4%;

- по отделениям хирургического профиля – 20,2%;

- по приемному отделению – 43,7% от общего числа случаев смерти по этим отделениям.

При изучении несовпадений по непосредственной причине смерти выявлено, что в случае совпадения основного диагноза, непосредственная причина смерти определена клиницистами неверно в 33,7% наблюдений, а при расхождении основных диагнозов – в 35,8% наблюдений.

Количество выявленных в бюро судеб-

но-медицинской экспертизы Дальневосточного федерального округа расхождений между клиническими и судебно-медицинскими диагнозами за период 2004-2008 г. – 8,6% (С.В. Козлов (2012).

В Казахстане данный вопрос имеет особую актуальность, ввиду отсутствия в действующем законодательстве понятия «врачебная ошибка» и, соответственно, системы их регистрации. Ситуация усугубляется отсутствием общепринятой классификации осложнений, ошибок диагностики и лечения,

дефектов, определения несчастных случаев, ятрогенных заболеваний, что в значительной мере затрудняет проведение анализа складывающейся ситуации по проблеме расхождения диагноза. Вопрос требует скорейшего решения, что особенно важно в преддверии внедрения системы медицинского страхования. Без четких методологических принципов и методических приемов экспертизы осложнений, ошибок, дефектов, несчастных случаев и ятрогений система внедрения страхования будет существенно осложнена.

Источники:

1. Послание Президента Республики Казахстан Н.Назарбаева народу Казахстана от 17 января 2014 года «Казахстанский путь – 2050: Единая цель, единые интересы, единое будущее».
2. Государственная программа реформирования здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.
3. Зайратьянц В. Анализ летальных исходов по данным МОСГОРСТАТА и патологоанатомической службы взрослой сети лечебно-профилактических учреждений Департамента здравоохранения города Москвы за последние 15 лет (1002-2006 гг.) / Пленарное заседание МГНОТ 24.01.07 г.
4. Mulley A, Trimble C, Elwyn G. Patients' preferences matter: stop the silent misdiagnosis. King's Fund, 2012.
5. Marvel M, Epstein R, Flowers K, Beckman H. Soliciting the patient's agenda: have we improved? JAMA 1999;281:283-7.
6. Lee CN, Hulsman CS, Sepucha K. Do patients and providers agree about the most important facts and goals for breast reconstruction decisions? Ann Plastic Surg 2010;64:563-6.
7. Volandes AE, Paasche-Orlow MK, Barry MJ, Gillick MR, Minaker KL, Chang Y, et al. Video decision support tool for advance care planning in dementia: randomised controlled trial. BMJ 2009;338:b2159.
8. Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK, Hartigan PM, Maron DJ, Kostuk WJ, et al. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. N Engl J Med 2007;356:1503-16.
9. Rothberg MB, Sivalingam SK, Ashraf J, Visintainer P, Joelson J, Kleppel R, et al. Patients' and cardiologists' perceptions of the benefits of percutaneous coronary intervention for stable coronary disease. Ann Intern Med 2010;153:307-13.
10. Wagner E, Barrett P, Barry M, Barlow W, Fowler F. The effect of a shared decision-making program on rates of surgery for benign prostatic hyperplasia. Med Care 1995;33:765-70.
11. Kennedy A, Sculpher M, Coulter A, Dwyer N, Rees M, Abrams K, et al. Effects of decision aids for menorrhagia on treatment choices, health outcomes, and costs: a randomized controlled trial. JAMA 2002;288:2701-8.
12. Morgan MW, Deber RB, Llewellyn-Thomas HA, Gladstone P, Cusimano RJ, O'Rourke K, et al. Randomized, controlled trial of an interactive videodisc decision aid for patients with ischemic heart disease. J Gen Intern Med 2000;15:685-93.
13. Wennberg JE. Tracking medicine: a researcher's quest to understand health care. Oxford University Press, 2010.
14. NHS Rightcare. NHS atlas of variation. www.rightcare.nhs.uk.
15. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. J Gen Intern Med 2012;27:1361-7.
16. Katz J. The silent world of doctor and patient. Free Press, 1984.
17. Mullan RJ, Montori VM, Shah ND, Christianson TJH, Bryant SC, Guyatt GH, et al. The diabetes mellitus medication choice decision aid: a randomized trial. 2009;169:1560-8.
18. Elwyn G, Lloyd A, Joseph-Williams N, Cording E, Thomson R, Durand M-A, et al. Option grids: shared decision making made easier. Patient Educ Couns 2012 Jul 31. [Epub ahead of print.]
19. Stacey D, Bennett C, Barry M, Col N, Eden K, Holmes-Rovner M, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev 2011;10:CD001431.
20. Wilson SR, Strub P, Buist AS, Knowles SB, Lavori PW, Lapidus J, et al. Shared treatment decision making improves adherence and outcomes in poorly controlled asthma. Am J Resp Crit Care Med 2010;181:566-77.
21. Department of Health. Equity and excellence: liberating the NHS. DH, 2010.

22. Wennberg D, Marr A. A randomized trial of a telephone care-management strategy. *N Engl J Med* 2010;363:1245-55.
23. Wanless D. Securing our future health: taking a long-term view. Final report. HM Treasury, 2002.

РОЛЬ МАТЕРИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ ТРУДОВЫХ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Тасмаганбетова А.С.

Магистрант II года обучения по специальности

«Общественное здравоохранение» АО «Медицинский университет Астана»

Шарбаков А.Ж.

Заведующий кафедрой общей гигиены и экологии доктор медицинских наук по специальности гигиена, асс.профессор, академик МАНЭБ г.Санкт Петербург.

Аталуы: Денсаулық сақтау еңбек ресурстары даму саласындағы материалды-экономикалық факторлардың маңызы

Авторлары: Тасмаганбетова А.С., Шарбаков А.Ж., АҚ «Астана медицина университеті»

Түйіндеме: Қоғамда болып жатқан әлеуметтік-экономикалық өзгерістер кезеңінде, маңыздылығы ерекше кадрлық ресурстарды басқару оңтайландыру болып табылады. Кадрлар – ресурстардың жалғыз түрі, кезі жеткенде мәнін жоғалтпай ғана, керісінше білім мен кәсіби дағдылардың жиынтығы есебіне өз құндылығын арттырады. Денсаулық сақтау жүйесінде кадр саясатын жетілдіру тікелей медициналық қызмет және денсаулық сақтау жүйесін дамыту сапасын бақылауды әсер ететін факторлардың бірі болып табылады.

Title: The role of the material and economic factors in the development of the health human resources

Authors: Tasmagambetova A. S., Sharbakov A. Z., JSC "Astana Medical University"

Abstract: In the period of social and economic conversions taking place in society, particular significance gets optimization the management of human resources. Personnel - the only kind of resources that will eventually not only does not lose its value, but on the contrary it increases due to the accumulation of professional skills and knowledge. Improvement of personnel policies in the health system directly is one of the factors affecting the quality control of medical services and health system development.

Введение

Стратегической целью политики Республики Казахстан в области охраны здоровья населения является формирование политических и макроэкономических процессов, позволяющих рассматривать общественное здоровье как важнейший экономический и социальный потенциал страны.

Изучая роль кадрового потенциала в сфере здравоохранения, В. З. Кучеренко с соавторами [5] указывают, что реформирование здравоохранения на любом этапе предполагает обязательное рассмотрение вопросов рационального использования ресурсов, наиболее значимыми из которых являются медицинские кадры.

Анализ и обсуждение

В здравоохранении Казахстана постоянно проводится анализ и прогноз количественного и качественного состава кадров. В связи с проводимыми реформами в стране здравоохранение потеряло значительное количество медицинских работников. Улучшение общеэкономической ситуации в стране дает положительный результат в обеспеченности населения медицинскими кадрами. В 2013 году в государственном секторе системы здравоохранения Казахстана, включая систему Министерства здравоохранения РК и ведомственные системы, было занято 39,2 врачей и 90,3 единиц среднего медицинского персонала на 10 000 населения. Укомплектованность врачами в 2013 году составила

91,1 % [3].

Суть происходящего в настоящее время реформирования системы здравоохранения сводится, прежде всего, к ориентации деятельности отрасли на конечные результаты, использованию новых подходов к контролю качества и эффективности медицинской помощи [8]. Цели реформирования не будут достигнуты без решения не менее значимых для отечественного здравоохранения вопросов объективного оценивания труда и его оплаты [1].

Реформирование здравоохранения должно обеспечивать не только более полное удовлетворение потребностей населения в качественной и доступной медицинской помощи, но и учет интересов самих медицинских работников. Длительное время размеры оплаты труда в отечественном здравоохранении не соответствовали вкладу медицинских работников в дело укрепления здоровья нации, а также затрачиваемых на их подготовку силам и средствам [4].

Между тем, в экономически развитых странах уровень материального благосостояния работников здравоохранения был в это же время достаточно высоким. Так, например, в США заработная плата врачей является высокооплачиваемой по сравнению с другими странами. Заработная плата семейного врача составляет – 14 500 долларов; педиатра – 15 000 долларов; терапевта – 15 900 долларов в месяц. Оплата врачей высокого класса превышает данные показатели в 2-3 раза: хирургов–ортопедов – 43 000 долларов, урологов – 33 000 долларов. Помимо высоких заработных плат, врачи США имеют социальные пособия, медицинскую страховку, оплачивается поездка на конференции, публикации и др. [10]. Врач общей практики (ВОП) во Франции зарабатывает в среднем около 55 000 долларов в год, тогда как в США составляет 146 000, а заработная плата специалистов – 271 000 долларов в год [9]. В Швейцарии размер минимальной ежемесячной заработной платы врача в долларах составляет 7800 долларов, в в Нидерландах – 3600, в Испания – 5000, в Польше – 1500 [2].

В странах постсоветского простран-

ства размер заработной платы не является стимулирующим компонентом, так как значительно ниже показателя ЕС, иногда даже в десятки раз. В России средняя заработная плата медицинских работников в 2012 году составляло около 800 долларов, у практических врачей - около 450 долларов. В Украине фактический оклад практикующих врачей составляет 199 долларов (на 30% меньше, чем на официальном уровне), а основная заработная плата районного терапевта - до 12 долларов. Заработная плата в странах постсоветского пространства увеличивается посредством доплаты за вредные условия, категорию, ученую степень, академический статус и т.д. Так, анестезиолог получает в среднем 375-440 долларов в месяц [2, 9, 10].

Однако даже в экономически развитых странах финансирование здравоохранения с точки зрения самих медицинских работников не всегда считается достаточным [11]. В данной ситуации основная роль отводится менеджменту, обеспечивающему мотивацию медицинского персонала к производительному и качественному труду, независимо от абсолютного размера его финансового выражения. Иностранцами исследователями в области управления здравоохранением [12] доказана высокая эффективность достижения целей организации при использовании теории кадрового менеджмента, основанной на комплексном подходе к системе руководства персоналом и использовании методов мотивации его труда.

Возможности использования человеческого капитала во многом зависят от применения эффективных методов управления. Изучению научных подходов к управлению персоналом и вопросов кадрового менеджмента в учреждениях здравоохранения посвящены работы многих ученых [5]. Авторы отмечают, что в сфере кадрового обеспечения здравоохранения в настоящее время существует ряд серьезных проблем. В числе наиболее важных из них: неравномерное территориальное распределение кадров; несбалансированная подготовка медицинских кадров, приводящая к избытку врачей при недостатке среднего медицинского персонала;

ограничение возможности профессионального совершенствования врачей и медицинских сестер. В конечном счете, эти проблемы приводят к снижению доступности медицинской помощи и недостаточному удовлетворению в ней потребности населения, к снижению качества и эффективности лечебно-диагностического процесса.

Результаты социологических исследований демонстрируют, что в современных социально-экономических условиях планы студентов в отношении последипломного образования и последующего трудоустройства не соответствуют требованиям системы здравоохранения. Анализ приоритетов, определяемых при трудоустройстве выпускниками, показывает, что одним из наиболее значимых для них является высокий уровень заработной платы, который по своему значению оценен ими выше таких составляющих, как профессиональный и карьерный рост [7]. Характерным для отечественного здравоохране-

ния является тот факт, что специалисты, уже имеющие опыт работы, в большинстве своем также придерживаются подобных взглядов. Согласно данным В.К. Митрониной с соавт. [6], 88,9% из опрошенных ими врачей считают смыслом своей жизни материальное благополучие.

Заключение

Таким образом, как показывает анализ публикаций, на уровень развития кадровых ресурсов здравоохранения наиболее интенсивно влияют материально-экономические факторы. При этом наибольшее значение имеет не столько увеличение финансирования национальных систем здравоохранения, сколько его сочетание с эффективными методами кадрового менеджмента. Большинство существующих к настоящему времени механизмов управления медицинским персоналом, как и в мире, так и в отечественном здравоохранении основывается на использовании экономических методов.

Источники:

1. Балтабаева Ш.А. Теоретическое обоснование, разработка и оценка внедрения дифференцированной системы оплаты труда врачебного персонала: Автореф. дис. доктора PhD. - Астана., 2011. 30 с.
2. Дынничко А. Размер заработной платы у медицинского персонала в России и Европейском регионе. - 2011.
3. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2013 году статистический сборник. 2014. – С. 167.
4. Корчагин В.П. Проблемы труда и заработной платы в здравоохранении // Экономика здравоохранения. 1996. - №3. — С. 57.
5. Кучеренко В.З., Манерова О.А., Татарников М.А. Основные направления развития и оценки кадрового потенциала // Проблемы управления здравоохранением. 2005. - №5. - С. 20-23.
6. Митронин В.К., Митронин А.В., Лоцманова Е.А. Представления современного российского врача о смысле, целях жизни и средства их достижения // Проблемы управления здравоохранением. 2003. - №5. - С. 22-25.
7. Загорнова Г.А., Павлов Ю.И., Характеристика удовлетворенности трудом и производственная мотивация медицинских сестер // Главная медицинская сестра. 2008. - №3. - С.43-44.
8. Старовойтова И.М. Основные этапы нормативно-правовой базы по контролю качества медицинской помощи (1991-2005 гг.) // Вопросы экспертизы качества медицинской помощи. 2007. - №6. — С. 4-5.
9. Тэннер М. Сравнительный анализ систем здравоохранения в разных странах.– 2008.
10. Business And Politics News. What Salaries Are Paid to Doctors in Russia, Ukraine... and Else where in the World? Источник: <http://www.profi forex.us/news/entry4000001012.html>.
11. Curran R., Fleet L., Kirby F. Factors influencing rural health care professionals access to continuing professional education // Austral. J. Rural Health 2006. -Vol. 14.-№2.-P. 51-55.
12. Shin-Neng C. Productivity changes in Taiwanese hospitals and the National.

ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ ПАРТНЕРСТВО В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Избасаров Б.У.

Магистрант 2-го года обучения

*по специальности «Общественное здравоохранение» Западно-Казахстанский
Государственный Медицинский Университет им. М. Оспанова*

Аталуы: Денсаулық сақтау саласындағы мемлекеттік-жеке меншік әріптестік

Авторлары: Избасаров Б. У., Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті

Түйіндеме: Қазақстанда бүкіл әлем жүзіндегідей денсаулық сақтау шығындарының өсу үрдісі байқалады. Мемлекеттік-жеке меншік әріптестік – бұл әлеуметтік инфрақұрылым және өмір сүруді қамсыздандыру нысандарын қаржыландыруға, құруға, қайта құрылымдауға және (немесе) пайдалануға бағытталған жеке кәсіпкерлік субъектілері мен мемлекет арасындағы әріптестік нысаны болып табылады. Бұл әріптестіктің мемлекетке, жеке секторға және халыққа түсетін пайдасын ескере отырып, отандық денсаулық сақтау жүйесінің тиімділігін арттыруда негізгі бағыттардың бірі болып табылатыны сөзсіз.

Title: Public-private partnership in health care

Authors: Izbassarov B., Public-private partnership in healthcare sector West Kazakhstan Marat Ospanov State Medical University

Abstract: As in the whole world there is a trend of growth in health care costs in Kazakhstan.

Public-private partnership is a form of cooperation between the state and subjects of private business that is directed toward financing, construction, reconstruction and/or exploitation of social infrastructure and vital objects. Considering benefits for the state, the private sector and the population, public-private partnership will undoubtedly serve one of the main ways of increasing the efficiency of the national health system.

В настоящее время объективным условием стабильного развития инфраструктуры здравоохранения является конструктивное взаимодействие бизнеса и государства. Ведь бизнес может стать не только источником дополнительных инвестиций в развитии инфраструктуры, но и организатором ряда общественных услуг по охране здоровья населения при условии повышения качества и доступности медицинских услуг.

Политика, проводимая государством в области здравоохранения, за годы независимости стала следствием экономических и политических преобразований в стране. Финансирование отрасли отечественного здравоохранения постоянно увеличивается, так за последние 5 лет финансирование увеличилось более чем в 2 раза, с 377 млрд. тенге в 2008 г. до 838 млрд. тенге в 2013 г.

Несмотря на стабильное увеличение финансирования отрасли здравоохранения, следует отметить, что по прогнозам международных экспертов замена больничной инфраструктуры в ближайшие годы будет стоить

Казахстану более 3 млрд. долларов США [1]. Больничный сектор является важным и значимым элементом системы здравоохранения, однако исследователями и администраторами, разрабатывающими политику в области здравоохранения, не уделяется должного значения рациональному и эффективному развитию больниц. Так в больничном секторе Республики Казахстан произошло старение инфраструктуры: 45% зданий медицинских организации построены до 1970 года, 25% построены до 1990 года, что оказывает неблагоприятное влияние на качество медицинской помощи. В связи с этим, необходима модернизация больничного сектора (реконструкция, капитальный ремонт), которая обеспечит обновление стареющей больничной инфраструктуры и доведение показателя количества зданий, построенных после 1990 года до 75% [2].

Одним из приоритетных направлений Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы (далее

– Госпрограмма) является обеспечение высокого качества и доступности медицинской помощи, а также формирование эффективной системы здравоохранения, в том числе путем привлечения частных компаний к управлению государственными медицинскими объектами на основе принципов государственно-частного партнерства [3]. В рамках Госпрограммы проводятся масштабные мероприятия по развитию ГЧП в сфере здравоохранения: уполномоченным органом в области здравоохранения разработаны нормативно-правовые акты, расширяющие возможности и сферу использования ГЧП проектов; созданы специализированные управления и отделы в сфере реализации проектов ГЧП, в том числе при Министерстве здравоохранения и социального развития Республики Казахстан, а также при Республиканском центре развития здравоохранения; проведены обучающие мероприятия по вопросам ГЧП для лиц, задействованных в ГЧП сферы здравоохранения; медицинским организациям независимо от форм собственности созданы равные конкурентные возможности; разработана единая тарифная политика.

Необходимо учитывать, что модель ГЧП, применяемая в сфере здравоохранения, в каждом конкретном случае зависит от текущей институциональной среды. Как правило, государство не может полностью отказаться от своего присутствия в сфере здравоохранения, и вынуждена сохранять свое присутствие либо в качестве собственника, либо сохранять контроль над определенным видом той или иной медицинской деятельности, посредством таких инструментов как: аккредитация, лицензирование, сертификация, аттестация и т.п.

ГЧП признается одной из перспективных форм привлечения частного сектора для создания, финансирования объектов общественной инфраструктуры, а также оказания услуг на их основе [4]. Это подтверждает опыт зарубежных стран, давно практикующих проекты государственно-частного партнерства.

Известно, что в странах Евросоюза исторически сложилась достаточно гармоничная и взаимосвязанная система двух

правовых форм медицинских учреждений. С теми или иными незначительными колебаниями соотношений в зависимости от социально-политической обстановки в стране эти формы взаимно дополняют друг друга [5].

Лидерами в сфере государственно-частного партнерства в здравоохранении являются Великобритания, Канада, Австралия, Германия, Испания и другие страны.

По числу реализованных проектов ГЧП в сфере здравоохранения на первом месте находится Великобритания. В начале 90-х дефицит инвестиций привел Великобританию к созданию частной финансовой инициативы (ЧФИ), позволившей использовать частный капитал в реализации социально значимых проектов. До принятия данной программы 75-80% медицинских организаций в Великобритании было построено в середине XX века и находилось в довольно плачевном состоянии. Государственно-частное партнерство позволило за 20 лет реконструировать 106 больниц и построить 128 объектов здравоохранения. Всего в стране на сегодняшний день реализовано более 200 проектов ЧФИ в сфере здравоохранения.

В 2010 году в Великобритании запущен проект, реализуемый на основе государственно-частного партнерства – онкологический центр «Кристи» в Манчестере с инвестициями в 14 млн. фунтов стерлингов. В настоящее время осуществляется строительство больниц (около сотни в различной стадии) в формате государственно-частного партнерства стоимостью в 13 миллиардов фунтов стерлингов, с ожидаемой прибылью 1,5-3,4 миллиарда [6]. Согласившись на взаимовыгодное сотрудничество с частным сектором, британские власти получили значительную экономию, а инвесторы – гарантию стабильного дохода. Частный партнер поддерживает построенные сооружения в рабочем состоянии в течение всего времени их эксплуатации, обычно такого рода контракты заключаются продолжительностью 25-30 лет.

В Германии доля частных лечебно-профилактических учреждений в оказании медицинской помощи повысилась в 5 раз, с 4 до 22%, все это происходит на фоне сни-

жения ассигнований государства на систему здравоохранения и позволяет в определенной степени поддерживать качество медицинской помощи, традиционно высокое в государстве. При этом государственные лечебно-профилактические учреждения отдаются частным инвесторам за символическую сумму под многолетние обязательства обслуживания в рамках государственной системы страхования на медицинскую помощь и сами осуществляют все мероприятия, направленные на повышение эффективности эксплуатации клиник [7]. Качество медицинских услуг, а также сервис вне зависимости от формы собственности практически одинаковый в медицинских организациях Германии. Частные медицинские организации, вступив в конкуренцию за пациентов с другими клиниками, значительно снизили стоимость некоторых услуг. Сроки ожидания оказания высококвалифицированной помощи уменьшились в связи с лучшим менеджментом.

Власти Германии определено, что в клиниках норма прибыли не может быть ниже 25%. Цель – постоянное обновление оборудования медучреждений и их переоснащение с учетом темпов научного прогресса в отрасли. Исходя из этой нормы, складывается ценообразование в федеральном здравоохранении Германии. При этом учитывается и высокий уровень зарплаты медиков, достигающий 55% всех расходов медучреждений. На этом фоне частные учреждения, выплачивающие абсолютно аналогичные налоги, могут вести вполне рентабельную деятельность и развиваться, дополняя государственный сектор. Важно отметить, что полис обязательного медицинского страхования на территории Германии действует в медучреждении независимо от его правообладания. Пациент, выплачивающий медицинскую страховку, размер которой составляет достаточно ощутимый процент его доходов, не платит за медицинские услуги, даже весьма дорогостоящие, из собственного кармана [5,15]. В области здравоохранения Германии основной упор в реализации проектов государственно-частного партнерства делается на новое строительство – с 2003 года было реализовано проектов на сумму 770 млн.

евро, из которых 132 млн. евро пришлось на строительство крупнейшего центра протонной терапии в Эссене. Проект государственно-частного партнерства был завершен в 2010 году, центр передан в частное управление на 15 лет с предполагаемой экономией средств в 20%. Ежегодно лечение в центре протонной терапии проходят 2.200 пациентов [8].

Проекты государственно-частного партнерства в Канаде реализуются более чем в 25 областях общественных отношений, в том числе при реконструкции медицинских учреждений на всех уровнях публичной власти [9]. Согласно канадской модели ГЧП по созданию больниц, частная компания строит здание больницы, а затем сдает ее в аренду правлению больницы, которое отвечает за предоставление медицинских услуг. По результатам работы учреждения региональное правительство формирует его бюджет на следующий год. Так же существуют примеры создания специализированных клиник (МРТ-лаборатории и т.д.) Особенность канадского ГЧП в медицине состоит в том, что медицинские услуги предоставляет именно публичный сектор. Наряду с государственными больницами в стране действуют частные клиники, предоставляющие специализированные медицинские услуги. Преимущество таких клиник в том, что помощь можно получить быстрее, чем в государственных учреждениях, в которых существуют очереди.

При этом нужно обратить внимание на особенность канадского законодательства, которая заключается в том, что все проекты с планируемой стоимостью более 50 млн. канадских долларов должны реализовываться только на принципах государственных закупок. Проекты меньшей стоимостью могут осуществляться на принципах ГЧП [10].

В Швеции практикуется заключение соглашений с частными инвесторами на управление государственными госпиталями, осуществление скорой помощи, предоставление услуг лабораторий и прочих медицинских услуг. С момента внедрения практики ГЧП стоимость рентгеновских услуг упала на 50%, продолжительность ожидания диагностики и лечения сократилась на 30%, стоимость ско-

рой помощи снизилась на 10%, стоимость лабораторных услуг упала на 40% [11].

В настоящее время крупнейшим в Швеции проектом ГЧП и первым таковым в сфере здравоохранения является строительство в Стокгольме новой ультрасовременной университетской клиники «New Karolinska Solna». Бизнес-стороной проекта является международный консорциум «Swedish Hospital Partners», в котором на паритетных началах участвуют строительный концерн «Skanska» (имеет большой опыт строительства больниц в рамках ГЧП в Великобритании) и британский инвестиционный фонд «Innisfree». Консорциум будет заниматься финансированием, строительством, управлением и техническим обслуживанием больницы до 2040 г. За непосредственно медицинское обслуживание отвечает город. Общая стоимость контракта – 14,5 млрд. шведских крон [12]. Приемлемая стоимость финансирования и четко определенная стоимость строительства, строгое разделение рисков сделало проект привлекательным как для частного сектора, так и для властей Швеции.

Государственно-частное партнерство является важным механизмом развития инфраструктуры здравоохранения Австралии. ГЧП активно используется при строительстве больниц. В Австралии после приватизации 50 больниц затраты: на строительство новых госпиталей упали в среднем на 20 %, а количество обслуживаемых пациентов выросло на 30 %.

В качестве первого шага внедрения ГЧП в систему здравоохранения Австралии правительство выбрало единого частного оператора для проектирования, строительства, управления новыми больницами. Оператор работает с инвесторами, предлагая 15-летние контракты под обязательство не создавать искусственных ограничений доступности медпомощи. В этой стране каждая провинция разрабатывает свое законодательство. Типичная схема: больницы строятся на средства частного инвестора, три четверти коек остаются государственными, четверть коек временно (до 40 лет) находится в част-

ном управлении инвестора. Таких больниц построены десятки в каждой провинции.

Примером параметров таких проектов может быть реконструкция больницы «Joondalup Health Campus» и ее последующая эксплуатация по модели ВООТ. Общее количество коек 379, из них государственных – 280, частных – 99. Период реализации контракта 20 лет. Общая стоимость проекта на момент подписания договора составляла 39 млн. долларов США. Государство обязалось компенсировать частной компании стоимость услуг, оказываемых на государственных койко-местах. За остальные койко-места компания получает коммерческую плату с пациентов [13].

Интересный опыт имеется в Испании, где стороны государственно-частного партнерства создали модель, которая впоследствии получила название «Алзира» (Alzira) в автономном сообществе под названием Валенсия на востоке страны. В настоящее время на основе этой модели в Испании успешно функционируют несколько госпиталей. Изначально проект осуществлялся в рамках концессионного соглашения сроком на 10 лет. Проект был запущен в 1999 году, в начале проекта предполагалось, что медицинское учреждение Hospital de la Ribera будет специализироваться исключительно на стационарном лечении. Через несколько лет стало ясно, что оказывая только стационарные услуги, проект оказывается не рентабельным и не сможет функционировать далее.

В 2002 г. проект был закрыт, государство выплатило частному партнеру 69,3 млн. евро: 43,3 млн. евро за выкуп инфраструктуры, 26 млн. евро – компенсация убытков за период существования проекта. В 2003 году тот же частный партнер выкупил инфраструктуру обратно, заплатив государству 72 млн. евро [14]. К госпиталю присоединили амбулаторное отделение, после чего было подписано дополнительное соглашение. Новая модель представляла собой концессионное соглашение сроком на 15 лет, с подушевой оплатой в размере 379 евро в год за местного жителя с ежегодной индексацией с

учетом инфляции. Так в 2008 году подушевая оплата составила 572 евро в год. Издержки на душу населения в результате реализации проекта стали на 25% ниже в сравнении с другими регионами, увеличилось количество операций на один операционный блок, сократилось количество дней пребывания в стационаре.

Также государство ограничило уровень прибыльности для частного партнера, а также ввело систему мотивации «деньги следуют за пациентом». Система построена следующим образом: прибыльность для частного партнера ограничена законом и не может превышать 7,5% ежегодно. Министерство здравоохранения Валенсии выплачивает частному партнеру фиксированную сумму на душу населения. Если житель округа предпочитает другое медицинское учреждение для лечения, частный партнер выплачивает государству 100% стоимости лечения. Если жители других районов предпочитают лечиться в Hospital de la Ribera, то частный партнер получает 85% от стоимости услуги [15].

Следует отметить что, в развитых странах мира, характеризующимся высоким уровнем производительности труда и уровнем потребления ВВП на душу населения, где велика средняя продолжительность жизни и наблюдается высокое качество медицинского и социального обслуживания, ГЧП используется чаще в социальной отрасли, в частности в здравоохранении.

Анализ зарубежного опыта по развитию инфраструктурных проектов в сфере здравоохранения показывает, что универсальной модели партнерства государства и бизнеса не существует. Каждая страна адаптирует существующие модели ГЧП к своим условиям с учетом национальных особенностей и приоритетов. Это в первую очередь связано с государственной политикой, проводимой в стране, а также со спецификой нормативно-правовой базы, социальными и культурными ценностями. Однако поиск оптимального решения, подходящего для каждой страны, не исключает возможности использования передового опыта других стран.

По мнению автора, некоторые выше

перечисленные зарубежные примеры можно использовать при разработке отечественных ГЧП-проектов в сфере здравоохранения. Например, с целью улучшения качества и доступности предоставляемых медицинских услуг, стороны государственно-частного партнерства могут использовать модель «Алзира», где частный партнер, построив или проведя реконструкцию медицинской организации, мог бы оказывать амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь прикрепленному к медицинской организации населению. Также с целью внедрения новых технологий по повышению качества медицинских услуг и обеспечения международного уровня обучения студентов медицинских ВУЗов, стороны партнерства в качестве примера могут использовать ГЧП-проект «New Karolinska Solna» (Швеция) при строительстве отечественных университетских клиник. Однако следует отметить, что каждый зарубежный ГЧП-проект в сфере здравоохранения требует глубокого и детального анализа с учетом всех потенциальных рисков для каждой из сторон партнерства.

В настоящее время в Казахстане еще нет реализованных проектов на основе ГЧП в сфере здравоохранения, между тем в рамках реализации Единой национальной системы здравоохранения некоторые аспекты государственно-частного партнерства успешно внедряются в сферу здравоохранения. Так по данным Министерства здравоохранения частный сектор принимает участие в реализации государственного заказа в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи. Если в 2009 году в стране не было ни одной подобной частной организации, то в 2013 году количество частных поставщиков составило 17%. Эффективный механизм реализации социально значимых проектов по ГЧП наглядно виден на примере программного гемодиализа. Так частные поставщики гемодиализа составляют 34% и оказывают 40% услуг. Потребность населения в услугах гемодиализа в 2012 году покрыта на 90% в сравнении с 2010 годом, когда данный показатель составлял 50%. Дополнительно с частными поставщиками заключаются контракты

на эксплуатационные услуги, поставку лекарственных средств, медицинского оборудования, сервисное обслуживание медицинского оборудования, сопровождение информационных систем и поставку ИТ-оборудования.

Таким образом, можно сделать вывод, что государственно-частное партнерство в сфере отечественного здравоохранения нуждается в дальнейшем развитии с необходимостью внедрения новых стратегий, основанных на четком видении перспективных целей. Учитывая положительный международный опыт, необходимо отметить, что уже сегодня

в развитых странах примерно 2/3 проектов в сфере здравоохранения реализуются на условиях государственно-частного партнерства, что свидетельствует о перспективности данного партнерства. Подобная организация взаимоотношений частного капитала и государства в сфере здравоохранения, прекрасно зарекомендовавшая себя в течение многих десятилетий за рубежом, может рассматриваться как приоритетная при совершенствовании структуры отечественной системы здравоохранения.

Источники:

1. Церконе Дж. Практическое применение ГЧП в экономике Республики Казахстан. // Материалы V экономического форума. Астана, 2012 г.;
2. Илина А.К., Оспанова Ж.С., Давлетова А.С. Государственно-частное партнерство в здравоохранении // Наука и здравоохранение 2013 г., № 5, стр. 8-13;
3. Указ Президента РК от 29.11.2010 г. № 1113 «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «СаламаттыҚазақстан» на 2011-2015 годы;
4. Резниченко Н.В. Модели государственно-частного партнерства // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия Менеджмент 2010 г., № 4, стр. 58-83;
5. Каплунов, О.А. Сосуществование государственного и частного секторов здравоохранения в регионах: история, действительность и перспективы // Менеджер здравоохранения. 2008 г., №6, стр. 14-18;
6. Ануфриев С. Законы – не главное. [Электронный ресурс] // Эксперт «Эксперт Северо-Запад» №8 (554)27 2012г., режим доступа <http://expert.ru/northwest/2012/08/zakonyi-ne-glavnoe/>
7. Куракова, Н. Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения: выбор форм и перспективных направлений. Часть 1 // Менеджер здравоохранения. 2009 г., №3, стр. 4-12;
8. Гафурова, Г.Т. Зарубежный опыт развития механизмов государственно-частного партнерства // Финансы и кредит. 2013г., №48., стр. 62-72;
9. Сазонов В.Е. Государственно-частное партнерство: гражданско-правовые, административно-правовые и финансово-правовые аспекты // Кафедра административного и финансового права Российского университета дружбы народов. Москва, 2012г., 492 с.;
10. Мерзлов И.Ю. Международный опыт развития государственно-частного партнерства в экономически развитых странах: институциональный аспект // Вестник Пермского университета. 2012г., №3, стр. 75-81;
11. Сюткин М.В. Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения в регионах России // Проблемы современной экономики. 2011, №4, стр. 314-316;
12. Stockholm County Council signs PPP agreement for New Karolinska University Hospital 2010 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.mannheimerswartling.se/en/news/news/stockholm-county-council-signs-ppp-agreement-for-new-karolinska-university-hospital/>;
13. Public-Private Investment Partnerships for Health An Atlas of Innovation. The Global Health Group, 2010 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/default/files/content/ghg/hsi-ppip-atlas.pdf>;
14. Acerete B., Stafford A., Stapleton P. Spanish healthcare public private partnerships: The ‘Alzira model’ // Critical Perspectives on Accounting, 2011, p.533-549;
15. Rechel B., Erskine J., Dowdeswell B., Wright S., McKee M. Capital investment for health // Case studies from Europe Observatory Studies Series N 18, 2009, 207 p.

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЗАНЫ ЖӘНЕ ЭТИКАСЫ / ЗАКОН И ЭТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КАЗАХСТАНЕ

Клименко Е.Г.

Врач-психиатр высшей категории, КГП на ПХВ «Айыртауская ЦРБ»

Аталуы: Қазақстанда психиатриялық көмектің ұйымының құқықтықтың негіздері

Авторлары: Клименко Е.Г., Айыртау орталық аудандық ауруханасының психиатр-дәрігері

Түйіндеме: Психиатриялық көмек көрсету біздің елімізде тегін медициналық көмек мемлекеттің көлем шегінде жүзеге асырылады. Аталған көмектердің бірі бірталай мәселелерді шешуге бағытталған: психикалық денсаулығын зерттеу, психикалық бұзылыстарды зерттеу, психикалық ауыртқулары бар тұлғаларды емдеу, қарау және медико-әлеуметтік қалпына келтіру. Нормативті жөнге келген, әсерлі жұмыс атқаратын мұндай ұйымның еңбегінің нәтижесінде стационарлық және жедел медициналық көмекке, қажеттіліктің, аурушандықтың өрбуінің, асқинулар санының төмендеуін күтуге болады.

Title: Legal basis of psychiatric care in kazakhstan

Authors: Klimenko E.G, psychiatrist of the highest category, CHP on PVC "Aiyrtau CRH

Abstract: The provision of mental health care in our country is carried out within the State free medical care. This assistance is aimed at solving a number of problems: prevention of mental disorders, mental health survey of citizens, diagnosis of mental disorders, treatment, care and medical and social rehabilitation of persons with mental disorders. As a result, regulatory overlay, effectively running the organization of this type of assistance, we can expect a decrease in the incidence of exacerbations, complications, need for inpatient and emergency care.

Введение

На сегодняшний день система здравоохранения Республики Казахстан (далее – РК) шагнула вперед: медицинские организации (далее – МО) оснащены современным оборудованием, клинический персонал проходит обучение по международным стандартам, управление в больницах осуществляется с учетом перехода на рыночные отношения и в поддержку конкурентоспособной среды. Изменения коснулись и системы оказания психиатрических услуг, где произошли улучшения: уменьшается длительность пребывания в стационарах, вводятся новые эффективные виды препаратов [1]. Наряду с этим, с целью решения общих вопросов, казахстанскими специалистами в области психического здоровья заключены договора с зарубежными специалистами, как например, с сотрудниками Научно-исследовательского психоневрологического института имени

Бехтерева, Томского института психического здоровья и другими [2].

К важным задачам в процессе предоставления помощи лицам, страдающим нарушениями психического здоровья, являются реабилитация пациента в обществе и восстановление его как личности. Для эффективности такой помощи следует предусмотреть меры по поддержке больных, недопущению угнетения и притеснения, по организации культурного отдыха, а также обеспечение возможности получения дополнительного образования. Поскольку в процессе восстановления у пациента имеются неудовлетворенные потребности, все усилия должны быть направлены на решение этой проблемы. Вся работа по уходу и поддержке больных ведется в обществе, за исключением моментов обострения заболевания, которые требуют обращения в клинику.

В РК медико-социальные услуги боль-

ным с нарушениями психического здоровья в основном предоставлены стационарным видом помощи, чаще всего это закрытые медицинские организации, где психически нездоровые люди проводят большую часть своей жизни, становясь изолированными от общества. Таким образом, создается атмосфера неполноценности и отверженности на таких лиц.

В настоящее время, в западных странах существуют такие виды организации психиатрической помощи, которые позволяют пациентам не быть отрешенными от мира, от общения с людьми и от использования повседневными средствами бытия. К ним относятся: дома-клубы для местного пребывания, дневные центры семейного типа для взрослых и детей, центры с коротким временем пребывания, направленные на улучшение здоровья и социальное восстановление личности.

Цель исследования Изучить законные и подзаконные нормативные акты РК в области оказания психиатрической помощи.

Материалы и методы

Рассматриваемая нами тема имеет свою актуальность, в виду отображения основных положений об организации психиатрической помощи в ряде стратегических и нормативных документов. Нами проведен контент-анализ нормативных документов связанных с оказанием психиатрической помощи, таких как Государственная программа развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011 - 2015 годы (далее – Госпрограмма) [3], Кодекс о здоровье народа и системе здравоохранения (далее – Кодекс) [4], Положение о деятельности психиатрических организаций в нашей Республике (далее – Положение) [5]. Предметом изучения было отметить встречаемость в законных актах упоминания об альтернативных видах медицинской помощи.

Результаты и обсуждение

В данный анализ вошли три вышеуказанных нормативных документа.

При изучении Госпрограммы нами выделено что, по части оказания психиатрических услуг, рассматриваются следующие пункты: задачи по усовершенствованию ме-

тодов обследования, лечения и реабилитации психических болезней, а также повышение уровня специалистов, оказывающих данный вид помощи. Развитие внебольничных служб оказания медико-социальной помощи больным с психическими заболеваниями не упоминается.

Одним из основополагающих документов современного законодательства в сфере здравоохранения является, принятый 18 сентября 2009 года Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения». Разделы вышеназванного документа, а именно двадцатая глава особенной части с 116 по 129 статьи, не оставляют без внимания регулирование правоотношений в процессе оказания психиатрической помощи и являются обязательными для исполнения, также в нем дается определение нарушениям психического здоровья, что звучит так: психические расстройства или заболевания – расстройства психической деятельности человека, которые вызваны нарушением процессов головного мозга.

Значение Кодекса определяется тем, что он основан на конституции нашей Республики и правах человека. Современное общество, а также мировые сообщества, поддерживают добровольность оказания психиатрической помощи, это и стало одним из важнейших положений этого документа и описывается в 116 статье. Законом предусматривается, что помощь душевнобольным людям предоставляется тогда, когда гражданин сам этого желает и дает на лечение письменное согласие, и подразумевает то, что оказание помощи проводится в условиях информированности пациента о ходе, методах, предполагаемой тактике лечения, о медикаментах и процедурах, которые будут использованы. Необходимым условием отмечается заполнение особого важного документа – согласия на госпитализацию. Такие принципы информированного согласия пришли в Казахстан не так давно и оказывают положительную тенденцию в процессе предоставления помощи и соблюдения прав пациентов.

Более обстоятельно права лиц, страдающих психическими расстройствами, показаны в 120 статье. Согласно содержанию

Кодекса население, страдающее психическими заболеваниями, имеет право на получение психиатрической помощи в том месте, где он живет, или при вынужденных обстоятельствах в том месте, где он находится. Лица с данным видом расстройства в любой момент могут отказаться от помощи, определенных методов и средств лечения, а также от участия в научном исследовании или от присутствия студентов, а также от всех видов съемки. Важным является право пациента на согласованное с ним приглашение врача «со стороны», для участия в оказании психиатрической помощи. С целью создания комфортных условий пребывания, для того чтобы пациент не чувствовал себя отрешенным от привычной жизни, разрешены такие действия, как например: переписка, получение посылок, пользование телефонными устройствами, встречи с родными, наличие личных вещей и другое.

Неотложная помощь и помощь при обращении в поликлинику, психиатрическая экспертиза, определение нетрудоспособности, помощь в устройстве на работу и в адаптации в обществе гарантируется и исполняется согласно Кодексу. Участие государства заключается в организации всех этапов предоставления квалифицированной помощи, в создании условий для обучения детей до 18 лет, страдающих психическими расстройствами, в создании и поддержании деятельности специализированных больниц, а также таких производств, где условия труда будут облегчены и безопасны.

Население, страдающее психическими расстройствами, в первую очередь нуждается в защите своих прав, в том числе в праве на свободу. Это должно являться одним из приоритетных направлений в правоохранительной деятельности органов здравоохранения нашей страны.

С этой целью, для исключения незаконного и недобровольного помещения в специализированную психиатрическую организацию законом сказано, что причиной для госпитализации должно являться наличие у лица конкретного психического заболевания, заключение специалиста о необходимости проведения лечения и обследования, или ре-

шение суда.

При этом в нормативных документах оговариваются случаи, когда все-таки возможно помещение в больницу без согласия на то гражданина, к ним относят: необходимость судебно-психиатрической экспертизы, когда есть опасность пациента навредить себе или другим, когда в случае неоказания помощи, будет нанесен ущерб здоровью лицу, который болен, а также, если из-за недуга человек не способен удовлетворять свои жизненные потребности. Данные мероприятия должны соблюдаться в рамках решения суда и при этом должен соблюдаться порядок, предусмотренный судебными органами.

Права пациентов с психическими расстройствами прописаны, но на практике не полностью реализуются, так как зачастую о своих правах не знает даже сам пациент и его ухаживающее лицо, либо в медицинской организации просто недостаточно условий для их осуществления. В особенности остается трудно решаемой реализация права на трудоустройство, так как данный момент в РК реализуют свою деятельность всего две лечебно-трудовые мастерские для лиц с психическими и умственными нарушениями.

Согласно Положению о психиатрических организациях в Казахстане основными учреждениями, оказывающими психиатрическую помощь, являются психоневрологический диспансер и психиатрическая больница, как правило, прикрепленная к диспансеру в зависимости от территориального распределения. Они оказывают психиатрическую помощь населению, которое живет в этом районе. Работа диспансеров организована предоставлением помощи участковым психиатром и его помощниками.

При изучении Положения выявлено, что внебольничные службы ухода не включены в перечень психиатрических организаций, и в ходе документа нет упоминания о таком роде организаций, где будет происходить восстановление личности вне стационарных организаций.

Выводы:

1. В изученных документах не прослеживается направленность на создание альтер-

нативных видов помощи.

2. В нормативно-правовых документах отсутствует акцент на развитие внебольничных служб ухода, таких как: дома-клубы для местного пребывания, дневные центры семейного типа для взрослых и детей, центры с коротким временем пребывания.

3. Необходимо создание условий для трудовой терапии и трудоустройства пациентов путем создания центров дневной занятости, психо-социальной, социально-трудовой и профессионально-трудовой реабилитации лиц с психическими расстройствами.

Источники:

1. Доклад профессора Франко Мануэля – главы психиатрического департамента, директора научно-исследовательского центра Intras Foundation (г. Загора, Испания), выступившего в секции, посвященной вопросам лечения шизофрении.
2. «Актуальный вопрос-психическое здоровье», статья газеты «Здоровье Казахстана третьего тысячелетия». Издательский дом «Здоровье Казахстана», № 11/31, декабрь 2014г.
3. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 - 2015 годы от 29 ноября 2010 года № 1113;
4. Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения».
5. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 января 2011 года №15 «Положение о деятельности психиатрических организаций в Республике Казахстан»

НАЦИОНАЛЬНОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО С ПОЗИЦИИ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК

Буркитбаев Ж.К.

Директор РГП на ПХВ «НПЦТ», к.м.н.

Абдрахманова С. А.

Первый заместитель директора РГП на ПХВ «НПЦТ», к.м.н.

Имашпаев Д.М.

Руководитель отдела регистра доноров ГСК и развития трансплантации, РГП на ПХВ «НПЦТ»

Раисов С.Д.

Заместитель по ЧС и спецвопросам, РГКП «Республиканский центр крови»

Аталуы: Гемопозитикалық жасушаларын пайдалану тұрғысындағы ұлттық заңнама

Авторлары: Бүркітбаев Ж.К., Әбдірахманова С.Ә., Имашпаев Д.М., Раисов С.Д.

Түйіндеме: Қазақстан Республикасында трансплантологияны дамыту денсаулық сақтау саласындағы басым бағыттарының бірі ретінде белгіленген. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасына ГДЖ транспланттау мен HLA-типтеудің молекулалық әдісін енгізуге қатысты шараларды енгізу Қазақстанда ГДЖ транспланттау технологияларын дамыту үшін бірінші қадамдарының бірі болды. Біз ҚР қолданыстағы нормативтік-құқықтық базаға нормативтік-құқықтық актілерде «гемопозитикалық дінгек жасушалары» терминінің бар-жоғына контент-талдауын жасадық. <http://online.zakon.kz> сайтының интернет ресурсы негіз үшін алынды.

Title: National legislation in terms of application hematopoietic stem cells

Authors: Burkitbayev Zh.Kh., Abdrakhmanova S.A., Imashpayev D.M., Raisov S.D.

Abstract: Development of transplantation in the Republic of Kazakhstan is designated as one of the priorities in healthcare system. One of the first steps in the development of HSC transplantation technologies in Kazakhstan was including measures relating to the implementation of HSC transplantation and molecular method of HLA- typing to the National Healthcare Development Program of the Republic of Kazakhstan for 2011-2015 years "Salamatty Kazakhstan". We have conducted a content analysis of existing legal framework base of the Republic of Kazakhstan on the subject of presence of term "hematopoietic stem cells" in legal acts. As the base was taken online resource <http://online.zakon.kz>

Введение. Развитие трансплантологии в Республике Казахстан (далее – РК) обозначено как одно из приоритетных направлений в области здравоохранения, что отражено в Послании Президента Республики Казахстан Н. Назарбаева народу Казахстана [1].

В России одной из основных проблем, приведших к отставанию в области трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (далее – ГСК), является проблема административно-правового и организационного характера, и без решения этих проблем развитие трансплантации ГСК в России невозможно [2].

Можно предположить, что с подобной проблемой столкнулись многие страны постсоветского пространства.

Одним из первых шагов для развития технологий трансплантации ГСК в Казахстане было включение в государственную Программу развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» мер, касающихся внедрения трансплантации ГСК и молекулярного метода HLA-типирования [3].

Цель исследования. Изучить национальное законодательство в части регулирования применения гемопоэтических стволовых клеток.

Материалы и методы. Нами был проведен контент-анализ действующей нормативно-правовой базы РК на предмет присутствия в нормативно-правовых актах (далее – НПА) термина «гемопоэтические стволовые клетки». За основу был взят интернет ресурс сайта <http://online.zakon.kz>. Данный веб-ресурс является одним из источников законодательной базы в РК (далее – база). В данной базе зарегистрировано 64 документа с упоминанием среди них ГСК:

- Указ Президента Республики Казахстан [4];
- Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» [5];
- Решение комиссии таможенного союза и Евразийской экономической комиссии [20];
- Постановления и распоряжения Правительства РК [17-19];

- Приказы Министерства здравоохранения (далее – МЗ РК)[6-16];

- Досье НПА, Стратегии и инструкции к применению лекарственных препаратов [21-25].

Результаты и обсуждение. В данном обзоре мы выделили наиболее «интересные», с позиции использования и хронологии развития ГСК, нормативно-правовые акты республики.

Основным документом в системе здравоохранения РК является Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения». Также, при изучении содержания базы мы обнаружили досье на проект Закона РК «О внесении изменений и дополнений в Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», в котором указывается что «донор – человек, труп человека, животное, от которых производятся забор донорской крови, ее компонентов, иного донорского материала, в том числе спермы, яйцеклетки, ткани репродуктивных органов, половых клеток, эмбрионов, а также изъятие ткани и (или) органов (части органов), гемопоэтических стволовых клеток для трансплантации к реципиенту» [5].

В дальнейшем для удобства понимания и систематизации выявленных нормативно-правовых актов, с встречающимся термином «гемопоэтические стволовые клетки», документы были разделены по виду, по отраслям или направлениям, а также по уровню документов, т.е. действующие на территории РК и международные документы, в основном, связанные с Таможенным Союзом (далее – ТС) (таблица 1).

Первое упоминание о ГСК в НПА зарегистрировано в 2007 году, когда в Паспорте республиканских бюджетных программ МЗ РК было запланировано развитие трансплантации ГСК [18]. В том же году утверждена инструкция по применению лекарственного препарата Тактивин, где в разделе «Фармакодинамика» указано, что он восстанавливает активность ГСК[7].

Таблица 1 – Встречаемость нормативно-правовых актов с термином «гемопоэтические стволовые клетки», по годам

Год	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Всего
Кодекс		1						1	2
Закон							1		1
Постановления Правительства						3		4	7
Приказы МЗ РК			1		3	13	10	3	30
Отчет Правительства						2			2
Распоряжение Премьер-министра							1		1
Паспорт	1	1					1		3
Решение					1		2	3	6
Инструкции/обзор	1	1		1	1		2	6	12
Всего	2	3	1	1	5	18	17	17	64

В 2008 году в Протоколе заседания Совета директоров акционерного общества «Национальный медицинский холдинг» указано о видении применения ГСК и говорится, что в последние годы широкое развитие получила идея трансплантации периферических гемопоэтических стволовых клеток, извлеченных,

в том числе, из пуповинной крови человека [23].

В 2009 году выходит приказ МЗ РК №699 от 12 ноября 2009 года, где указываются новые квалификационные требования для работников гематологической службы, включающие такие современные методы лечения

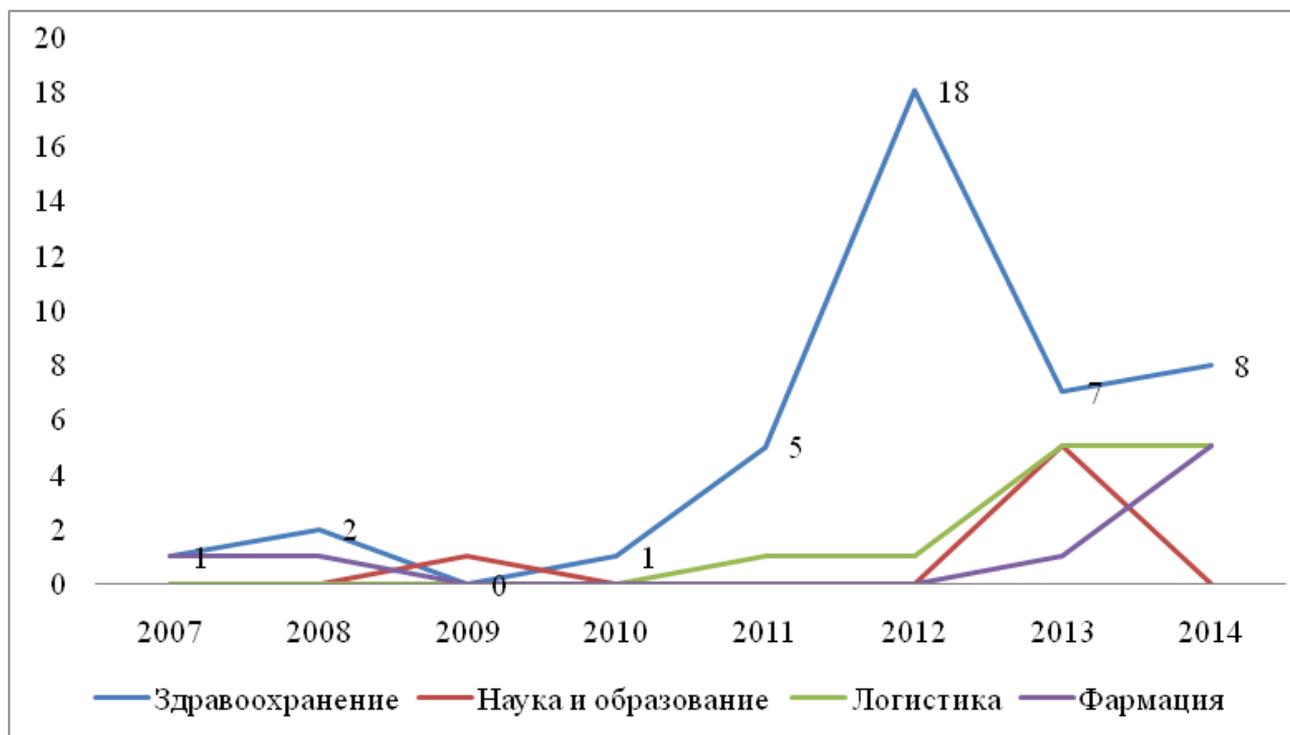


Рисунок 1–Нормативно-правовые акты, связанные с ГСК по профилям

больных с патологией системы крови, как цитостатическое лечение и трансплантация костного мозга и ГСК [15].

При изучении законодательной базы для удобства понимания сути и назначения НПА нами выделены четыре основных направления, касающиеся ГСК (Рис 1):

1. Медицинское направление НПА, касающихся непосредственно процесса лечения ГСК и регламент их использования в практике;

2. Научно-образовательное направление, касающееся применения ГСК в научной сфере, а также определение требований к медицинским специалистам, занимающимся данными клетками или квалификационные требования;

3. Логистическое направление, касающееся ввоза и вывоза, транспортировки ГСК на территорию и с территории РК;

4. Фармацевтическое направление, касающееся инструкций по применению препаратов, участвующих в лечении гематологических больных. Например, препараты по мобилизации ГСК в крови донора.

Рассматривая хронологию появления НПА по направлениям, мы наблюдаем, что с 2011 года наблюдается рост законодательной активности в области ГСК и расширение диапазона встречаемости термина «гемопозитические стволовые клетки» среди них (таблица 1).

Например, приказ МЗ РК №614 от 12 сентября 2011 года, где сказано, что вкладом службы крови в развитие казахстанской медицинской генетики и трансплантологии станет изучение распространенности HLA-фенотипов среди населения Казахстана. Для этого на базе Научно-производственного центра трансфузиологии (далее – НПЦТ) создана лаборатория тканевого типирования. По мере накопления базы данных об HLA-фенотипах создается Регистр потенциальных доноров гемопозитических стволовых клеток. В рамках развития трансплантации органов и тканей создается «лист ожидания» пациентов, нуждающихся в донорских органах [9].

Также в данную группу приказов

можно отнести приказ МЗ РК № 931 от 31 декабря 2011 года, в котором закреплена функция НПЦТ по проведению заготовки, выделения, лабораторного обследования и хранения донорских и аутологичных стволовых клеток из пуповинной и периферической крови, а также проведение исследований в области человеческих лейкоцитарных антигенов (HLA-исследования) реципиентов и доноров для трансплантации тканей и органов [6].

Другим немаловажным нормативным актом 2011 года можно назвать приказ МЗ РК №928 от 28 декабря 2011 года, определяющий функции Центральной и локальных лабораторий иммунологического типирования тканей и органов, а также алгоритмы проведения иммунологического типирования доноров и реципиентов, центральной же лабораторией была определена лаборатория НПЦТ [8].

В этом же году рассмотрено положение о порядке ввоза и вывоза в таможенной территории ТС органов и (или) тканей человека, крови и ее компонентов [20].

В 2012 году принято еще 13 приказов МЗ РК, 3 Постановления Правительства РК, касающихся ГСК. В Постановлении Правительства РК от 4 декабря 2012 года №1532, в пункте «Совершенствование законодательства в области здравоохранения» отмечено, что в настоящее время в действующем законодательстве отсутствуют нормы, определяющие и регламентирующие вопросы трансплантации гемопозитических стволовых клеток. В этой связи, необходимо создать законодательную базу для развития деятельности по трансплантации гемопозитических стволовых клеток, в частности, ввести понятие гемопозитических стволовых клеток [4].

Следующим немаловажным документом является Постановление Правительства от 29 января 2011 года №41, утверждающее план мероприятий по реализации Государственной программы по развитию здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, где в 73 пункте указано о внедрении трансплантации ГСК и молекулярного метода HLA-типирования [17].

Также изучены документы об утверждении Правил контроля качества и безопасности донорской крови и ее компонентов, где указано, что «ГСК-компонент крови, представляющий собой первоначальные полипотентные клетки, способные к самообновлению, дифференциации по всем гемопоэтическим линиям. Выделенные стволовые клетки находятся в аутологичной плазме. В приказе указаны виды ГСК, правила заморозки, исследования, хранения и транспортировки, меры предосторожности» [10].

Кроме того, приказом №263 Ответственного секретаря МЗ РК от 18 апреля 2012 года установлено, что, мониторинг и внедрение трансплантации гемопоэтических стволовых клеток и молекулярного метода НЛА-типирования в Республике Казахстан контролируется ответственным секретарем МЗ РК [11].

Одним из важных нормативно-правовых документов 2012 года является приказ МЗ РК от 27 декабря 2012 года №927, «Об утверждении Правил ведения Регистра доноров гемопоэтических стволовых клеток в РК» [12].

В 2013 году принято 10 НПА, опубликован один официальный ответ Министра здравоохранения, 2 решения комиссии ТС и 2 инструкции по медицинскому применению лекарственных средств, утвержденных приказом Председателя Комитета по контролю за медицинской и фармацевтической деятельностью МЗ РК, в которых упоминается ГСК.

Одним из важных документов стал приказ №750 МЗ РК от 23 декабря 2013 года об утверждении Перечня технологий высокоспециализированной медицинской помощи (далее – ВСМП) по профилям, в которых к

уникальным видам ВСМП отнесена заготовка стволовых гемопоэтических клеток крови для аутотрансплантации под кодом 99.791 [13].

В 2014 году были приняты 17 нормативно-правовых документов. Из них 8 связаны напрямую со здравоохранением, 5 документов с ввозом и вывозом образцов ГСК на территории ТС, кроме того утвержден ряд инструкций к лекарственным препаратам Комитетом по контролю за медицинской и фармацевтической деятельностью МЗ РК.

Также в 2014 году определены правила выдачи заключения (разрешительного документа) на ввоз и вывоз с территории РК ГСК [16].

Выводы:

Изучение нормативно-правовой базы РК на предмет «встречаемости» термина «гемопоэтические стволовые клетки» и позволила нам сделать следующие выводы:

1. С 2011 года наблюдается устойчивая нормотворческая активность в вопросах, касающихся ГСК, особенно в сфере здравоохранения, их ввоза и вывоза в Казахстан и ТС, что связано с созданием Регистра доноров ГСК, лаборатории типирования тканей и развитием Таможенного Союза.

2. Отсутствуют специальные НПА, регулирующие предоставление «социального пакета» донора ГСК – страхование здоровья, оплата временной нетрудоспособности, как одного из ключевого момента развития донорства ГСК.

3. Развитие трансплантации ГСК, как высокоспециализированного метода лечения, диктует необходимость «укрепления» законодательного фундамента использования ГСК.

Источники:

1. Послание Главы государства Назарбаева Н.А. народу Казахстана, 29 января 2010 г.; Новое десятилетие, Новый экономический подъем, Новые возможности Казахстана.

2. Хаитов Р.М., Хаманева Н.Ю., Алексеев Л.П., Рагимов А.А., Уткин К.В., Болдырева М.Н., Алексеева П.Л. Трансплантация кроветворных стволовых клеток в России. Причины отставания. Медико-биологические, административно-правовые и организационные аспекты// Вестник службы крови России.-2012.- №2.- С.9-10;

3. Постановление Правительства Республики Казахстан от 29 января 2011 года №41 «Об утверждении Плана мероприятий по реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы»;

4. Постановление Правительства Республики Казахстан от 4 декабря 2012 года №1532 «О проекте Указа

Президента Республики Казахстан «Об утверждении Концептуального плана законодательской работы на 2012-2016 годы (пятый созыв Мажилиса Парламента Республики Казахстан)»;

5. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года (с изменениями от 30 апреля 2013 года);

6. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 декабря 2011 года №931 «Об утверждении Положения об организациях здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере службы крови»;

7. Инструкция, утвержденная Председателем Комитета Фармации Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 14 декабря 2007 года №211;

8. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 декабря 2011 года №928 «О некоторых вопросах трансплантации тканей и (или) органов (части органов)»;

9. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 сентября 2011 года №614 «Об утверждении Концепции развития службы крови Республики Казахстан на 2011-2015 годы»;

10. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года №684 «Об утверждении Правил контроля качества и безопасности донорской крови и ее компонентов» (с изменениями от 02.08.2012 г.);

11. Приказ Ответственного секретаря Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 18 апреля 2012 года №263 «Об утверждении Правил предоставления оперативной отчетности для проведения мониторинга и оценки эффективности реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы (с дополнениями от 09.07.2012 г.).

12. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 декабря 2011 года №926 «Об утверждении Правил ведения Регистра доноров гемопоэтических стволовых клеток в РК»;

13. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 декабря 2013 года №750 «Об утверждении Перечня технологий высокоспециализированной медицинской помощи по профилям»;

14. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 августа 2013 года №485 «Об утверждении Концепции развития медицинской науки до 2020 года»;

15. Квалификационные характеристики медицинских и фармацевтических специальностей, утвержденные приказом Министра здравоохранения РК от 12 ноября 2009 года №699;

16. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 марта 2014 года №151 «Об утверждении Правил выдачи заключений (разрешительных документов) на ввоз на территорию Республики Казахстан и вывоз с территории Республики Казахстан гемопоэтических стволовых клеток, костного мозга в случае их перемещения с целью проведения неродственной трансплантации, а также образцов клеток, тканей, биологических жидкостей и секретов, в том числе продуктов жизнедеятельности человека, физиологических и патологических выделений, мазков, соскобов, смывов, предназначенных для диагностических целей или полученных в процессе проведения биомедицинских исследований»;

17. Постановление Правительства от 29 января 2011 года №41 «Об утверждении Плана мероприятий по реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 23.08.2012 г.);

18. Постановление Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2006 года №1220 «Об утверждении паспортов республиканских бюджетных программ на 2007 год»;

19. Постановление Правительства Республики Казахстан от 18 сентября 2013 года №983 «Об утверждении реестра государственных услуг» (с изменениями и дополнениями от 27.05.2014 г.);

20. Решение Комиссии ТС от 18 ноября 2011 года №858 «О внесении изменений в Решение Комиссии Таможенного союза от 27 ноября 2009 г. №130 и Приложение № 7 к Решению Комиссии Таможенного союза от 20 сентября 2010 г. №378 в отношении гемопоэтических стволовых клеток и костного мозга», г. Москва;

21. Стратегия развития Республики Казахстан до 2050 года;

22. Досье проекта Закона Республики Казахстан «О внесении изменений и дополнений в Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 30 апреля 2013 года;

КАДРЛАРДЫ БАСҚАРУ / УПРАВЛЕНИЕ КАДРАМИ

ДЕЛОВОЕ СОВЕЩАНИЕ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ
ИНСТРУМЕНТ УПРАВЛЕНИЯ**Рахимова Л.Ж.**

*Главный менеджер отдела повышения потенциала менеджеров
Центра менеджмента здравоохранения РГП на ПХВ «Республиканский центр развития
здравоохранения» МЗСР РК*

Аталуы: Іскерлік отырыс басқарудың тиімді құралы

Авторлары: Рахимова Л.Ж., Денсаулық сақтау менеджмент орталығының менеджерлердің әлеуетін арттыру бөлімінің бас менеджері

Түйіндеме: Мақалада басқарудың тиімді құрал ретінде іскерлік отырысты сапалы және нәтижелі өткізу мәселелері баяндалады. Автор іскерлік отырыстың әр кезеңі шеңберінде менеджерлерге практикалық ұсыныстарын беріп, іскерлік отырысты өткізу кезеңдерін суреттейді. Өндірісте іскерлік отырысты өткізу кезінде медициналық ұйымдардың басшылары үшін осы мақала іс жүзінде қолданылатын маңыздылығының болуы.

Title: Business meeting as an effective management tool

Authors: Rakhimova L.Zh., Chief Manager of the Department for managers' capacity building of the Center for Health Management

Abstract: The article covers aspects of a productive meeting as an effective management tool. The author describes stages of conduction of a business meeting, provides practical recommendations to managers on each stage of it. This article has an applied significance for managers of health facilities for the purpose of conduction of business meetings.

Менеджеру для успешной деятельности медицинской организации необходимо уметь качественно и результативно проводить совещания. К сожалению, совещания поглощают значительное количество времени, отрывая как руководителя, так и сотрудников от текущих дел. Опросы показывают, что некоторые руководители могут тратить до 80% своего времени на различные совещания, конференции, «летучки» и т.п.

Совещание – очень серьезный инструмент управленческой работы. И самое главное – это инструмент демократического управления. Совещание должно привести группу к согласованному решению, где каждый готов принять на себя ответственность за это решение и внести свой вклад по реализации принятого решения. Такие совещания, где руководитель полностью берет инициативу на себя, требует отчетности от участников, сам принима-

ет решения по вопросам повестки, не могут быть отнесены к совещаниям.

Причины того, что совещания не приводят к желаемому результату, состоят в том, что руководители не знают как максимально эффективно и качественно подготовиться к совещанию, организовать его, правильно подвести итоги. Довольно часто совещания проводятся неэффективно и даже без необходимости его проведения.

Конечно же, в проведении совещаний есть свои минусы и плюсы. К плюсам проведения совещаний можно отнести следующее:

- Лояльность сотрудников к решениям принятым на совещании. Это связано с тем, что в решении просто «спущенном» сверху сотрудники не принимают участие и у них нет возможности высказать свое отношение к нему, кроме как обсудить в кулуарах. Решения, принятые на совещании принимаются

Спор занимает время и «съедает» энергию. Если участник совещания критикует какое-либо из предложенных решений, он должен предложить свою альтернативу. Нельзя критиковать огульно.

- Совещание – это не спорт! Здесь нет места личным амбициям, нет места переходу на личности, нет места для разделения на правых и виноватых. Соревнуйтесь в производственных результатах, а не в красноречии.

Если участники совещания будут следовать этим принципам вы всегда сможете достигнуть того результата, который считаете нужным.

Лучше не созывать совещание, если у вас нет времени на его подготовку; для решения проблемы можно применить иные методы, такие как электронное письмо, телефонный звонок и т.п.; проблема не настолько важна, чтобы на нее тратить время; данный вопрос можно решить один на один.

Различают различные типы совещаний. В частности, такие как:

- Деловые совещания, о которых идет речь в данной статье реализуются для принятия решений. В рамках повестки дня участники совещания делятся информацией, проводят обсуждение и принимают соответствующие решения. Недостатком данного типа совещаний может быть большая продолжительность обсуждений.

- Производственные совещания, к которым можно отнести ежедневные планерки, на которых сотрудники отчитываются о проделанной работе, обсуждаются текущие вопросы производственной деятельности организации.

- Проблемные совещания, к которым можно отнести совещания по отдельным конкретным проблемам. Такие как, например, обсуждение какого-либо инновационного проекта.

- Инструктивные совещания проводятся с целью инструктирования сотрудников о предстоящей работе, распределении обязанностей и ответственности. Такой вид совещания проводится без обсуждения. При необходимости руководитель только отвечает на вопросы.

- Совещания рабочих групп по различным направлениям деятельности организации. В рабочие группы обычно объединяются представители разных подразделений и служб организации. На таких совещаниях детально планируются мероприятия, проводимые рабочей группой.

- Итоговые совещания, целью которых является оценка состояния организации во взаимосвязи с целью, прогресс в продвижении к поставленной цели.

Подготовка совещания

Начать подготовку необходимо с определения цели совещания. Определившись с целью совещания, вы можете определиться с участниками совещания, кого необходимо пригласить. Есть простая арифметика – каждый сказал по минуте, высказал свое мнение и восемь минут совещания уже ушли. 8 человек – предел группы для делового совещания. Оптимальное число участников делового совещания 5-7 человек. Это нормальная управляемая группа, которую можно усадить за одним столом, выслушать мнение каждого, подискутировать.

На совещание необходимо пригласить только тех людей, которые заинтересованы в выполнении принятых решений, будут активно участвовать в обсуждении, которым необходима информация, представленная на совещании, а также лиц, которые будут являться непосредственными исполнителями принятых решений на совещании.

Работники, чей вопрос уже обсужден должны иметь возможность уходить с совещания и приходить непосредственно в то время, когда обсуждается данный вопрос.

Распределение ролей и обязанностей участников совещания.

Вам как человеку инициировавшему совещание необходимо разобраться с ролями участников совещания. В этом случае совещание пройдет максимально эффективно.

- Руководитель. Его обязанность определить цель совещания, распределять полномочия по выполнению решений совещания, подвести итоги. Совсем необязательно руководителю самому вести совещание.

- Посредник занимается материально-

техническими вопросами проведения совещания, отвечает за проведение дискуссии в процессе совещания, следит за соблюдением повестки дня.

- Секретарь отвечает за документирование процесса проведения совещания.

- Докладчик представляет участникам совещания какую-либо информацию.

- Ассистенты – лица, активно участвующие в совещании, помогающие руководителю не сбиться с повестки дня и принимающие активное участие в дискуссии.

- Эксперт – приглашенное лицо, которое может участвовать в совещании в рамках и во время обсуждения вопроса, касающегося его полномочий. Четко определите роль экспертам, что конкретно вы от них ждете.

После определения цели совещания и участников вам необходимо разработать повестку дня.

Повестка дня – это обычно письменный документ, получаемый участниками совещания заранее и включающие следующие пункты:

- тема;
- цель;
- обсуждаемые вопросы;
- дата, время;
- место проведения;
- информация о докладчиках;
- количество времени данное на обсуждение каждого вопроса;
- место предварительного ознакомления с материалами по обсуждаемым вопросам.

Предварительно перед совещанием необходимо ознакомить участников совещания с предметом обсуждения. Для этого можно использовать рассылку на электронную почту, размещение материалов на сайте организации и т.п. Участники совещания, ознакомившись с материалами, могут заранее обдумать оптимальные варианты решения вопросов представленных на обсуждение.

Правила и санкции на совещании.

В начале совещания необходимо установить правила и санкции в случае невыполнения правил участниками.

Ведущий должен задать себе вопрос:

«Что нужно для того, чтобы совещание прошло эффективно?»

Примеры правил:

- работаем без телефонов;

- по каждому вопросу – принятое решение;

- и т.п.

Правила и санкции должны быть проговорены и приняты участниками совещания.

Время проведения и длительность совещания.

Важно не только время проведения совещания, но и день недели. Желательно проводить деловые совещания в определенный день недели, оптимальный вариант – во второй половине дня. Исключения составляют экстренные, внеплановые деловые совещания.

Чем короче будет совещание тем – лучше, естественно – при достижении цели совещания.

Совет. Можно написать на флипчарте или доске крупными буквами: Зачем мы собрались? Какова наша цель? Это будет мотивировать участников совещания и прерывать пустые разговоры и уходы в сторону.

Помещение и обстановка зависят от целей совещания. Определитесь с необходимой мебелью, оборудованием – телефоны, проекторы, доски и т.п.

Совет. При рассаживании участников необходимо следить за тем, чтобы люди видели глаза, лицо, мимику, жесты друг друга. Это важно для лучшего восприятия информации. Также обратите внимание на то, чтобы конфликтующие друг с другом участники совещания, не оказались сидящими напротив друг друга. Постарайтесь, чтобы рядом за столом оказались люди, имеющие разные точки зрения: это лучше, чем собрать людей единомышленников на одной стороне стола.

Проведение совещания.

Начинайте и заканчивайте совещание в назначенное время, не нужно ждать опаздывающих участников. Если вы будете ожидать опаздывающих участников – пострадают лица, пришедшие вовремя, и в следующий раз они наверняка опоздают, а опоздавшие сегодня придут в следующий раз еще позже.

Опаздывающие лица пусть восполняют упущенную информацию самостоятельно.

Целесообразно информировать присутствующих о составе и количестве участников, кто из приглашенных и по какой причине отсутствует, назвать участников, приглашенных от других организаций.

Не отказывайтесь от перерывов, если совещание длительное. Перерывы выполняют следующие функции. Во-первых, они позволяют участникам отдохнуть. Во-вторых, в «кулуарах» во время перерыва как бы продолжается работа над темой совещания. Во время перерывов необходимо проветривать помещение, предлагать участникам совещаний кофе, чай и т.д.

Вначале необходимо ознакомить участников с повесткой дня. При необходимости внести поправки.

Совещание необходимо проводить в рамках регламента. За соблюдение регламента отвечает руководитель, причем, регламент должен быть известен участникам совещания заранее.

Совещание без регламента – пустое времяпровождение.

Очень важно документировать совещание. Секретарь должен вести протокол совещания. Можно применять аудиозапись, что значительно облегчает работу секретаря председателя совещания. В протоколе решение по каждому вопросу должно быть письменно сформулировано, включая в себя содержание решения, ответственного и сроки выполнения решения. Укороченный вариант протокола с важнейшими данными и решениями совещания нужно раздать всем участникам в конце совещания. Секретарь несет полную ответственность за полноту и достоверность фиксации рассматриваемых вопросов.

Старайтесь первые вопросы повестки дня сделать более простыми. Ничто так не мотивирует участников совещания как быстрое решение обсуждаемых вопросов. Более сложные вопросы лучше обсуждать в конце совещания, но обязательно рассчитайте время, чтобы успеть рассмотреть данные вопросы.

Совет. Можно распланировать время на обсуждение и принятие решения по каждо-

му вопросу. Например:

Вопрос первый – обсуждение 10 минут.

Вопрос второй – 20 минут.

Вопрос третий – 25 минут.

Это также поможет вам эффективно контролировать время.

Следите за тем, чтобы все участники совещания участвовали в обсуждении. Периодически подводите промежуточные итоги.

Следите за тем как проходит совещание. Вмешивайтесь, если процесс обсуждения выходит из регламента, накаляется обстановка или люди устают. В процессе совещания записывайте ключевые моменты для себя в блокнот или можно фиксировать их на доске. Рекомендуемый формат совещания:

- Доклад (выступление, презентация). Кто-то из участников совещания подробно рассказывает о результатах своей работы или делится информацией по тому или иному вопросу.

- Дискуссия. Обсуждение тех или иных моментов, которые заинтересовали участников, которые они считают важными для решения данной проблемы.

- Анализ (мозговой штурм). Анализ той информации, которая была получена в ходе работы вашей организации.

- Обратная связь (оценка результата деятельности).

Существует два типа взаимодействия участников команды: эффективное взаимодействие, которое помогает вашей команде идти к поставленной цели либо деструктивное, при котором происходит активное обсуждение проблемы, но до решения задачи еще очень далеко.

Деструктивный, экспрессивный или прерванный тип совещания базируется на эмоциях участников. Такой тип коммуникации характерен оценками правильности или неправильности высказываний других участников совещания, характерен критикой, переходом на личности и возможно – оскорблениями. Вам как руководителю необходимо следить, чтобы ваши подчиненные не переходили на экспрессивный тип коммуникаций.

После совещания

Окончание делового совещания, так же как и его начало требует особого внимания. Конец выступления участники совещания запоминают лучше всего, так же как и его начало. Последние слова оказывают наиболее длительное воздействие на человека. (Психологический закон: «Человек всегда запоминает лучше всего первое, последнее и незаконченное действие по сравнению с законченным действием»).

Наблюдайте за участниками. Если вы замечаете, что решение последнего вопроса повестки дня зашло в тупик, некоторые участники начинают покидать совещание, то это признаки того, что время совещания вышло, вы не смогли выдержать лимит времени, и вам необходимо совещание заканчивать.

Желательно заготовить и выучить наизусть несколько заключительных предложений, которые обязательно должны отделять завершение совещания от его остальных фаз.

Например, «Давайте подведем итоги», «Мы заканчиваем наше совещание».

Итоги совещания оцениваются по количеству и качеству выработанных и принятых на них управленческих решений.

Таким образом, одним из основных показателей деятельности руководителя и показателем эффективности делового совещания является способность руководителя принимать правильные управленческие решения. Если к завершению совещания решения так и не приняты, это говорит только об одном: совещание прошло бесполезно, время ушло впустую.

После завершения делового совещания необходимо провести анализ, достигнуты ли цели совещания, допущены ли какие-то ошибки. Это обязательный элемент совещания, который нельзя игнорировать, если вы действительно хотите, чтобы следующее совещание прошло на более высоком уровне.

Источники:

1. Мескон, Майкл Х., Альберт, Майкл, Хедоури, Франклин. Основы менеджмента, - 3 издание: пер. с англ. – М: ООО «И.Д. Вильямс», 2012. – 672 с.
2. Менеджмент в здравоохранении: учеб. пособие / Под ред. М.М. Мухамбекова. – М.: РУДН, 2012. – 372 с.
3. Потемкин В.К. Управление персоналом: Учебник для вузов.– СПб.: Изд- во СПбГУЭФ, 2009.– 340 с. 191023, Санкт-Петербург.
4. The Management Guide To Running Meetings. Кейт Кинан. Издательство: Эксмо
5. Классический менеджмент, Организационные структуры управления, Розенков Д.А., Леонтьев Р.Г., 2012
6. The International Association Meetings Market 2004, ICCA, 2005

ҚЫЗМЕТТЕРДІ БАСҚАРУ / УПРАВЛЕНИЕ УСЛУГАМИ

К ВОПРОСУ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ СТАНДАРТА ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Жуланов Б.Ш.

*РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»,
Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан*

Аталуы: Қазақстан Республикасының халқына онкология науқастарына көмек көрсету стандартын енгізу тиімділігі сұрағына

Авторлары: Жуланов Б.Ш., ҚР ДСӘДМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК

Түйіндеме: Мақалада бейінді қызмет стандарттарының негізгі түсінігі анықталып, Қазақстан Республикасының халқына онкологиялық көмек көрсетудің стандарттарын ұйымдастыру үлгісінде оларды әзірлеу үдерістері, республикада онкологиялық көмек көрсетуді ұйымдастырудың маңызды жасаушысы болып табылады. Медициналық қызметтің сапасы онкологиялық көмек көрсететін медициналық ұйымдарының күнделікті жұмыстарында Стандарттарды толық пайдалануынан байланысты болады. Мақалада қатерлі және ісікалды өскіндерді ерте анықтауға бағытталған, онкологиялық көмек көрсету үлгісінде стандарттарды ұйымдастыру, халықтың мақсатты топтарын скринингтік тексеру, онкологиялық науқастарды жүйелілік диспансерлік бақылаудан өткізу және ерте диагностиканы ұйымдастыру нәтижелері, медициналық ұйымдардың қызметінің негізгі кезеңдері көрсетілген. Сондай-ақ, мақалада облыстық онкологиялық қызмет көрсету деңгейінде онкологиялық көмек көрсету стандарттарын тиімді ұйымдастыруын енгізу.

Title: On the question of the effectiveness of implementation of the standard of organization providing cancer care to the population of the Republic of Kazakhstan

Authors: Zhulanov B.Sh., RSE on RBA «Republican Center for Health Development» MH&SD RK Republic of Kazakhstan, Astana

Abstract: The paper defines the basic core concepts of services standards on the example of standards development for providing cancer care to the population of the Republic of Kazakhstan, which is an important component of the providing cancer care in our country. Due to the completeness of the use of standards in daily practice of medical organizations that provide cancer care depends the quality of medical care. On the example of standards for providing cancer care, the article reflects the highlights of health care activities for organizations, the results of early diagnostics, the organization of systematic medical examination the cancer patients, screening examinations of the target populations, aimed at early detection of precancerous and malignant neoplasms. The article shows the monitoring results of implementation efficacy for cancer care standard on the regional level which indicate the positive results from using standards in routine clinical practice.

В настоящее время можно констатировать, что система стандартизации в здравоохранении Республики Казахстан стала основным базовым элементом и играет важную роль в обеспечении качества медицинской помощи.

Вопросы стандартизации в здравоохранении, создание и развитие системы стандартизации являются основой повышения

качества профилактических и лечебно-диагностических мероприятий при решении задач сохранения и улучшения здоровья населения Республики Казахстан.

Следует отметить, что государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы предусмотрены определенные шаги по разработке и

внедрению национальной системы стандартизации, которая должна интегрироваться с передовым международным опытом и быть социально-ориентированной и экономически эффективной.

В настоящее время по республике на законодательном уровне закреплены основные направления и принципы разработки, внедрения стандартов здравоохранения.

С современных позиций, национальная система стандартизации должна рассматриваться как информационная основа и поддержка для профильных служб в их повседневной работе.

Следует отметить, что стандарт организации оказания медицинской помощи по профилю – это нормативный правовой документ, устанавливающий требования, нормы, порядок предоставления медицинской помощи по определенному профилю, основанный на международных стандартах с учетом национальных особенностей. Это новое понятие для правоприменительной практики. С целью упорядочения всей системы стандартизации здравоохранения и регламентации деятельности профильных служб направлены предложения о внесении изменений и дополнений в Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» по определению стандарта организации оказания медицинской помощи по профилю.

Разработка стандартов профильных служб – это не только внедрение в систему новых ресурсов, но и изменение организации оказания медицинской помощи медицинскими организациями с целью их наиболее эффективного использования. Во многих случаях качество можно улучшить путем внесения изменений в организацию оказания медицинской помощи и без увеличения других ресурсов.

В настоящее время Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан осуществляет определенную работу по стандартизации оказания медицинской помощи профильных служб, проводит мониторинг эффективности вне-

дрения стандартов организации оказания медицинской помощи.

Всемирная организация здравоохранения прогнозирует, что заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований до 2020 года во всем мире увеличатся в 1,5-2 раза. Аналогичная тенденция роста заболеваемости раком характерна и для нашей страны.

Так, ежегодный прирост числа больных со злокачественными новообразованиями составляет по республике 5%. Показатель смертности от злокачественных новообразований за последние пять лет снизился. Вместе с тем, снижение показателя смертности связано, в первую очередь, с улучшением диагностики злокачественных новообразований на ранних стадиях и эффективностью результатов лечения. В то же время, этот показатель в нашей стране все еще не достигает показателей развитых стран мира, так как смертность на поздних стадиях рака практически не предотвратима и держится на высоком уровне.

Общеизвестно, что смертность от онкологических заболеваний в Республике Казахстан занимает второе место в структуре смертности населения страны. Ежегодно от рака умирает около 17 000 человек, из которых 42% составляют лица трудоспособного возраста, что является серьезной социально-экономической проблемой.

Своевременная и ранняя диагностика онкологических заболеваний позволяет значительно улучшить исходы лечения и повысить выживаемость больных. Так, выявление рака молочной железы на I стадии позволяет более чем в 200 раз сократить финансовые расходы страны на лечение и повысить 5-летнюю выживаемость почти вдвое (до 90-95%).

Вместе с тем, недостаточный уровень использования современных технологий диагностики и лечения онкологических заболеваний не способствовали росту показателя 5-летней выживаемости больных, хотя они стабильны. Так, за последние 3 года из числа лиц, состоящих на конец года, живут

после установленного диагноза 5 лет и более (в процентах 2011 год – 51,4%, 2012 год – 50,3%, 2013 год – 50,0%).

С учетом сложившейся ситуации вопросы эффективности внедрения и применения Стандарта организации оказания онкологической помощи населению Республики Казахстан являются важной составляющей организации оказания онкологической помощи в республике. От полноты использования Стандартов в повседневной работе медицинскими организациями, оказывающими онкологическую помощь, зависит качество медицинских услуг.

Стандарт организации оказания онкологической помощи населению Республики Казахстан утвержден приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 августа 2013 года за № 452.

Указанный Стандарт устанавливает требования к порядку оказания медицинской помощи онкологическим больным на амбулаторно-поликлиническом, стационарном и стационарозамещающем уровнях.

Стандарт регламентирует основные направления деятельности и структуру организаций, оказывающих онкологическую помощь населению Республики Казахстан, вопросы организации онкологической помощи, организации ранней диагностики и проведения систематического диспансерного наблюдения за онкологическими больными, скрининговых осмотров целевых групп населения, направленных на раннее выявление предопухолевых и злокачественных новообразований.

В Стандарте закреплены новые формы организации онкологической помощи, как оказание медико-социальной помощи онкологическим больным, как организация проведения иммуногистохимических исследований по диагностике злокачественных новообразований в онкологических организациях. Упорядочены вопросы организации работы отделения лучевой терапии, структура и порядок его работы.

Также Стандартом закреплены Положения о смотровом женском и мужском ка-

бинетах в медицинских организациях.

Следует отметить, что мониторинг эффективности внедрения стандарта организации оказания онкологической помощи на уровне онкологических служб областей показал положительные моменты его использования в практической деятельности как врачей, так среднего медицинского персонала. Так, по результатам этого Мониторинга установлено, что врачебный и сестринский персонал информирован о Стандарте, имеет экземпляр Стандарта на рабочем месте, имеет доступ к электронной версии через интернет, знает основные разделы и выполняет конкретные пункты Стандарта в рамках своей компетенции.

Результаты внедрения Стандарта организации оказания онкологической помощи положительно повлияли на основные показатели деятельности организаций, оказывающих онкологическую помощь населению Республики Казахстан, улучшили ее доступность, результатом которой является функционирование онкологических, маммологических и проктологических кабинетов, а также кабинетов амбулаторной химиотерапии.

Национальная скрининговая программа позволяет диагностировать злокачественные новообразования на ранних стадиях, что подтверждают показатели скрининговых исследований. Так, для наглядности, в республике за 1 полугодие 2014 года в процессе скрининговых исследований число впервые выявленных больных с онкозаболеваниями составляет 15 390 (14 986 – 1 полугодие 2013 г.), в том числе 1 856 женщин по маммографическому скринингу (1 815 – 1 полугодие 2013 г.), 760 женщин по цитологическому скринингу (784 – 1 полугодие 2013 г.) и 1 354 мужчин и женщин по коло ректальному скринингу (1 292 – 1 полугодие 2013 г.).

Обращают внимание вопросы выявления онкологических больных на ранних стадиях. Так за последние годы отмечается рост выявляемости рака молочной железы на ранних стадиях (I-II стадия). К примеру,

по результатам маммографического скрининга за 1 полугодие 2014 г. 1465 случаев рака молочной железы на ранней стадии, что на 6,4% больше случаев в аналогичном периоде 2013 г. (1377).

Удельный вес больных злокачественными новообразованиями, живущих 5 лет и более по республике за 1 полугодие 2014 г. составил 50,1% (1 пол. 2013 г. – 49,9%).

Таким образом, стандарт организации оказания онкологической помощи с позиций новых клиничко-организационных технологий и эффективного управления качеством

медицинской помощи, оказывающих влияние на состояние здоровья населения, имеет важное государственное значение.

Вывод:

Реализация стандарта онкологической помощи населению Республики Казахстан позволяет улучшить взаимодействие между специалистами различных специальностей, а также создать условия для его совершенствования и дальнейшего внедрения стандартов по другим профильным службам страны.

Источник:

1. Государственная программа развития здравоохранения на 2011-2015 годы «Саламатты Қазақстан».

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

ВНЕДРЕНИЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ОПЛАТЫ ТРУДА В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ СТРАНЫ ЗА ПЕРИОД 1 ПОЛУГОДИЕ 2013-2014 ГГ.

Макашев Д.М., Кудабаяева Б.Б., Мубаракوف А.К.

РГП на ПХВ «Республиканский центр электронного здравоохранения» МЗСР РК

Аталуы: 2013-2014 ж. 1 жартыжылдық кезеңіндегі еліміздің медициналық мекемелерінде дифференциалдық еңбек ақы әдістерін енгізу.

Авторлары: Макашев Д.М., Кудабаяева Б.Б., Мубаракوف А.К. ҚР ДСӘДМ «Денсаулық республикалық электрондық орталығы» ШЖҚ РМК

Түйіндеме: Нарықтық экономика жағдайында жұмыс күші белгілі бір бағасы бар тауар болып есептеледі. Еңбек өтемі еңбек ақысы ретінде байқалады. Қазақстанда жұмысшыларды қаржылай ынталандыруда маңызды рөлді дифференциалы еңбек ақысы атқарады. Қазіргі уақытта дүние жүзінде жеке еңбек ақы төлеу жүйесі қарқынды дамуда және қолдануда. Жеке еңбек ақы төлеу жүйесі еңбектің сарапшылығына және жұмысшының нақты біліктілігіне негізделген.

Title: Suggestions for stimulant methods in the remuneration for labour in medical organisations of the country for period a 1 half-year 2013-2014.

Authors: Makashev D.M., Kudabayeva B.B., Mubarakov A.K., RSE on RBA «Republican Centre for Development health» MH&SD RK.

Abstract: Under conditions of the market economy labour is an item of goods, which has a definite price. Labour's price is expressed by salaries and emoluments. The important role in material encouragement of a manpower in Kazakhstan is the system of differentiated payment for work. Nowadays the system of payment for work based on an individual salary is developing and using in the world and which is based on the rewards and factual workers' qualification.

Введение

В Послании Президента Республики Казахстан – Лидера нации Н.А. Назарбаева «Социально-экономическая модернизация Казахстана: двадцать шагов к Обществу Всеобщего Труда» важнейшее внимание уделено решению проблемы эффективной организации заработной платы, которая является основополагающим мотивом высокопроизводительного труда [1].

В результате, как показывают статистические данные, в экономике Казахстана складывается тенденция усиления внедрения дифференцированной оплаты труда (ДОТ) в организациях здравоохранения. По данным анализа за 1 полугодие 2014 года средняя до-

плата на одного работника по сравнению с аналогичным периодом 2013 года возросла с 6000 тенге до 18000 тенге в месяц, т.е. почти в 3 раза. Оплата через стимулирующие методы позволила дополнительно осуществить выплаты к основному окладу в среднем врачам от 11 до 20 тысяч тенге, медсестрам – от 6 до 15 тысяч тенге в месяц.

Цель исследования

Анализ внедрения дифференцированной оплаты труда в медицинских организациях страны и рекомендации по совершенствованию внедрения ДОТ в МО сельского здравоохранения.

В настоящее время, в период децентрализации управления, отечественное здра-

воохранение стремится передать функции управления на местный уровень и непосредственно руководителям медицинских организаций. Одним из механизмов делегирования прав является использование в деятельности медицинской организации (МО) экономических методов управления, к числу которых относится стимулирование конечных результатов профессиональной деятельности медицинских работников посредством внедрения ДОТ.

Особенность здравоохранения заключается в том, что зачастую деятельность медицинской организации является экономически невыгодной, однако медицинский и социальный эффект (в долгосрочной перспективе преобразующийся в экономическую выгоду) требует дальнейшего финансирования данной отрасли. Согласно позиции Всемирной организации здравоохранения, на охрану здоровья населения необходимо выделять средства не менее 6-6,5% от валового внутреннего продукта, тогда как в Казахстане эта цифра остается на уровне 2,5% от ВВП.

Таким образом, для того, чтобы повысить качество и эффективность работы МО страны, необходимо продолжать работу по развитию механизмов, мотивирующих деятельность персонала.

Согласно приказа и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 689 «О некоторых вопросах отраслевой системы поощрения и об утверждении Правил оплаты труда медицинских работников в зависимости от объема, качества оказываемой медицинской помощи и отраслевой системы поощрения» руководитель медицинской организации вправе устанавливать за счет средств экономии дополнительные выплаты работникам. В то же время согласно законодательству РК руководство МО имеет право самостоятельно устанавливать систему оплаты труда, премирования, форм материального поощрения, выплаты вознаграждения по итогам работы в течении года [2].

Если рассматривать опыт других

стран, то наиболее существенные отличия от других имеет оплата труда в Японии, которая основана на принципах пожизненного найма, ротации, как вертикальной, так и горизонтальной для гибкости рабочей силы и повышения уровня квалификации работников. Однако в Японии существует низкая дифференциация в оплате труда самой низкой квалификации и самой высокой квалификации. Для Казахстана такой опыт неприемлем, так как в сфере здравоохранения, и не только, будут проблемы с работниками на должностях, требующих высокой квалификации и высокой ответственности. Интересен опыт Франции, которая нацелена на индивидуальную оплату труда, т.е. оплата определяется индивидуальной выработкой работника, где фиксированная часть заработной платы определяется уровнем квалификации, а переменная, стимулирующая, результатами работы сотрудника, отдела, департамента, что способствует росту командной работы [3].

До введения социального медицинского страхования (СМС) наиболее сильным источником дополнительного материального стимулирования медицинских работников является бюджет, использование средств которого для этих целей возможно лишь за счет экономии фонда оплаты труда. Получается, работник, проработав и выполнив, возможно перевыполнив, все плановые показатели за месяц, может не получить дифференцированную оплату труда из-за отсутствия экономии в организации, и это, в свою очередь, снижает мотивацию работников к работе.

Таким образом, для более эффективной мотивации медицинскому работнику должен гарантироваться определенный уровень оплаты труда вне зависимости от того, используются ли механизмы экономического стимулирования его труда или нет и увеличиваться в результате его работы.

Минимальный возможный уровень оплаты труда регулируется Постановлением Правительства Республики Казахстан от 29 декабря 2007 года № 1400 «О системе оплаты труда гражданских служащих,

работников организаций, содержащихся за счет средств государственного бюджета, работников казенных предприятий», согласно которому, месячная оплата труда работника, отработавшего полностью определенную на этот период норму рабочего времени и выполнившего свои трудовые обязанности (нормы труда), не может быть ниже установленного минимального размера оплаты труда [4]. Однако этот минимум повышается в рамках отраслевых соглашений, положений, норматив-

ных актов и т.д.

Результаты анализа за 1 полугодие 2014 года показали, что всего 26% медицинских организаций внедрили дифференцированную оплату труда в своих организациях. Средняя ежемесячная сумма дифференцированной доплаты составила – 18,46 тыс. тенге. Среднемесячная сумма заработной платы с учетом ДОТ на 1 работника по республике составляет 77,42 тыс. тенге.

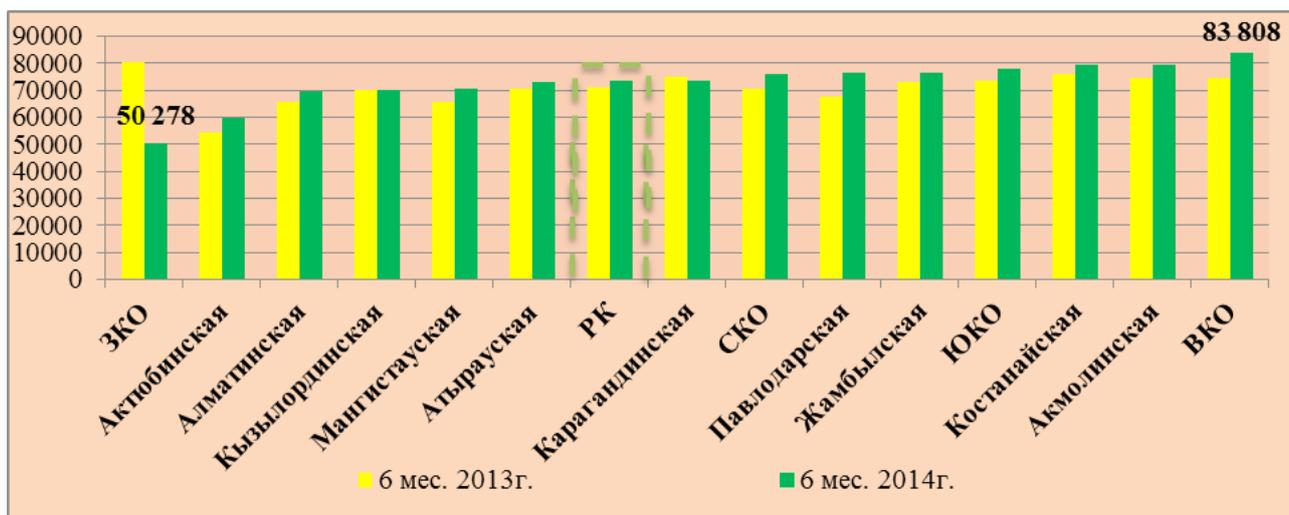


Рисунок 1– Средняя заработная плата на одного работника в месяц (тенге) по РК

В разрезе регионов наиболее высокая заработная плата отмечена в ВКО – 83,8 тыс. тенге, что почти в 1,2 раза превышает средне-республиканский показатель. В ЗКО ее величина составила 50,3 тыс. тенге, что на 32% ниже среднего уровня по стране.

Данные, приведенные на рисунке, свидетельствуют о наличии серьезных пробелов в менеджменте организаций здравоохранения. Так как трудно представить ситуацию в развитых странах, при которой заработная плата работников примерно одной квалификации и сопоставимой сложности выполняемых работ различалась бы почти в 2 раза. Однако именно это наблюдается в них. Это обусловлено тем, что не все медицинские организации отошли от старой системы оплаты труда. Конечно, внедрение системы ДОТ влечет за собой некие обязательства перед руководством медицинской организации, в частности, главный

врач не хочет увеличения жалоб со стороны коллег, по их точке зрения, за необъективную оценку работы и т.д. [5].

Приведенные различия в оплате труда работников отдельных должностей и профессий по регионам можно было бы в определенной степени обосновать различиями в результативности труда работников различных областей. Однако, как показывает практика, в организациях здравоохранения практически отсутствуют нормы трудовых затрат. В результате почти все работники работают на повременной системе оплаты труда из-за отсутствия технически обоснованных норм труда.

Выводы:

Таким образом, система оплаты труда должна состоять из двух переменных, первой из которых является гарантированная часть, выплачиваемая вне зависимости от результа-

та работы, а вторая стимулирующая часть в виде ДОТ по результатам работы медицинского работника за отчетный период. Данный принцип дополнительных выплат будет носить стимулирующий характер.

Вместе с тем, одним из обязательных условий при внедрении системы ДОТ является этап подписания трудового договора, в котором будут указаны фиксированный оклад и принципы стимулирования посредством ДОТ. Это позволит избежать конфликтных ситуаций, судебных споров, а в случае их возникновения иметь обоснованные аргументы.

Как цена рабочей силы, заработная плата выполняет в рыночной экономике три основные функции, во-первых, это обеспечение работнику объема потребления материальных благ и услуг, во-вторых, обеспечение

работодателю определенного результата от применения приобретенной рабочей силы, в-третьих, выступать регулятором спроса на продукцию и услуги конечного потребления. В настоящее время ни одна из этих функций заработной платы не выполняется в достаточной мере в сфере здравоохранения, поэтому задача реформирования должна состоять в том, чтобы создать условия, необходимые для их реализации.

Таким образом, заработная плата представляет собой один из основных факторов характеризующих социально-экономический уровень каждой страны, коллектива, человека. В свою очередь, размер заработной платы выражает цену рабочей силы, проявляющуюся как вознаграждение работников за труд и его конечные результаты.

Источники:

1. Послание Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева «Социально-экономическая модернизация Казахстана: двадцать шагов к Обществу Всеобщего Труда».
2. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 689 «О некоторых вопросах отраслевой системы поощрения и об утверждении Правил оплаты труда медицинских работников в зависимости от объема, качества оказываемой медицинской помощи и отраслевой системы поощрения».
3. Волгин Н.А., Волгина О.Н. Оплата труда: японский опыт: Учебное пособие. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2004.
4. Постановление Правительства Республики Казахстан от 29 декабря 2007 года № 1400 «О системе оплаты труда гражданских служащих, работников организаций, содержащихся за счет средств государственного бюджета, работников казенных предприятий».
5. Отчет РГП на ПХВ «Республиканский центр электронного здравоохранения» МЗСР РК за 1 полугодие 2014 года.

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘЛІМЕТІН БАСҚАРУ / УПРАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИЕЙ И СТАТИСТИКОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ВЫЯВЛЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НА РАННИХ СТАДИЯХ – ШАНС НА ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ И ЗДОРОВУЮ ЖИЗНЬ

Макашев Д. М., Кудабаяева Б. Б., Мубаракөва З. Г.

РГП на ПХВ «Республиканский центр электронного здравоохранения» МЗСР РК

Аталуы: Науқастардың онкологиялық ауруларын ерте анықтау – сауығына және ұзақ өмір сүруіне мүмкіндік.

Авторлары: Макашев Д.М., Кудабаяева Б.Б., Мубаракөва А.К. ҚР ДСӘДМ «Денсаулық республикалық электрондық орталығы» ШЖҚ РМҚ

Түйіндеме: Осы мақалада онкологиялық аурулардың ерте диагностикалау проблемалары қарастырылған. ҚР өңірлерін көрсете отырып, науқастардың дер кезінде анықталу мәселелері, дер кезінде анықталған кеуде безі, жатыр обыры, колоректальді обыр ауруларының жалпы науқастардың санының үлес салмағы көрсетілген, сонымен қатар 2013-2014 жылғы 1 жартыжылдықтың қатерлі ісіктер скринингтерінің динамикасы байқалады.

Title: Detection of cancer patients at early stages is the chance for recovery and long life

Authors: Makashev D.M., Kudabayeva B.B., Mubarakova A.K., RSE on RBA «Republican Centre for Development health» MN&SD RK.

Summary: This article describes the problems of early cancer detection. The questions of the highest detection of patients at an early stage, indicating the region of Kazakhstan, shows the proportion of breast cancer, cervical cancer, colorectal cancer, identified in the early stages, of total number of detected cases, also noted the dynamics of screenings of malignant tumors in the 1st half of the year 2013-2014.

Введение:

Большая часть онкологических заболеваний, встречающихся в Казахстане, может быть диагностирована на ранних стадиях (опухоль молочной железы, кожи, шейки матки, пищевода, желудка, печени, ободочной и прямой кишки, предстательной железы) путем проведения скрининговых программ. Соответственно, снижение смертности от опухолей данной локализации может стать резервом для снижения общей смертности от онкологических заболеваний.

В настоящее время скрининговые программы в республике в большей мере нацелены только на раннее выявление раков визуальной локализации – молочной железы, шейки матки и колоректального рака.

Цель: Анализ внедрения скринин-

говых программ и рекомендации по совершенствованию проведения и увеличения использования скрининговых программ.

Своевременная и ранняя диагностика онкологических заболеваний позволяет значительно улучшить исходы лечения и повысить выживаемость больных. Так, выявление рака молочной железы на I стадии позволяет более чем в 200 раз сократить финансовые расходы на лечение и повысить 5-летнюю выживаемость почти вдвое (до 90-95%) [1].

В Республике Казахстан за 1 полугодие 2014 года в процессе скрининговых исследований число впервые выявленных больных с онкозаболеваниями составляет 15 390 человек (14 986 – 1 полугодие 2013 г.), в том числе 1 856 женщин по маммографическому скринингу (1 815 – 1 полугодие

2013 г.), 760 женщин по цитологическому скринингу (784 – 1 полугодие 2013 г.) и 1 354 мужчин и женщин по колоректальному скринингу (1 292 – 1 полугодие 2013 г.).

По результатам маммографического скрининга за отчетный период повышение выявляемости отмечено в г. Алматы, Карагандинской, Южно-Казахстанской, Восточно-Казахстанской и Костанайской областях. По результатам цитологического скрининга в 1 полугодии 2014 года высокая выявляемость рака шейки матки из числа обследованных отмечена в г. Алматы, Южно-Казах-

станской, Карагандинской, Костанайской и Алматинской областях.

По результатам колоректального скрининга в 1 полугодии 2014 года увеличилась выявляемость в г. Алматы, Костанайской, Карагандинской, Восточно-Казахстанской и Павлодарской областях.

Таким образом, наибольшее количество выявленных заболеваний за 1 полугодие 2014 года приходится на рак молочной железы, затем следует колоректальный рак и рак шейки матки (рисунок 1).

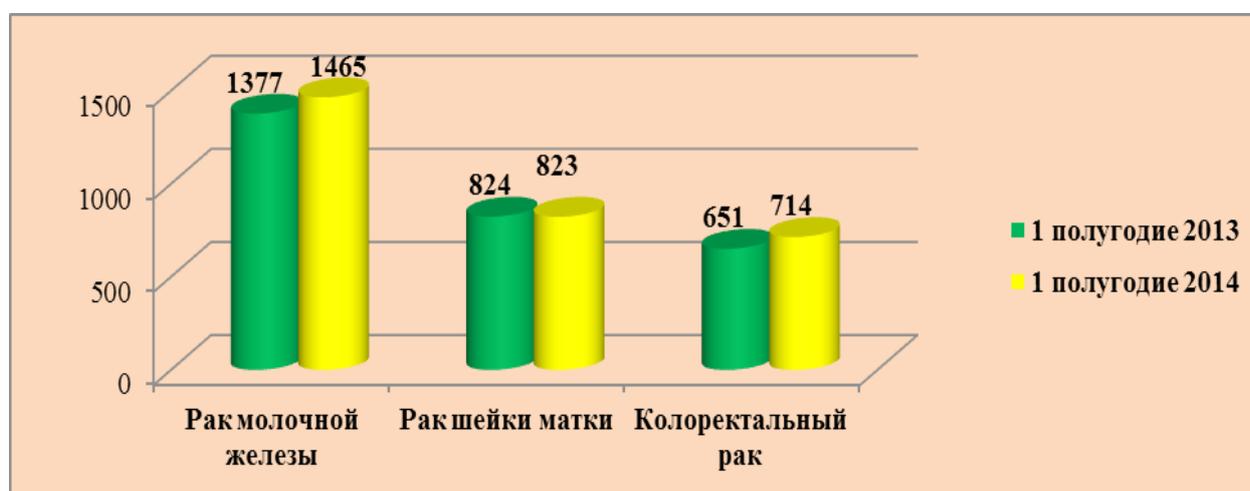


Рисунок 1 – Динамика выявленных случаев путем скрининга

Согласно данным ВОЗ, снижение смертности от рака молочной железы и успехи в лечении во многом определяются ранней диагностикой заболевания: при I стадии 5-летний срок переживают 90-95% больных, при IV – менее 10%. За последние годы отмечается рост выявляемости рака молочной железы на ранних стадиях (I-II стадия).

По результатам маммографического скрининга за 1 полугодие 2014 года 1465 случаев рака молочной железы выявлено на ранней стадии, что на 6,4% больше случаев в аналогичном периоде 2013 года (1377). Повышение выявляемости отмечено в онкологическом центре г. Алматы – 239; Карагандинском областном онкологическом диспансере – 158; Южно-Казахстанском областном онкологическом диспансере – 131.

По результатам цитологического

скрининга за 1 полугодие 2014 года количество выявленных больных раком шейки матки на ранних стадиях (824) уменьшилось на 0,1% по сравнению с аналогичным периодом 2013 года (823). В отчетном периоде высокая выявляемость рака шейки матки из числа обследованных отмечена в Южно-Казахстанском – 71, онкологическом диспансере г. Алматы – 72 и Карагандинском онкодиспансере – 48.

По результатам колоректального скрининга за 1 полугодие 2014 года выявлено 714 случаев рака толстой и прямой кишки, что на 9,7% больше случаев аналогичного периода 2013 года (651). Увеличилась выявляемость в Восточно-Казахстанском онкологическом диспансере – 80, онкодиспансере г. Алматы – 85, Карагандинском – 101. (рисунок 1).

В 1 полугодии 2014 года доля больных, выявленных в ходе скрининговых исследований с ранними стадиями (I-II стадии), от общего количества впервые выявленных больных с онкозаболеваниями составила 9,5% при раке молочной железы, 4,0% – при раке шейки матки, 4,6% – при колоректальном раке.

Высокий удельный вес ранних стадий рака молочной железы отмечен в Атырауской и Жамбылской областях – свыше 90%.

Менее 80% ранних стадий рака молочной железы при скрининге было выявлено в Акмолинской, Актюбинской (Западно-Казахстанский государственный университет им. М. Оспанова), Алматинской, Восточно-Казахстанской (ОД г. Семей), Карагандинской, Костанайской, Кызылординской, Мангистауской и Северо-Казахстанской областях.

Высокий удельный вес I-II стадий рака шейки матки (97-100%) выявлен в Жамбылском областном онкологическом диспансере.

В Алматинской и Костанайской областях удельный вес ранних стадий рака шейки матки самые низкие.

Высокий удельный вес I-II стадий колоректального рака отмечен в ЗКГМУ им. М. Оспанова и ОД г. Астаны.

Удельный вес больных злокачественными новообразованиями, живущих 5 лет и более по республике составил 50,1%.

Выводы:

Исходя из сказанного выше, следует популяризировать скрининги, а для этого нужно информировать людей, что рак на ранней стадии – это не смертельная болезнь, а такое же хроническое заболевание: ты с ним живешь, работаешь, получаешь химиотерапию и идешь дальше. Надо менять отношение людей. Тогда у нас увеличится выявляемость заболеваний на ранней стадии, в результате чего большее количество пациентов получат шанс на спасение и выздоровление.

Источники:

1. Программа развития онкологической помощи в Республике Казахстан на 2012 - 2016 годы.
2. Отчет РГП на ПХВ «Республиканский центр электронного здравоохранения» МЗСР РК за 1 полугодие 2014 года.

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ ИННОВАЦИЯЛАР /
ИННОВАЦИИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯТРИЗ-ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОМ
ОБРАЗОВАНИИ**Абдрахманова А.О.***Ведущий эксперт отдела развития медицинского образования
РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗСР РК,
к.м.н., доцент.***Аталуы:** Медициналық білімберудегі ТЕШТ-технологиялар**Авторлары:** **Абдрахманова А.О.**, ҚР ДСӘДМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК**Түйіндеме:** Жоғары білікті, өз бетінше практикалық жұмыс жасауға қабілетті, мобилді және талапқа сәйкес кадрларды даярлау, болашақ мамандығына, осы бағытта білім алуға деген қызығушылығы бар, клиникалық ойлауға қабілетті интеллектуалдық-шығармашылық әлеуетті дамытуды қажет етеді. Студенттердің интеллектуалдық және шығармашылық белсенділігін арттырудың әсерлі әдістерінің бірі білім берудің инновациялық технологияларын қолдану болып табылады. Оқытудағы соңғы технологиялық ізденістердің нәтижесінде медициналық білім беруде ТЕШТ-педагогика (тапқырлық есептерді шешу теориясы) технологиясын қолдануға мүмкіншілік беріп отыр.**Title:** TSIT-technologies in medical education**Authors:** **Abdrakhmanova A.O.**, RSE on RBA «Republican Center for Health Development» MH&SD RK Republic of Kazakhstan.**Abstract:** Personnel training of high qualification, ready for independent practice, mobile and in-demand requires the development of intellectual and creative potential, clinical thinking, the formation of a stable interest to education and future career. Effective method for the development of intellectual and creative activity of students is the use of innovative educational technologies. The search for new technologies of teaching has led to the ability to use technology in medical education TSIT pedagogy (theory of the solution of inventive tasks).

Медицинское образование Казахстана за годы Советского Союза выработало эффективные подходы по подготовке медицинских кадров, уровень квалификации которых высоко ценился за пределами Казахстана и бывшего Советского Союза. Главный акцент при подготовке медицинских кадров был направлен на клиническую подготовку студентов: разбор ситуационных задач, практические занятия у постели больного, лекции с демонстрацией и клиническим разбором наиболее показательных больных.

В настоящее время в Казахстане идут глобальные перемены в вузовском образовании, которые коснулись подготовки ме-

дицинских кадров. Вхождение Казахстана в общеевропейское образовательное пространство и подписание 11 марта 2010 года Болонской декларации требуют от Казахстанской высшей школы, в том числе медицинской, такой подготовки специалистов, которая позволит «свести к минимуму период трудовой адаптации и обеспечить выпускника необходимым уровнем профессиональной и личной конкурентоспособности в условиях глобализации» (А.М. Наметов и соавт.) [1].

Одним из ключевых факторов повышения качества подготовки медицинских кадров, готовых к самостоятельной практической деятельности, является использование

инновационных методов преподавания.

Глава государства Н.А. Назарбаев в Послании народу Казахстана подчеркнул необходимость реализации комплекса задач по десяти направлениям, среди которых качественный рост человеческого капитала подразумевает создание эффективной системы образования, внедрение в процесс обучения современных методик и технологий (Послание Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева народу Казахстана «Социально-экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана» 27.01.2012 г.) [2].

В этой связи приоритетной задачей казахстанских медицинских ВУЗов является подготовка специалистов высокой квалификации, готовых к самостоятельной врачебной деятельности, принятию решительных мер в экстренных ситуациях, мобильных и востребованных. Подготовка молодого специалиста, готового к самостоятельной практической работе, требует развития клинического мышления, формирования устойчивого интереса к образованию, будущей профессии, что, в свою очередь, требует от педагогов медицинского ВУЗа активного использования инновационных образовательных технологий, направленных на активизацию мышления, творческого потенциала студента-медика.

Развитие мышления, интеллектуально-творческого потенциала проводится в течение всего многолетнего процесса обучения: во время чтения лекций, проведения семинарских и практических занятий. Традиционная форма знание-контроль-оценка вытесняется инновационными методами образования, суть которых должна быть направлена на развитие самостоятельности, умение интерпретировать знания из других смежных дисциплин, адекватно воспринимать новую информацию, творчески подходить к решению самой сложной задачи, постоянно самосовершенствоваться [3].

Реализация поставленной задачи зависит от умелого использования эффективных педагогических технологий – это актив-

ные и интерактивные методы проведения занятий, предполагающие не пассивное восприятие материала, а активное участие студентов в учебном процессе, разборе темы.

Активное обучение было сформулировано еще в начале XX столетия американским философом и педагогом Джоном Дьюи [4], который утверждал, что в традиционной системе образования должно быть противопоставлено обучение «путем делания», то есть все знания должны приобретаться в результате самостоятельной работы и личного опыта. Такое обучение, несомненно, более эффективно в сравнении с традиционной лекционно-семинарской формой с большим объемом готовой информации и скучными опросами, снижающими способность к творческому мышлению и интерес к познавательной деятельности.

Следует признать, что студенты медицинских ВУЗов, будущие врачи, особенно нуждаются в формировании у них критического мышления, развитии интеллектуально-творческого потенциала, а не в банальном зазубривании, как это было принято ранее. Вместе с тем, имеет место повсеместный консерватизм в применении современных и поиске новых образовательных технологий, способных формировать современного мыслящего специалиста.

Поиск новых технологий развития интеллектуально-творческого потенциала, формирования клинического мышления, умения работать в нетривиальных условиях привел к возможности использовать в медицинском образовании технологии ТРИЗ-педагогика (теория решения изобретательных задач).

Теория решения изобретательных задач разработана около 50 лет назад инженером-изобретателем Г.С. Альтшуллером для развития творческого мышления. С успехом ТРИЗ была использована в работе с детьми на станциях юных техников – ТРИЗ-педагогика, где была сформирована ее производная часть – теория развития творческой личности (ТРТЛ) [5].

Набор приемов ТРИЗ-педагогика ве-

лик, большинство из которых можно адаптировать для медицинского образования [5-8].

Наиболее простая технология «Да-Нет» с успехом может использоваться в начале, либо в конце практического занятия по 10-15 минут для контроля знаний, которые студенты получили на лекции, либо в ходе самостоятельной подготовки. Студентам раздают, предварительно подготовленные преподавателем простые вопросы, ответ на которые должен быть «да», «нет» или «и да, и нет». Количество вопросов составляется с учетом времени прочтения вопроса и ответа – в среднем 30 секунд, значит за 10 минут при хорошей подготовке студент должен ответить примерно на 15-20 вопросов.

Примеры вопросов: 1. Хроническое нарушение равновесия между коронарным кровотоком и метаболическими потребностями сердечной мышцы обуславливает развитие инфаркта миокарда? (ответ: и да, и нет). 2. Есть ли хирургическое противопоказание для аппендэктомии при остром аппендиците? (ответ: да). 3. Ожирение является фактором риска ИБС? (ответ: да).

Технология «Да-Нет» может применяться в форме игры, суть которой – ответить на вопрос, разгадать задачу, заданную преподавателем. Для решения задания студенты задают преподавателю вопросы, ответы на которые должны звучать: «Да», «Нет», «И да, и нет», «Это не существенно», «Об этом нет информации». Например, в стационар поступает больной в состоянии шока, после осмотра которого, экстренно развивается операционная без предварительной подготовки пациента. Перечень возможных вопросов: Причина шока острая боль? (правильный ответ: нет). Кожные покровы пациента бледные? (ответ: да). У больного отмечается тахикардия и артериальная гипотония? (ответ: да) и т.д.

Технология «Да-Нет» стимулирует мыслительную деятельность студентов, формирует навыки умения ставить вопросы, формулировать свои мысли.

До сих пор Теория Решения Изобретательских Задач (ТРИЗ) и Теория Развития

Творческой Личности (ТРТЛ) применялись в педагогической практике дошкольного и школьного обучения [7]. В медицинском образовании ТРИЗ-ТРИЛ технологии практически не применялись, поскольку недостаточно разработаны содержание программы по ТРИЗ, а также формы и методы обучения. Вместе с тем, ТРТЛ как нельзя лучше способствует формированию мыслящего врача. Беря за основу творческие задания ТРИЗ-ТРТЛ технологий Г.С. Альтшуллера, предлагаем использовать на клинических кафедрах метод аналитического разбора.

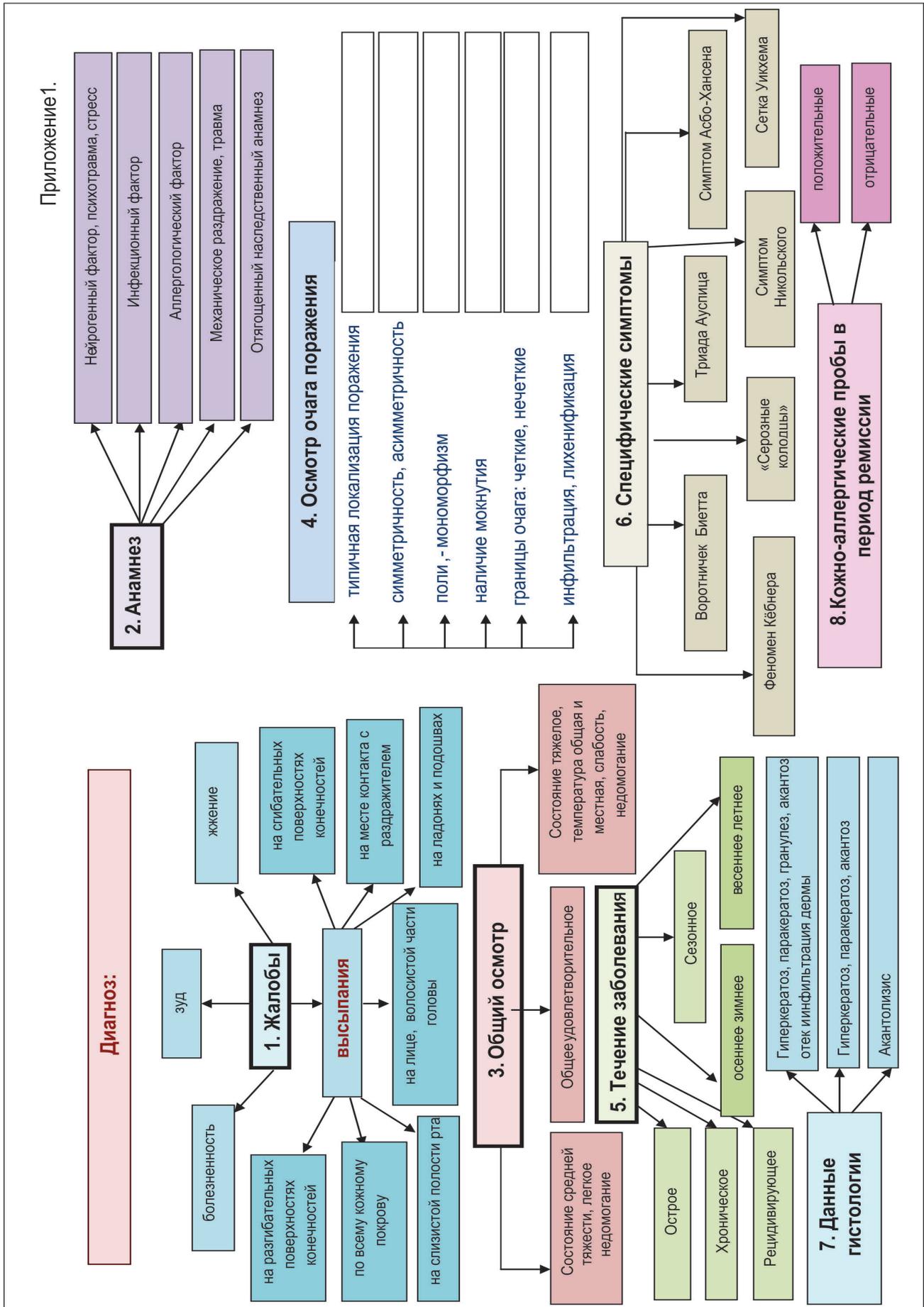
Цель аналитического разбора заключается в формировании у студентов творческой активности, способности к поиску, анализу, мышлению, умению сопоставлять, интерпретировать. Задача преподавателя увлечь студентов творческой работой, которая сопровождается самостоятельным поиском, открытием нового.

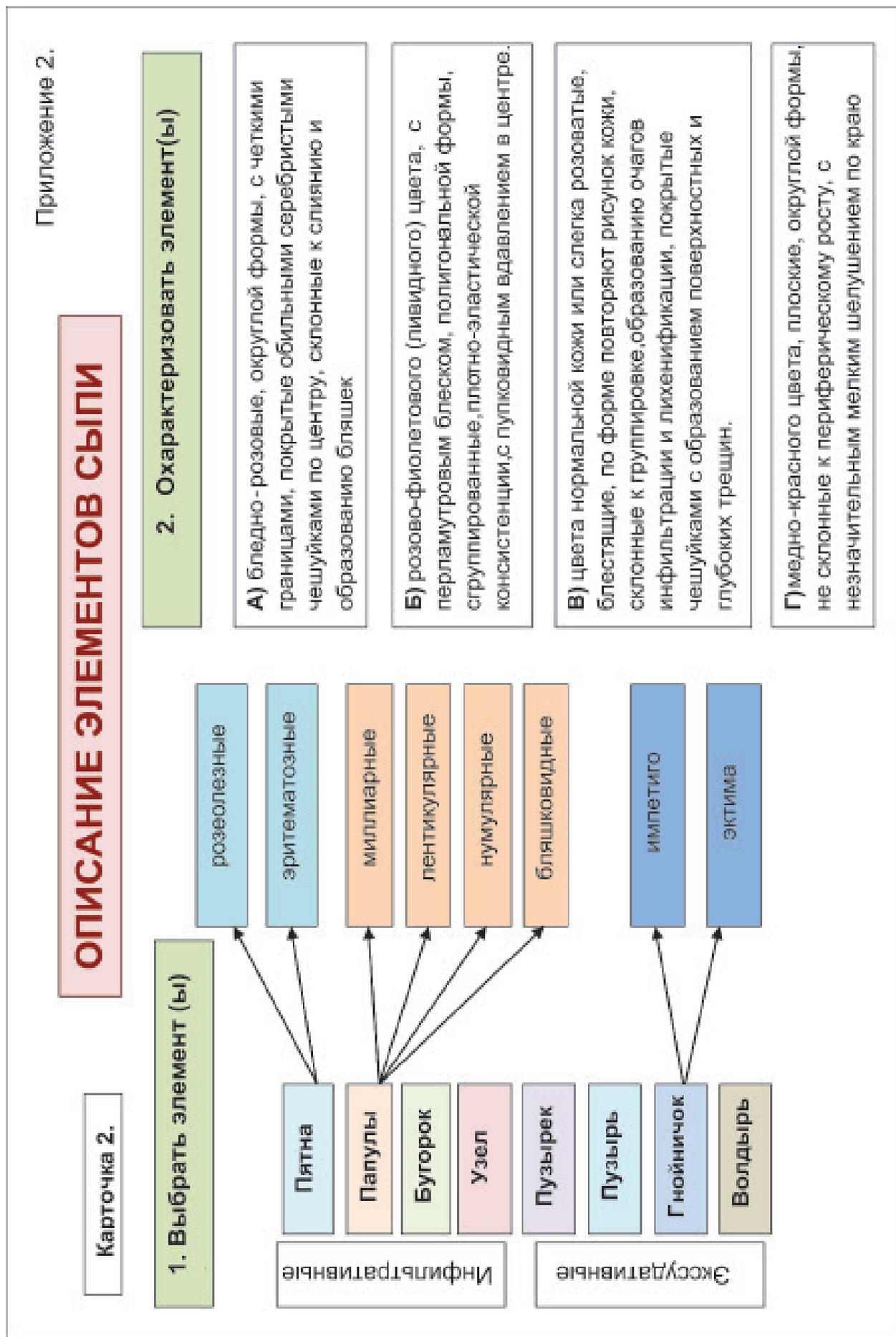
Технология проведения аналитического разбора. Каждый студент получает две карточки. На первой указан диагноз, заболевание, синдром – эта карточка у каждого студента индивидуальная. Вторая карточка с набором признаков заболеваний, включая возможные жалобы, данные анамнеза, осмотра, специфические симптомы, данные гистологии и т.д., одинаковая для всех студентов (приложение 1).

Задача студентов – выбрать признаки, типичные для заболевания, которое написано на первой карточке, найти связь с результатами исследования. По мере заполнения второй карточки, студент может получить третью-четвертую и т.д. карточки с усложнением задания. Например, третья карточка может содержать более детальный разбор симптомов (приложение 2), четвертая – дифференциальный диагноз (приложение 3), выбором метода лечения и т.д. Для успешного решения поставленных задач важно владеть теоретическими знаниями дисциплины, уметь анализировать, интерпретировать, сопоставлять имеющуюся информацию.

В приложениях 1-3 карты с постепен-

Приложение 1.





ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРОВОДИТСЯ

(поставить диагнозы в каждой карточке и выбрать те заболевания, с которыми проводится дифференциальная диагностика с заболеванием, указанным на первой карточке)

А) с _____,
при котором: на слизистой оболочке полости рта ороговение в виде сплошной бляшки серовато-белого цвета, не имеет рисунчатого характера поражения

Д) с _____,
при котором: элементы полигональной формы, ливидного цвета, в центре с пупковидным вдавлением, наличие сетки Уикхема, на слизистой оболочке полости рта беловатого цвета, плотной консистенции на фоне почти неизменной слизистой оболочки; сливаясь формируют сетку, кружево.

В) с _____,
при котором: круглые или полшаровидные, «ветчинного» цвета, плотные, часто положительный

Г) с _____,
при котором: гиперемия, инфильтрация, атрофия в центре очага, гиперкератоз только в пределах очага воспаления в виде нежных точек, коротких полосок, дуг

Б) с _____,
при котором: округлые, ярко-розового цвета, покрыты серебристыми чешуйками, положительная триада Аустлица

Е) с _____,
при котором: элементы сыпи более крупные, круглой или овальной формы, покрыты серовато-белым налетом, который легко снимается шпательем, положительные специфические реакции

ным усложнением задания на примере курса дерматологии. Подобные карты для развития аналитического мышления могут быть разработаны по всем специальностям. Такая форма занятия развивает творческое мышление, способствует не только развитию интеллектуально-творческого потенциала студентов, стимулирует самостоятельность в работе, принятии решения, способствует развитию интереса к предмету, специальности.

Аналитический разбор создает условия для самостоятельного активного поиска студентами путей решения данного задания. Проведение таких семинаров исключает пассивность студентов, повышает эффективность и результативность подготовки будущих специалистов.

Аналитический разбор может быть усложнен включением вопросов смежных специальностей и базисных дисциплин, что будет способствовать дальнейшему стимулированию клинического мышления, творче-

ского воображения, умению находить связь между явлениями и давать объяснение симптомам и синдромам, а также тем изменениям, которые происходят в результате тех или иных лечебно-диагностических действий.

Внедрение в образовательный процесс синдромального аналитического разбора обеспечивает достижение главной цели медицинского образования: повышение качества подготовки студентов с новым типом мышления, соответствующим современным требованиям.

Инновации сами по себе не возникают, они являются результатом научных поисков, передового педагогического опыта отдельных преподавателей и целых коллективов [9,10]. В этой связи многолетний педагогический опыт подсказывает, что формирование новой генерации медицинских кадров, мыслящих, творческих, ищущих личностей, готовых к умелому использованию полученных знаний, зависит от компетентности и инициативы преподавателя.

Источники:

1. Наметов А.М., Коваль А.П. Совершенствование системы взаимосвязи с потребителями как гарантия качества образовательных услуг вуза. Некоторые условия интеграции высшего образования Казахстана в Болонский процесс: структура, содержание, наука, кадры / Материалы научно-методического сборника, Алматы - 2011. - 62 с.
2. Послание Президента РК Н.А. Назарбаева народу Казахстана «Социально-экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана». 27.01.2012 г.
3. Мандриков В.Б., Краюшкин А.И., Ефимова Е.Ю. и др. Использование инновационных технологий преподавания в медицинском вузе: Материалы региональной межвузовской учебно-метод. конф. с междунар. участием. Краснодар, 18 марта 2010 г. // Международный журнал экспериментального образования. – 2010. – № 4 (Приложение № 1). – С. 140–142.
4. Дьюи Дж. Психология и педагогика мышления / Пер. с англ. Н.М. Никольской; Под ред. Н.Д. Виноградова. – Москва: Мир, 1915. - С. 202.
5. Альтшуллер Г.С. ТРИЗ: история возникновения и общая структура. / Сб. научных трудов «Новые ценности образования: ТРИЗ-педагогика». Под редакцией Н. Крыловой. Петрозаводск, 2003, выпуск 1. – С. 3-12.
6. Меерович М.И., Шрагина Л.И. Формирование культуры мышления как способ разрешения противоречия в системе образования. / Сб. научных трудов «Новые ценности образования: ТРИЗ-педагогика». Под редакцией Н. Крыловой. Петрозаводск, 2003, выпуск 1. – С. 46-52.
7. Нестеренко А.А., Алешина О.В. Элементы ТРИЗ в курсе преподавания литературы: анализ характеров героев через их отношение к проблемной ситуации. / Сб. научных трудов «Новые ценности образования: ТРИЗ-педагогика». Под редакцией Н. Крыловой. Петрозаводск, 2003, выпуск 1. – С. 69-77.
8. Потехина С.А., Стопина О.А. Введение элементов теории решения изобретательских задач (триз) в

ПРИМЕНЕНИЕ ИНСТРУМЕНТА БЕНЧМАРКИНГА С ЦЕЛЬЮ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Есполова Г.Д.

*Менеджер Центра менеджмента здравоохранения
РГП "РЦРЗ" МЗ СР РК, магистр медицины*

Аталуы: Медициналық қызмет сапасын арттыру мақсатында бенчмаркинг құралдары қолдану

Авторлары: **Есполова Г.Д.**, ҚР ДСӘДМ Денсаулық сақтау менеджментінің орталығының менеджері

Түйіндеме: Мақалада медициналық қызмет сапасын арттыру мақсатында бенчмаркинг құралын қолдану процесін баяндайды, қазіргі таңда эталондық ұйымдастыру тәжірибесінде негізделген, ұйымдардың қызметтерін жетілдіру және тиімді бағдарланған стратегиялық әдістердің үдерісін үздіксіз жақсартудың бірі болып саналады. Бенчмаркинг процесінде кезеңдері мен құрылымдарын өткізуін, үдерістің жетістікті айқындайтын мақсаттарын және міндеттерін, факторларын қарастырады.

Title: Application benchmarking instruments, in order to improve the quality of care

Authors: **Yespolova G.D.**, Manager of the Center for Health Management, RCHD

Summary: The article describes the process of using the benchmarking tool for the purpose of increasing the quality of medical services. To date, this tool is one of the most effective, strategically oriented continuous processes used to improve the activity of an organization based on the reference organization. It also describes aims, objectives, factors and determinants of successful process, the structure and stages of benchmarking process.

В период реформирования системы здравоохранения главным приоритетом для государственных медицинских организаций является разработка и внедрение инновационных технологий, методик, инструментов управления, международных стандартов качества, которые дают возможность выработать эффективные стратегию и план работы организации, соответствуют современным требованиям, повышают качество оказываемых медицинских услуг.

Повышение качества оказываемых медицинских услуг на сегодняшний день является актуальной задачей. При этом особая роль отводится совершенствованию оценки деятельности здравоохранения. В этой связи, в Государственной программе развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» 2011-2015 годы данным мероприятиям уделяется отдельное внимание [1].

Поэтапное внедрение Единой национальной системы здравоохранения, предусматривает возможность создания рынка медицинских услуг и развития конкурентных отношений среди медицинских организаций, за счет предоставления пациентам возможности свободного выбора врачей и медицинских

организаций, формирования конкурентной среды оказания медицинских услуг, деятельности медицинских организаций, направленной на достижение конечных результатов.

Несмотря на предпринятые меры, одной из основных проблем системы здравоохранения Казахстана остается низкая конкурентоспособность и отсутствие инновационных достижений в области менеджмента [2].

За последние годы, в практике повышения качества услуг все большую известность приобретает метод бенчмаркинга. Он стал одним из эффективных методов совершенствования работы организации и вошел в число самых популярных инструментов управления.

Для большинства руководителей медицинских организаций «бенчмаркинг» – это незнакомое слово, а эталонное сравнение воспринимается не как метод управления, а как обычный анализ конкурентов или вид маркетингового исследования. Однако потенциалы бенчмаркинга значительны и существует возможность успешного использования данного инструмента в экономическом анализе [3].

Одной из основных причин слабого использования данного метода управления медицинскими организациями является отсутствие

методической базы для его проведения.

Цели и задачи бенчмаркинга

После того, как медицинская организация решила использовать инструмент бенчмаркинга, необходимо ему поставить четкие цели и задачи.

Целью бенчмаркинга является повышение общей конкурентоспособности организации за счет поиска, адаптации, использования и внедрения необходимых процессов и технологий в собственной организации, ориентируясь на стандарты лучших организаций – Best in Class. Тем самым, все составляющие деятельности организации достигают более высокого уровня и сохраняются новые улучшенные показатели. Что повышает у потребителей степень удовлетворенности качеством услуг и увеличивает конкурентоспособность медицинской организации [4-8].

Для достижения поставленной цели требуется решение определенных задач:

1) определение конкурентоспособности, поиск уязвимых и слабых сторон, сравнение полученных результатов с показателями дру-

гих медицинских организаций;

2) поиск новейших идей, решений и стратегий по совершенствованию качества медицинских услуг;

3) изучение и использование лучшего опыта лидеров и конкурентов среди медицинских организаций;

4) разработка инновационных подходов к совершенствованию системы управления в медицинских организациях;

5) установление долгосрочного планового показателя качества деятельности, превосходящие существующие [4-8].

Факторы, определяющие успешный процесс бенчмаркинга

При проведении любого проекта учитывают три основных ключевых фактора: бюджет, время и качество, которые должны быть сбалансированы для успешного управления проектом [8, 9].

Факторы, определяющие успешный процесс бенчмаркинга: объективные (жесткие) и субъективные (мягкие) (таблица 1).

Таблица 1 – Факторы, определяющие успешный процесс бенчмаркинга в здравоохранении

Объективные	Субъективные
<ul style="list-style-type: none"> • определение четких параметров проекта бенчмаркинга; • планирование времени и срока; • соблюдение стандартов качества медицинской помощи; • принятие во внимание бюджетных ограничений. 	<ul style="list-style-type: none"> • благоприятная обстановка среди партнеров; • ориентация на достижение результатов (позитивный настрой); • понимание значимости качества; • заинтересованность; • творческий подход; • кодекс поведения или соблюдения этических норм.

Структура и этапы проведения процесса бенчмаркинга

Бенчмаркинг можно представить следующими структурными характеристиками (таблица 2).

Таблица 2 – Примерные структурные характеристики

Объект	Ключевые показатели	Партнер для сравнения	Источники
Пациент	Удовлетворенность пациентов	Другие подразделения/ отделения своей организации	Обмен информацией с подразделениями/отделениями, выбранными для сравнения и анализа Опрос пациентов, поставщиков Бизнес-планы, план развития медицинских организаций, данные из программного комплекса «Система управления качеством медицинских услуг» Осмотр организации, справочная информация (веб-сайты медицинских организаций)
Услуга	Качество медицинских услуг	Партнеры/ Конкуренты	
Процесс, функции	Время выполнения	Другие профильные медицинские организации	
Технология	Затраты	Организации других отраслей	

Принимая во внимание цели и задачи бенчмаркингowego исследования, факторы, определяющие его успешность, предлагается следующий алгоритм действий во всех типах бенчмаркинга (рисунок 1):



Рисунок 1—Этапы проведения процесса бенчмаркинга

Оценка деятельности

Существует множество подходов к оценке деятельности своей организации.

Для эффективного проведения бенчмаркинга, прежде всего, необходима оценка системы управления [5].

Основной целью проведения первого этапа исследования является получение информации о сильных и слабых сторонах деятельности своей (конкурентной) и эталонной организаций, либо отделений/подразделений:

Среди инструментов оценки деятельности используются:

- SWOT-анализ.
- Сбалансированная система показателей (KPI).
- Модель организационной самооценки Тито Конти.
- Карта качества Дженса Далгаарда [7-9].

Одним из эффективных инструментов оценки состояния организации являются модели премий в области качества, распространенные и признанные в мире:

- Национальная награда за качество Малколма Болдриджа (США).
- Модель EFQM Европейской премии качества.

Критерии этих премий разработаны с учетом мировых тенденций в построении систем управления, а модель отражает ключевые факторы успеха в обеспечении конкурен-

тоспособности организации.

В системе здравоохранения проекты бенчмаркингowego исследования в основном ориентированы на качество оказания медицинских услуг, на организацию лечебного и организационного процессов.

Это говорит о том, что существуют особенности каждого лечебного подразделения или организации, связанные с его функциями. Также необходимо изучение системы оценки качества деятельности отделения и персонала и проведение анализа ключевых факторов необходимых для эффективного функционирования организации.

Выявление передовой практики и выбор лучшего определяют успех всего бенчмаркингowego проекта. Это является самым трудным, но важным процессом при проведении бенчмаркингowego исследования [5-9].

Сбор и анализ информации

Получить информацию внутри своей медицинской организации легче, чем раздобыть информацию из эталонной организации. Изучить в рамках бенчмаркинга показатели успеха, которые достиг конкурент, довольно непростая задача. Для проведения бенчмаркингowego исследования используется следующий метод сбора информации (рисунок 2).

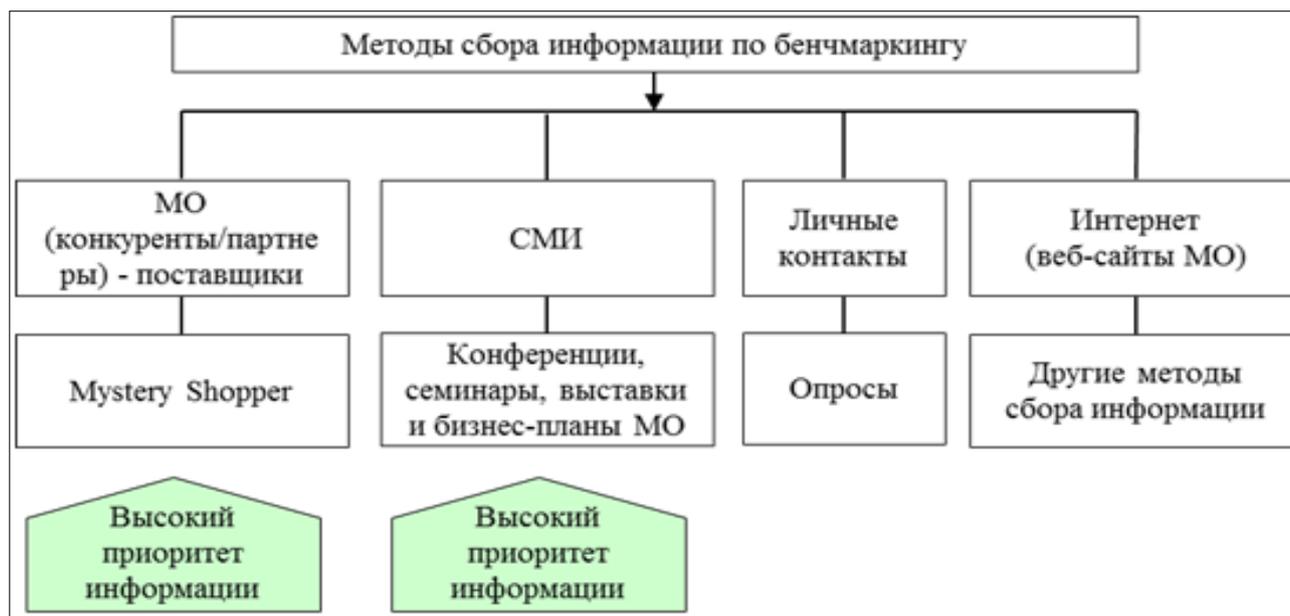


Рисунок 2– Методы сбора информации

Сбору качественной информации и реализации мер, обеспечивающих высокую эффективность успешного проведения бенчмаркинга, способствуют заблаговременно разработанные опросные и контрольные листы, анкеты, кроме основных, дополнительных источников. Необходимо определение круга лиц, ответственные за документирование и проверку полученных информационных данных, с целью обеспечения их признания и согласования [5-7].

Наибольшую эффективность при проведении бенчмаркинг-исследования имеет изучение бизнес-плана эталонной организации, который дает понимание опыта и направления развития организации по основным уровням менеджмента. При изучении бизнес-плана эталонной организации необходимо особое внимание уделять следующим разделам:

1) Стратегический план и достижение цели. В данном блоке представлены индикаторы, оценивающие ход реализации Национальных, отраслевых и иных стратегических документов и планов. Индикаторы, представленные в данном блоке, позволяют оценить, насколько медицинская организация планирует и реализует задачи, поставленные в стратегических документах и планах.

2) Обеспечение производственного

процесса всеми необходимыми ресурсами. Данный блок включает в себя перечень индикаторов, согласно которым медицинская организация обеспечивает производственный процесс всеми необходимыми ресурсами: трудовыми, материальными, финансовыми, информационными.

3) Управление человеческими ресурсами и мотивация персонала. В данном блоке представлены индикаторы, которые позволяют оценить мотивацию медицинского персонала.

4) Контроль качества медицинской помощи и эффективного использования ресурсов. Данный блок включает в себя перечень индикаторов, которые позволяют своевременно оценивать качество оказания медицинской помощи, а также эффективность использования ресурсов.

5) Специфические показатели. Данный блок включает в себя перечень показателей, оценивающих отдельные направления деятельности медицинских организаций в зависимости от ее профиля.

Технология Mystery Shopping (Тайный Покупатель) – это использование специально подготовленных покупателей (в нашем случае пациенты) для анонимной оценки качества обслуживания потребителей, работы персонала, его честности, проверки выполнения

стандартов качества и качества оказываемых медицинских услуг. Mystery Shopping существует под всевозможными наименованиями [8, 9]:

- тайный пациент;
- таинственный пациент;
- секретный пациент;
- анонимный аудит;
- виртуальный пациент;
- оценка персоналов;
- оценка через телефонный звонок.

Не маловажным методом сбора информации является получение данных в рамках конференций, мастер-классов, участие в работе профессиональных объединений, через ассоциации врачей. Также одним из основных способов поиска необходимой информации служат поисковые запросы в сети Интернет и веб-сайты медицинских организаций [9].

Установление «лучших» и разработка плана внедрения.

Установление «лучшей», т.е. эталонной организации и принятие решения о внедрении ее опыта осуществляется группой специалистов по бенчмаркингу, в состав которой входят профессионалы экономисты, менеджеры, статисты и специалист по профилю исследования, ответственные за планирование в организации и уполномоченные по введению улучшений [10-14].

Основной задачей работы данной группы является решение вопросов по следующим направлениям:

- 1) выявить слабые и сильные стороны эталонной/лучшей организации, установить цели и разработать план действий;
- 2) достигнуть результатов или хотя бы приблизиться к результатам эталонной/лучшей организации;
- 3) выбрать приоритеты направлений, уменьшающих разницу между показателями;
- 4) сформировать группы внедрения, определить срок исполнения и стоимость ресурсов.

Также очень важно постоянное обновление базы данных бенчмаркинга и продолжение поиска более совершенных лидеров, более достойных примеров для подражания.

Успех при использовании инструмента бенчмаркинга заключается, не в ранжировании, а в изучении порядка действий по улучшению того или иного показателя [10-14].

Применение технологии инструмента бенчмаркинга меняет подход к системе стратегического планирования, совершенствованию системы менеджмента организации и процессам разработки и внедрения новых технологии и услуг [10-14].

Внедрение полученного опыта

Для осуществления внедрения полученного опыта в деятельность организации, нужно отметить, что не бывает организаций с абсолютно схожей бизнес средой и культурой. Невозможно перенять практические методы и процессы эталонной организации, без тщательного изучения условий в которых они применяются, ресурсов, которые при этом используются.

Слепое копирование неприемлемо, так как в этом случае ожидаемые результаты не будут в полной мере достигнуты. Необходимо учитывать собственные особенности и при необходимости адаптировать перенимаемые методы и процессы [9-14].

Анализ результатов внедрения

Инструмент бенчмаркинга это не одноразовый процесс. Бенчмаркинг это – непрерывный процесс улучшения и совершенствования, с помощью «обратной связи», который происходит при корректировке результатов сравнения и повышения эффективности. Мониторинг хода выполнения бенчмаркинга и оценка конечных результатов, дают возможность повторной оценки и анализа улучшений своей организации [12, 15].

Корректировка результатов эталонного сравнения и повышения эффективности новых процессов производится по приему метода цикла PDCA:

Plan – план улучшения.

Do – выполнение улучшения (организация, мотивация, координация).

Check (Control) – проверка результатов совершенствования (контроль).

Action – действие, направленное на стандартизацию или перепланирование (под-

готовительный этап к следующему совершенствованию).

Реализация систематической внутренней оценки и анализа совершенствований необходима для осуществления мониторинга и оценки конечных результатов медицинской организации и ее подразделений/отделений [12, 15].

Заключение

Бенчмаркинг – это новое направление эволюционного развития концепции конкурентоспособности, предполагающее разработку программ улучшения качества услуг и внедрения инновационных направлений.

Результат внедрения процесса бенчмаркинга во многом предопределяется уровнем подготовки к процессу реализации технологии бенчмаркинга. Для получения наилучших результатов процесс должен быть четко спроектирован, направлен, отслежен и проработан.

Таким образом, бенчмаркинг можно рассматривать как одно из важнейших направлений стратегически ориентированного непрерывного процесса улучшения и совершенствования деятельности медицинской организации, основанного на опыте эталонной организации.

Современные условия на рынке медицинских услуг приводят к тому, что для обеспечения конкурентоспособности организации и ее устойчивого развития основываться на опыте лишь одной эталонной организации недостаточно. Необходимо

изучение опыта деятельности и поведения всех ключевых лидеров на рынке медицинских услуг для повышения обоснованности стратегий развития организации.

Применение технологии бенчмаркинга в системе здравоохранения позволяет:

- улучшить внутреннее взаимодействие отдельных субъектов при реализации инновационных проектов;
- повысить результативность оказания медицинской услуги;
- рационализировать распределение ресурсов;
- снизить затратные неэффективные методы лечения, длительность цикла выполнения услуг и внутренние затраты организации;
- повысить мотивацию персонала на достижение конечных результатов;
- создать работающий механизм постоянного улучшения качества в работе организации.

При этом необходима разработка стандартов внедрения технологии бенчмаркинга в медицинские организации.

Важнейшей задачей на сегодняшний день для медицинской организации является внедрение новых технологий в области менеджмента, организация логистики, управление бизнесом и информационные технологии, а также улучшение обслуживания, развитие и совершенствование качества оказываемых медицинских услуг и деятельности персонала.

Источники:

1. Указ Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года №1113 «Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы».
2. Гольдштейн Г.Я. Основы менеджмента: Конспект лекций. Таганрог: Изд-во ТРТУ, 1995. – С.25-27.
3. Зайцев О.А., Радугин А.А., Радугин К.А., Рогачева Н.И. Основы менеджмента: Учебное пособие для вузов / Науч. редактор А.А. Радугин. – М.: Центр, 1998. – 15 с.
4. Camp R.C. Benchmarking. The Search for Industry Best Practices That Lead to Superior Performance. – ASQC Industry Press, Milwaukee, Wisconsin, 1989.
5. Watson G.H. Strategic Benchmarking: How to Rate your Company's Performance Against the World's Best. – New York: John Wiley, 1993.
6. Zairi M. Benchmarking for Best Practice. – Oxford: Butterworth-Heinemann, 1992.
7. Coer News // the free Newsletter, Issue No.2, July. – Massey University, New Zealand, 2002.
8. Total Quality Management: A Gross Functional Perspective. – John Wiley & Sons, Inc. – 1996.
9. Shiba S., Graham A., Walden D. A New American TQM: Four Practical Revolutions in Management /

Textbook Hardcover, January. – 1993.

10. Аренков И.А., Багиев Е.Г. Бенчмаркинг и маркетинговые решения. – СПб.: Изд-во СПбУЭФ, 1997. – 215 с.

11. Данилов И.П. Бенчмаркинг как основа создания конкурентоспособного предприятия. – М.: Стандарты и качество, 2005. – 69 с.

12. Карпец О.В. Бенчмаркинг: учебное пособие. – Владивосток: Изд-во ДВГУ, 2007. – 217 с.

13. Бенчмаркинг – менеджмент или шпионаж. // Конкурентная разведка. // [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.a-rsb.ru/index.php?go=News&in=view&id=586>

14. Ватсон Г.Х. Бенчмаркинг в примерах. // Бенчмаркинг клуб. [Электронный ресурс] Режим доступа: http://www.jobsmarket.ru/?get_page=239&

15. Воронина Л.А., Ушнов В.В. Бенчмаркинг как инструмент разработки региональной инновационной стратегии // Региональная экономика: теория и практика. -2009. -№13. – С.28-32.

ҚҰЛАҚТАНДЫРМА / АНОНС

РЦРЗ РАЗРАБАТЫВАЕТ НОВЫЙ ПРОЕКТ –
В ФОКУСЕ МИНИСТРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Республиканский центр развития здравоохранения разрабатывает уникальный проект «Галерея министров здравоохранения Казахстана». Проект предусматривает доступную и интересную информацию о министрах, которые вошли в историю отечественного здравоохранения. Два десятка статей, архивных материалов, эксклюзивных интервью и ранее не озвученных фактов биографии руководителей, будут подготовлены в рамках проекта. Сведения о деятельности министров, их вкладе в развитие системы здравоохранения войдут в новую книгу. Ее издательство планируется по итогам реализации проекта. История развития здравоохранения получит новый взгляд через призму личностей министров. Их карьера и образование не имеет границ. Пост первого руководителя ведомства занимали инженеры, энергетики, экономисты, педагоги, но львиную долю в развитие системы здравоохранения внесли выдающиеся врачи. История развития здравоохранения – это характер, знания и опыт, личный вклад каждого министра. В проекте «Галерея министров здравоохранения» PR-менеджеры РЦРЗ, а также привлеченные эксперты и политологи представят информацию, факты и аналитику, повествующие, как о деятельности первого министра здра-

воохранения КазССР Семене Чеснокове, так и о работе первой женщины министра здравоохранения Казахстана – Салидат Каирбековой. Также в «Галерее» будут собраны материалы о вкладе Торегельды Шарманова, который дольше всех своих предшественников и приемников занимал кресло министра 11 лет. Кроме того, будет рассмотрена деятельность министра Жаксылыка Доскалиева, который, несмотря на взлеты и падения в карьере остается отличным хирургом. Сегодня он продолжает делать сложнейшие операции по трансплантации органов. Полный список экс – министров проекта «Галерея министров здравоохранения Казахстана» состоит из следующих личностей:

1. Чесноков Семен Алексеевич
2. Шарманов Торегельды Шарманович
3. Алиев Мухтар Алиевич
4. Измухабетов Талапкали Абишевич
5. Девятко Василий Николаевич
6. Рахыпбеков Толебай Косиябекович
7. Кушербаев Крымбек Елеуович
8. Доскалиев Жаксылык Акмурзаевич
9. Досаев Ерболат Аскарбекович
10. Дерновой Анатолий Григорьевич
11. Каирбекова Салидат Зекеновна

АККРЕДИТАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ: ТРЕНИНГ ДЛЯ СОТРУДНИКОВ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПО ВОПРОСАМ ВНЕДРЕНИЯ СТАНДАРТОВ АККРЕДИТАЦИЙ

Центр аккредитации при поддержке Проекта Всемирного Банка “Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан” начиная с 2009 года проводит процедуру аккредитации медицинских организаций, осуществляется на основе проведения внешней оценки соответствия медицинских организаций стандартам национальной аккредитации.

С 2015 года Центр аккредитации оказывает консалтинговые услуги медицинским организациям на возмездной основе по преаккредитационной подготовке:

- тренинги для сотрудников медицинской организации по вопросам внедрения стандартов аккредитации (основной и базовый пакет на 10, 20, 30 дней);

- проведение семинаров для сотрудников медицинских организаций по внедрению стандартов аккредитации на базе медицинской организации;

- мастер-класс для сотрудников медицинской организации по внедрению стандартов аккредитации медицинской организации с привлечением экспертов;

- дистанционное обучение сотрудников медицинской организации через средства связи;

- завершение тренинговой программы для сотрудников по внедрению стандартов аккредитации в медицинской организации;

- проведение внешней комплексной оценки.

Данные услуги включают в себя несколько этапов проведения процедуры то есть:

- “входной уровень” - оценка фактической ситуации на соответствие стандартам аккредитации;

- разработка плана мероприятий для сотрудников медицинской организации по устранению несоответствий;

- обучение персонала медицинской организации обновленным стандартам аккредитации на базе медицинской организации;

- проведение мастер класса по внедрению стандартов аккредитации медицинской организации с привлечением экспертов;

- дополнительное дистанционное обучение сотрудников, по вопросам внедрения стандартов аккредитации через средства связи;

- завершение тренинговой программы по внедрению стандартов аккредитации в медицинской организации, анкетирование;

- совместная разработка СОПов для медицинских организаций и т.д. (подробную информацию можете просмотреть на сайте РЦРЗ в структуре Центра аккредитации или проконсультироваться у сотрудников Центра аккредитации по вышеизложенным контактным данным).

Контакты: (8-717-2) 47-61-98,
E-mail: c.akkred@mail.ru

