

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

Наурыз 2012, № 1(2)

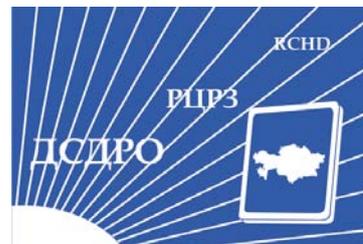
Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау

# МЕНЕДЖЕРІ МЕНЕДЖЕР

здравоохранения Республики Казахстан



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



ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ  
МИНИСТРЛІГІНІҢ  
«ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫ ДАМУ ТУ РЕСПУБЛИКАЛЫҚ  
ОРТАЛЫҒЫ»  
ШАРУАШЫЛЫҚ ЖУРГІЗУ ҚҰҚЫҒЫНДАҒЫ РЕСПУБЛИКАЛЫҚ  
МЕМЛЕКЕТТІК КӘСІПОРЫНЫ  
АСТАНА ҚАЛАСЫ

**Наименование журнала:**

«Менеджер здравоохранения  
Республики Казахстан»

**Периодичность:**

2 раза в полугодие

**Собственник:**

Республиканское государственное предприятие  
на праве хозяйственного ведения  
«Республиканский центр развития  
здравоохранения» Министерства здравоохранения  
Республики Казахстан (г. Астана)

**Учредители журнала:**

Министерство здравоохранения Республики  
Казахстан, РГП на ПХВ «Республиканский центр  
развития здравоохранения» МЗ РК

**Территория распространения:**

Республика Казахстан, страны СНГ, ближнее  
зарубежье

**Тираж:**

400 экземпляров

**Адрес редакции:**

г. Астана, ул. Иманова, 13  
Электронный адрес редакции:  
aizhan\_az@mail.ru, aselya.sultan@bk.ru

www.rcrz.kz

**Главный редактор:**

Кульжанов М.К.

**Редакционный совет:**

Аканов А.А., Байгенжин А.К.  
Байжунусов Э.А., Биртанов Е.А.  
Егеубаева С.А., Ергалиев К.А.  
Ермекбаев К.К., Ибраев С.И.  
Ковач Л., Кулмагамбетов И.Р.  
Кучеренко В.З., Омаров К.Т.  
Рахымбеков Т.К., Телеуов М.К.  
Шарман А.Т.

**Редакция:**

Ахимова А.Д., Бейсенбекова Г.К.  
Исатаева Н.М., Каптагаева А.К.,  
Киль Н.В., Койков В.В., Костюк А.В.  
Макашев Д.М., Ниткалиев К.У.,  
Оспанова Ж.О. Шоранов М.Е.

**Техническая группа:**

Азербаета А.Ж.  
Березин С.С.  
Султанова А.А.

Издается с декабря 2011 года.

Ответственность за достоверность информации,  
содержащейся в рекламных материалах и  
публикациях несут рекламодатели и авторы  
публикаций.

---

# ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>МУСИНОВ С.Р.</b> Квалифицированный менеджер здравоохранения – не модная тенденция, а требование времени.....	5
<b>СТАТЬЯ ОТ РЕДАКТОРА</b>	
<b>КУЛЬЖАНОВ М.К.</b> Казахстан на международной арене здравоохранения .....	7
<b>КАДРОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ</b>	
<b>ТЕЛЕУОВ М.К., ЕРГАЛИЕВ К.А., НИТКАЛИЕВ К.У., АЗЕРБАЕВА А.Ж.</b> Введение должности менеджер здравоохранения: актуальность и перспективы.....	11
<b>АЗЕРБАЕВА А.Ж., СУЛТАНОВА А.А.</b> Совершенствование отбора персонала в медицинских организациях Республики Казахстан: настоящее и перспективы.....	14
<b>СТРАТЕГИЯ И МЕЖДУНАРОДНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ</b>	
<b>ТОКЕЖАНОВ Б.Т., КАДЫРОВА Н.А.</b> Обзор анализа политики финансирования здравоохранения в Казахстане.....	17
<b>МЕНЕДЖМЕНТ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ</b>	
<b>ИБРАЕВ С.Е., МАКАШЕВ Д.М., КАМБАРОВА Г.А.</b> Организационный менеджмент по рейтинговой системе оценки деятельности медицинских предприятий РЦРЗ МЗ РК.....	24
<b>КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ</b>	
<b>КУДАБАЕВА Б.Б.</b> Алгоритм проведения первичной оценки качества стационарных медицинских услуг на основе информационных комплексов.....	27
<b>АЛЬЖАКСИНА Г.Б.</b> Ключевые показатели результативности процессов и процедур – как метод управления качеством медицинской помощи .....	31
<b>БЕЙСЕНБЕКОВА Г.К.</b> Международные нормы безопасности и качество медицинских услуг - основа стандартов аккредитации Республики Казахстан.....	34
<b>АЙЫПХАНОВА А.Т.</b> Опыт внедрения стандартов улучшения качества Международной объединенной комиссией ННЦМД .....	37

## МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА

**КУЛМАГАМБЕТОВ И.Р., КОЙКОВ В.В.** Менеджмент отечественной медицинской науки в XXI веке: состояние и перспективы ..... 42

## СИСТЕМЫ И ТЕХНОЛОГИИ

**ТОСЕКБАЕВ К.Д.** Развитие проекта «Е-скорая» в Городской станции скорой медицинской помощи г. Астаны ..... 47

**ИСАТАЕВА Н.М., АБЫЛКАСЫМОВА Б.Р., САГИНДЫКОВА М.Ж.** Внедрение инновационных технологий в службу амбулаторной помощи Республики Казахстан ..... 52

**ЖАНГАЛОВ Б.Б., ШОРАНОВ М.Е., ЕРЖАНОВА Ж.С., КЕНЖЕБЕКОВ Т.К.** Опыт внедрения дифференцированной оплаты труда медицинских работников ..... 56

## ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, УПРАВЛЕНИЕ ФИНАНСАМИ

**ЕРМЕКБАЕВ К.К., БЕРДИЕВА А.К., ШОРАНОВ М.Е., БЕКЕНОВА Д.З.** Опыт внедрения методики планирования бюджета, ориентированного на результат: проект Министерства здравоохранения Республики Казахстан ..... 60

**ЕРМЕКБАЕВ К.К., АСЫЛБЕКОВА Г.О., ХЕ Н.С., АЙТУАРОВА Д.Е.** Клинико-затратные группы, как метод организации и оплаты стационарной помощи ..... 65

## ДОКУМЕНТЫ ДЛЯ РАБОТЫ МЕНЕДЖЕРА

Проект концепции кадровых ресурсов здравоохранения на 2012-2020 годы ..... 69

Методические указания по разработке «Бизнес-плана» для стационаров по проекту «Сегодня лучший - ты, завтра - все» ..... 76

## СОБЫТИЯ

Анонс ..... 88

**ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ** ..... 89



**М.К. Кульжанов**

*Генеральный директор Республиканского центра развития здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан*

## УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ!

**П**редставляя вам второй номер журнала «Менеджер здравоохранения Республики Казахстан», хотелось бы от имени коллектива редакции и редакционного совета выразить огромную благодарность своим первым читателям - тем, кто прочел первый номер, и тем, кто держит сейчас в руках второй. Нам очень важно ваше мнение о нашем журнале, о том, насколько интересны вам предлагаемые темы и направления, и насколько полно нам удастся их осветить. Мы постараемся учесть все ваши пожелания и надеемся приобрести еще больше друзей — читателей нашего журнала, для которых менеджмент здравоохранения в нашей стране — не пустой звук.

Опираясь на традиции и осмысливая качественно новые явления, необходимо, прежде всего, и дальше разрабатывать логику социально-управленческих преобразований, многогранность и альтернативность общественного прогресса. Необходимо, далее, воспринимать традиции казахстанского управления и обогащать их качественно новыми подходами, характерными для XXI века. Необходимо, наконец, полнее воспроизвести отличительные черты казахстанской школы менеджмента.

Мы надеемся, что «Менеджер здравоохранения Республики Казахстан» повысит уровень информированности казахстанских специалистов и позволит использовать возможности зарубежного опыта во благо нашей страны.

**С уважением,  
главный редактор**



**С.Р. Мусинов**

*Ответственный секретарь  
Министерства здравоохранения  
Республики Казахстан*

## КВАЛИФИЦИРОВАННЫЙ МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – НЕ МОДНАЯ ТЕНДЕНЦИЯ, А ТРЕБОВАНИЕ ВРЕМЕНИ

На сегодняшний день в сферу здравоохранения Республики Казахстан мощным потоком ворвался ветер перемен, вызванный общественно-политическими и социально-экономическими изменениями последних лет в стране.

До недавнего времени отсутствие знаний, умений и навыков в так называемых «современных» методах управления не рассматривалось в числе приоритетных задач сектора здравоохранения Республики Казахстан.

По большому счету жестко регулируемая система здравоохранения, которую страна унаследовала от Советского Союза, предполагала весьма ограниченные полномочия для менеджеров в отношении использования ресурсов и следовательно, не требовала владения широким спектром управленческих навыков.

Однако, в связи с принятием в ноябре 2010 года Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» 2011-2015 годы (далее - Программа) роль и место менеджера в системе здравоохранения Казахстана значительно меняется. Так в качестве одного из основных направлений Программы предусмотрено совершенствование системы организации, управления и финансирования медицинской помощи в Единой национальной системе здравоохранения». В рамках данного направления перед нами поставлена задача по совершенствованию системы управления и менеджмента в отрасли здравоохранения, включающая: внедрение международных стандартов и принципов стратегического планирования, управления и бюджетирования

в т.ч. внедрение института профессиональных менеджеров; разработка и внедрение ресурсосберегающих технологий управления; повышение эффективности деятельности организаций здравоохранения, в т.ч. повышение автономности и самостоятельности организаций здравоохранения, совершенствование системы управления персоналом в организациях здравоохранения и т.д.

С внедрением Единой национальной системы здравоохранения, в условиях работы медицинских организаций с повышенной самостоятельностью (ПХВ, АО), развитием конкуренции в сфере здравоохранения возникла необходимость в дополнительных знаниях и навыках в области развития управленческого потенциала, операционного и финансового менеджмента, стратегического планирования, управления качеством и т.д. В соответствии с международным определением менеджмент здравоохранения - это деятельность, направленная на совершенствование форм управления, повышение эффективности, как организации, так и всей системы здравоохранения и приближение её к международным стандартам.

Во многих странах клиниками обычно руководят профессиональные администраторы, не имеющие медицинского образования. Вместе с тем, новый этап развития отрасли выдвигает новые вызовы и требует пересмотра управленческих подходов в отечественном здравоохранении. Это стало особенно заметно в условиях Единой национальной системы здравоохранения, требующей от медицинских управленцев владение современными компетенциями в области больничного администрирования и менеджмента.

---

Менеджерами здравоохранения в Казахстане сегодня являются в основном специалисты с высшим медицинским образованием, обычно по клиническим специальностям, и прошедшие 10-месячный курс обучения менеджменту здравоохранения. Хотя у некоторых руководящих врачей есть второе высшее образование (экономическое и/или юридическое), уровень владения ими знаниями и навыков не отвечает современным требованиям к профессиональным менеджерам.

Поэтому укрепление потенциала менеджеров здравоохранения на всех уровнях является важным компонентом проводимых реформ в сфере здравоохранения Казахстана. Вместе с этим, необходимо совершенствовать механизмы подготовки управленцев для здравоохранения и повышение профессорско-преподавательского потенциала медицинских образовательных организаций по вопросам менеджмента и управления здравоохранением.

Следует отметить, Министерство здравоохранения выполнило огромную работу по созданию правовой основы для осуществления управления здравоохранением. Специальность «Менеджмент здравоохранения» была признана отдельной специальностью и утверждена законодательно. Создан центр менеджмента, обучены более 3 - х тыс. менеджеров здравоохранения. С внедрением Единой национальной системы здравоохранения, в рамках которой создан институт Единого покупателя медицинских услуг в лице комитета при Минздраве, где аккумулированы все средства на стационарное лечение. Таким образом, по всей стране начали действовать единые тарифы на медицинские услуги и внедрен принцип «деньги идут за пациентом». Мы отошли от затратного постатейного финансирования больниц и объявили свободную конкуренцию между стационарами за каждого больного. Придание руководителям больниц самостоятельности и отмена почасовой, «советской» модели оплаты

труда с переходом на оплату по конечному результату – это главное в повышении заработной платы медработников. Мы с вами понимаем, что мотивированный медперсонал является одной из составляющих резерва повышения качества медицинских услуг. По итогам 2011 года фонд заработной платы медицинских работников в целом вырос на 42%. В организациях с хорошим уровнем менеджмента осуществляются выплаты к действующему окладу врачам до 160 тыс. тенге, медицинским сестрам до 40 тыс. тенге в зависимости от вклада и профиля деятельности. С 2011 года на уровне первичной медико-санитарной помощи начато внедрение стимулирующего компонента к подушевому нормативу, что также зависит от достижения конечных результатов. Это – отсутствие на участке материнской, младенческой смертности от БСК, раннее выявление туберкулеза и онкологии. Это позволило выплачивать дополнительно к заработной плате врачам от 90 тыс. до 150 тыс. тенге, медицинским сестрам от 70 тыс. до 110 тыс. тенге в квартал.

Таким образом, мы создали смешанную модель здравоохранения, где деньги бюджета выделяются больницам по рыночным принципам, взятым из опыта лучших моделей системы медицинского страхования. В нашей модели единым страхователем для всех граждан является государство. Объемы бюджетных средств, выделенных государством, независимо от экономических процессов, наблюдаемых в мире, обязывают нас, руководителей всех уровней от Министра до первых руководителей медицинских организаций на местах к эффективному рачительному администрированию, к высокому уровню менеджмента, глубинному пониманию всех реформ.

Менеджеры здравоохранения в современных условиях играют важную роль в обеспечении эффективной, качественной и рациональной медицинской помощи.

---

**М.К. Кульжанов**

Генеральный директор Республиканского центра развития здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан

## КАЗАХСТАН НА МЕЖДУНАРОДНОЙ АРЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*Кульжанов Максут Каримович - доктор медицинских наук, профессор, Генеральный директор Республиканского центра развития здравоохранения МЗ РК. Вся его профессиональная деятельность связана с последовательным совершенствованием системы охраны здоровья, организации и управления здравоохранения Республики Казахстан. Научная деятельность Максута Каримовича посвящена научному обоснованию необходимости проведения глубоких преобразований в системе здравоохранения страны. Максут Каримович представляет Казахстан на различных форумах, проводимых ВОЗ и другими международными организациями такими как ЮНИСЕФ, Всемирный Банк, Азиатский Банк развития. Сегодня на страницах нашего журнала Максут Каримович поделился с читателями о глобальных проблемах международного здравоохранения, о его политике, дальнейшем развитии и о роли Казахстана на международной арене здравоохранения.*

**- Какие основные вехи развития Казахстана на международной арене вы бы определили как наиболее значимые?**

Во-первых, одним из важных событий для Казахстана на международной арене было вступление в члены Всемирной Организации Здравоохранения Организации Объединенных Наций, в другие специализированные агентства ООН, такие как ПРООН, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, ЮНДОК и др.

Во-вторых, это развитие двухсторонних отношений Казахстана с такими партнерами, как США, Япония, укрепление отношений с Россией, Турцией, со странами Европейского Союза. Также одним из важных событий на международной арене, я бы назвал вступление Казахстана в организацию Исламской Конференции, где секция здравоохранения сыграла определенную роль в поднятии имиджа и статуса Казахстана.

Хотелось бы еще отметить событие, определившее роль Казахстана в мировом здравоохранении. Это - организация в 1978 году Алматинской Конференции ВОЗ и ЮНИСЕФ по вопросам первичной медико-санитарной помощи. Событие было настолько значимым, что каждые пять лет ВОЗ проводит специальные конференции, каждые пять лет на Всемирной Ассамблее Здравоохранения

проводят специальную сессию и принимают резолюцию, посвященную этой знаменитой декларации, принятой на казахстанской земле.

**- Каковы главные приоритетные проблемы современного международного здравоохранения?**

- Если говорить о наиболее важных проблемах в мировом масштабе, то это конечно, вопросы борьбы с неинфекционными заболеваниями. Если 30-40 лет назад на международной арене было важно бороться с инфекционными заболеваниями, то сегодня это борьба с неинфекционными заболеваниями, такими как, заболевания сердечно-сосудистой системы, диабет, рак, травмы и отравления, которые формируют на сегодняшний день 80 процентов всех основных имеющихся болезней. Не случайно, в 2011 году Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций провела специальную сессию, посвященную проблемам распространения неинфекционных заболеваний.

Второй наиболее важной проблемой в международном масштабе являются региональные и национальные чрезвычайные ситуации, природные катастрофы и катастрофы антропогенного характера и конфликты,

которые приводят к значительным проблемам в сфере здоровья населения. События последних лет показывают, что природные и антропогенные катастрофы, региональные конфликты и конфликты местного значения всегда наносят значительный вред здоровью. В этой связи оказание экстренной неотложной медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях является очень важным. ВОЗ принял, и большинство стран ратифицировали Международные медико-санитарные правила, на основе которых оказывается медицинская помощь и координируется помощь других стран. Участвовавшие случаи природных катастроф за последние пять лет, такие, как сильные землетрясения, цунами (последствия японского цунами) показывают, что даже сверхдержавы сегодня по одиночке не способны справиться с проблемами в международном масштабе. Только объединение стран и консолидация усилий может решить проблемы современного международного здравоохранения.

Третьей наиболее важной проблемой на международной арене является решение проблем лекарственного обеспечения в глобальном масштабе. Сегодня доступность лекарственных средств для многих стран является насущной проблемой. Усилия ВОЗ, ЮНИСЕФ, а также и других организаций, таких как Глобальный фонд для обеспечения населения медикаментами дженериками очень важны.

**- Роль Казахстана в формировании политики здравоохранения в мире?**

- Казахстан активно участвует в масштабе ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА и других организаций ООН в обсуждении и в принятии той политики, которая определяет современное мировое здравоохранение. В чем это выражается? В Европейском регионе обсуждается и формируется новая политика «Здоровье 2020». Казахстанская делегация активно участвует от начала этого процесса, т.е. от процесса формулирования вопросов, который необходимо поставить перед странами участниками и обсуждения тех решений, которые могли быть положены в основу этой политики. Казахстан активно принимает участие в таких организациях, как Организация Исламского Сотрудничества, Глобальный фонд по борьбе ВИЧ/СПИД, где роль Казахстана очень ярко выражена. Также можно отметить активное участие Казахстана в региональных организациях.

Казахстан – неотъемлемый участник информационной политики. Представители Казахстана является членами редакционных коллегий известнейших международных журналов, активно работает имиджевая политика. Ежегодно на Ассамблее ВОЗ Казахстан выступает с конкретными предложениями и участвует в выборных органах. В 2011 году Казахстан был основным докладчиком в комитете А во Всемирной

Ассамблее.

**- Расскажите о разработке политики ВОЗ «Здоровье 2020» для Европейского региона? Каков вклад внес Казахстан в создание документа, в его обсуждении на различных этапах и уровнях?**

- Как я говорил ранее, Европейское Региональное Бюро ВОЗ на сегодняшний день очень активно проводит выработку новой политики ЕРБ ВОЗ до 2020 года. Основной чертой этого документа является то, что здоровье – это межсекторальная проблема. Включение в эту политику основных стейк холдеров (участников проекта) не только системы здравоохранения, но и других систем является очень важным. Казахстан также внес свои предложения в этот документ, участвовал на всех этапах и уровнях. На последнем совещании высокого уровня, которое прошло две недели назад в Брюсселе, вице-министр здравоохранения РК Э.Байжунусов принял участие в совещании и представил видение Казахстана этого документа. Здесь же было отмечено руководством ВОЗ, что Казахстан одна из немногих стран, где принципы «Здоровья 2020» уже начинают реализовываться. Государственная программа «Саламатты Казахстан» является ярким примером этого подхода.

**- Одна из важнейших проблем Глобального уровня – это проблемы борьбы с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией. Казахстан был в последние годы членом Правления от региона Восточной Европы, Кавказа, Центральной Азии. Расскажите о роли Глобального фонда в данном Регионе?**

- Глобальный фонд по борьбе с ВИЧ/СПИД был создан 10 лет назад. В целях консолидации усилий стран доноров, которые выделяют значительные средства для борьбы с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией был сформирован управляющий орган Глобального фонда. В составе правления 20 человек, из них 10 представителей от стран доноров и 10 представителей от стран реципиентов. 10 представителей от стран доноров включает группу таких стран, как США, Япония, Франция, а также Северные страны. В то же время сюда включен и частный сектор, представленный Фондом Била Гейтса, Англо-Американ Корпорейшн, Шеврон и другие крупные корпорации. 10 представителей стран реципиентов включают группу стран Африки – 2 места, страны Латинской Южной Америки – 1 место, страны Юго-Восточной Азии – 1 место, страны Тихоокеанского региона и Восточной Азии – 1 место, страны Европы, Кавказа, Центральной Азии – 1 место. Казахстан последние несколько лет был представителем от большого региона, включающего в себя 24 страны. Глобальный фонд здесь играет очень важную роль. Министр здравоохранения Казахстана на встрече с представителями ВОЗ отметила,

что Глобальный фонд играет ключевую роль в борьбе с туберкулезом в Казахстане. Фонд выделяет миллионы долларов на закуп медикаментов, эффективно организует и проводит программы профилактики, а также работы с группами риска и уязвимыми слоями населения. Мы считаем, что роль Глобального фонда должна быть усилена. Несмотря на то, что наш регион является наиболее благополучным, по правилам Фонда, страны со средним уровнем доходов и выше среднего, к которым относится большинство стран нашего региона, имеют меньшие шансы получать гранты от Глобального фонда. Активная работа делегации в правлении Глобального фонда позволила большинству стран нашего региона получить доступ к грантовой помощи Фонда. Следует отметить, что страны Восточной Европы и Кавказ являются единственным регионом, где уровень заболеваемости ВИЧ/СПИД и туберкулезом растет, тогда как во всем мире этот показатель снижается.

**- Что Вы можете рассказать о роли Казахстана на Азиатском регионе?**

- Азиатский регион является очень важным не только в масштабе общеполитическом, но и в масштабе здравоохранения. Казахстан ведет активную политику и сотрудничает с такими странами как Япония, Китай, Сингапур, Малайзия, Австралия. Наши студенты получают образование в данных странах. Модель Сингапура по оказанию медицинской помощи и модель солидарной ответственности изучается в Казахстане. В Организации Исламского Сотрудничества Казахстан является Председателем секции здравоохранения. В период с 2011 по 2012 годы Казахстан провел ряд мероприятий, в рамках этой крупной организации, в которую входят 58 стран мира от Азии до Америки. Наиболее важное из них - Совещание министров здравоохранения ОИС, проведенное в г.Астане, где было принято 6 резолюций по различным аспектам развития здравоохранения. На последнем заседании представителей этой организации в г.Джидде, (Саудовская Аравия) было принято решение разработки стратегии этой организации до 2020 года, где Казахстан вкладывает свою интеллектуальную и техническую лепту.

**- В 2013 году предстоит отметить 35 летие Алма-Атинской декларации по развитию Первичной медико-санитарной помощи в мире. Об этом много говорят и пишут. Можно ли рассказать, где Казахстан сегодня в развитии ПМСП?**

- 35 лет назад 1978 году в городе Алматы прошла известная конференция по развитию первичной медико-санитарной помощи. Было принята Алма-Атинская Декларация, где принципы ПМСП были изложены таким образом, что они актуальны и до сих пор. Были приняты фундаментальные основы ПМСП, и для большинства стран мира этот документ является основой системы

оказания медицинской помощи. Первичная медико-санитарная помощь зависит от ряда факторов, часть которых лежит вне сектора здравоохранения. Это безопасное водоснабжение, сбалансированное и полноценное питание и ведение здорового образа жизни. Из 6–7 принципов Алматинской Декларации процентов 40 лежат вне сферы здравоохранения. Что показывает важность межсекторального сотрудничества в организации медицинской помощи, важность взаимодействия различных ведомств. Что значит чистая вода? Чистая вода значит – отсутствие болезней. Что значит здоровое питание? Здоровое питание значит – это здоровые матери и дети. Что значит вести здоровый образ жизни? Это - предотвращение множества заболеваний и продление активной здоровой жизни. Это усилия государства в организации для населения активного образа жизни, создание спортивных площадок, велодорожек. Это способствование тому, чтобы детские сады и школы стали местами здоровья и активного образа жизни, создания здоровых рабочих мест, борьба с гиподинамией.

Также в декларации было отмечено, что здравоохранение может не все и нужно выделять самое главное, приоритетное. Впервые было введено понятие необходимого лекарственного обеспечения, т.е. минимальный список необходимых медикаментов для оказания медицинской помощи. Сформулировано мнение о том, что необходимо заострять внимание на основных группах, часто встречающихся заболеваний, так как, устраняя их, можно добиться медицинского и социального эффекта на популяционном уровне. К таким заболеваниям относятся гипертоническая болезнь, инфаркт миокарда, диабет и онкологические заболевания, травматизм и др.

В настоящее время для развития системы ПМСП уделяется большое внимание, и разрабатывается система мотиваций. Уделяется внимание социальным работникам, т.к. они могут добиться много в профилактике заболеваемости, работая активно с населением. Выделяются огромные средства на обучение сотрудников ПМСП, а также на обеспечение их необходимой аппаратурой и оборудованием.

**- Какие дальнейшие шаги Казахстана на международной арене в развитии глобального здравоохранения? Что используется страной в проведении системных реформ в здравоохранении и улучшения здоровья населения?**

- Все шаги и программы, что были отмечены выше, будут и дальше продолжаться. Работа с международными организациями, такими как ВОЗ, ЮНИСЕФ, Глобальный Фонд по борьбе с ВИЧ/СПИД и туберкулезом, ЮСАИД, DFID, JICA, SIDA, а так же с частными и общественными фондами. Казахстан будет

и дальше изучать опыт передовых стран (Канада, Северная Европа, Корея), где организован максимальный охват населения медицинской помощью. А также опыт стран, оптимально использующих выделяемые ресурсы, такие как Сингапур, Канада. Благодаря этим действиям, поставлены цели добиться улучшения показателей здоровья, сокращения смертности, повышения доступности медицинских средств.

В качестве примера можно привести разработку и внедрение системы клинико-затратных групп. Был изучен опыт

Австралии, Германии, Швейцарии и Литвы. И казахстанская модель с учетом мировых достижений успешно внедряется на территории Казахстана. Важным моментом реформы является информатизация. Здесь Казахстан идет собственным путем, используя опыт других стран. В настоящее время группа специалистов из компании IBM изучает внедрение информатизации в нашем государстве. Все больше и больше технологий внедряются в нашу систему здравоохранения по улучшению оперативного вмешательства и трансплантации.

---

**М.К. Телеуов***Директор Департамента науки и человеческих ресурсов МЗ РК***К.А. Ергалиев***Начальник Управления развития менеджмента в здравоохранении ДНЧР МЗ РК***К.У. Ниткалиев***Руководитель Центра менеджмента здравоохранения РЦРЗ МК РК***А.Ж. Азербайева***Начальник Отдела исследований в области менеджмента ЦМЗ РЦРЗ МЗ РК*

## ВВЕДЕНИЕ ДОЛЖНОСТИ МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: АКТУАЛЬНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Успешному осуществлению реформ в здравоохранении может способствовать внедрение принципов менеджмента и маркетинга, экономических и социально-психологических методов в управлении учреждениями здравоохранения. Во всем этом важнейшую роль играет роль и место менеджера, а также определение его качества. Каким должен быть менеджер здравоохранения, какими знаниями и компетенциями он должен обладать, какие функции на себя он должен взять, для успешной реализации всех возложенных на него задач?

Важным является замена роли организатора, которая была типичной в условиях централизованного управления, на роль менеджера, управленца. Однако, радикальная замена существующих управленческих кадров, на представителей, несущих радикально новые управленческие идеи, имеющие лишь теоретический характер, может привести к осложнениям, присущим системам, возникающим в результате революционного развития, что несет в себе и некоторые обострения. Намного рациональнее выглядит решение теоретического усовершенствования управленцев старой формации по вопросам классического менеджмента, маркетинга медицинских услуг, управления финансами в современных условиях Единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ), так как эти кадры уже имеют богатый управленческий опыт, наработанный собственными силами. Наряду с этим, необходимо одновременное насыщение системы здравоохранения новыми кадрами, получившими знания нового качества,

которые для отшлифовки управленческих компетенций получают возможность применить свои знания там, где возникает потребность в специалистах, деятельность которых рождена потребностями работы медицинских организаций в качественно новых условиях ЕНСЗ и рынке медицинских услуг.

На сегодняшний день, время диктует медицинским учреждениям скорейшее преобразование в организованные эффективные медицинские организации, которым характерно стратегическое планирование развития, внедрение инноваций и усовершенствование качества медицинских услуг. Однако, учитывая темпы совершенствования нормативно-правовой базы, регламентирующей вопросы финансового менеджмента и маркетинга, вопросов качества и внедрения медицинских инноваций, большинству управленцев казахстанских медицинских организаций необходимы специалисты, систематически выполняющие в рамках своих функциональных обязанностей, деятельность по развитию этих направлений. Естественно, специалисты, которые будут служить в развитии этих сфер своей организации в целом должны гармонизировать свою деятельность с общей стратегией организации, поэтому они должны быть непосредственно подотчетны менеджеру, определяющим стратегическое развитие организации. На данную роль оптимально вписываются специалисты нового поколения, которых готовят по программе бакалавриата «Общественное здравоохранение» и которые, возможно, получив практическое применение своим знаниям, а также при условии их дальнейшего

совершенствования смогут сформировать кадровый резерв для следующей ступени управленцев.

С этой целью, специалистами Департамента науки и человеческих ресурсов (ДНЧР) были разработаны и спроектированы дополнения в квалификационные характеристики должностей с высшим медицинским образованием, представленные ниже:

**«Менеджер здравоохранения (по качеству медицинских услуг, по стратегии и маркетингу медицинских услуг, по управлению медицинским персоналом, по организации и методологии оказания медицинских услуг)».**

#### **Должностные обязанности.**

Осуществляет организационную и координационную деятельность в рамках определенного направления (участка):

- **по качеству медицинских услуг:** осуществляет подготовку проектов распорядительных и нормативных документов медицинской организации (включая документы системы менеджмента качества – правила и процедуры), взаимодействие с органами по сертификации и консалтинговыми фирмами по вопросам, связанным с системой менеджмента качества. Разрабатывает формы первичной медицинской и немедицинской документации, необходимой для совершенствования процессов оказания медицинских услуг. Проводит анкетирование пациентов на предмет удовлетворенности, управление жалобами пациентов (сбор жалоб и предложений, обработка, разбор и принятие решений согласно регламенту, информирование обратившихся пациентов). Внедрение и управление системой регистрации инцидентов (регистрация потенциальных ошибок, случившихся ошибок, и др. инцидентов, анализ). Сбор и систематизация информации о деятельности в виде индикаторов в клинической и управленческой областях, агрегация и анализ информации (индикаторов и отчетов об инцидентах), предоставление высшему руководству отчетов и проектов управленческих решений о процессах и результативности системы менеджмента качества. Консультационная и методологическая работа с персоналом по процессам системы менеджмента качества. Составление плана и программы внутренних проверок подразделений, проведение внутренних аудитов подразделений медицинской организации в качестве внутреннего аудитора, доведение результатов аудита до заинтересованных сторон (отчеты по проведенным аудитам). Подготовка организации к национальной и/или международной аккредитации.

- **по стратегии и маркетингу медицинских услуг:** осуществляет анализ внешней и внутренней среды деятельности медицинской организации, определение стратегии

развития. Осуществляет анализ ресурсов медицинской организации. Анализирует и систематизирует технико-экономические и социально-экономические показатели работы медицинской организации, проводит сопоставительный анализ ее конкурентоспособности. Выбирает стратегию и определяет приоритеты развития медицинской организации, определяет методы достижения целей, обосновывает выбор целей; определяет инструменты достижения целей, участвует в организации стратегического планирования в организации в целом и, в том числе, в обособленных структурных подразделениях. Участвует в разработке инновационной и инвестиционной деятельности медицинской организации, рекламной стратегии, связанной с дальнейшим ее развитием. Осуществляет анализ спроса на производимые медицинские услуги, прогноз и мотивацию спроса на предоставляемые медицинские услуги посредством изучения и оценки потребностей.

- **по управлению медицинским персоналом:** осуществляет поиск медицинского персонала — как собственными силами, так и (при наличии выделенного соответствующего бюджета) во взаимодействии с государственными и частными структурами по подбору персонала. Проводит предварительную работу с претендентами на вакантные медицинские должности (анкетирование, первичные собеседования и т. д.). Проводит адаптационные мероприятия в отношении новых сотрудников: знакомство с Правилами внутреннего трудового распорядка, неформальными правилами медицинской организации и т.д. Организует подготовку и проведение ежегодной профессиональной аттестации сотрудников структурных подразделений. Совместно с руководителями подразделений выявляет перспективные кадры, проводит работу по формированию и подготовке кадрового резерва. На постоянной основе ведет мониторинг социально-психологической атмосферы в коллективе, проводит анализ деловых, функциональных, морально-психологических качеств сотрудников. Осуществляет анализ мотивации медицинского персонала, его удовлетворенности условиями и качеством работы, его лояльности и управляемости. Ежеквартально готовит и предоставляет руководству медицинской организации аналитический отчет по социальным и кадровым вопросам. При выявлении проблем, требующих неотложного вмешательства, оперативно информирует руководство, готовит возможные варианты решений. Изучает движение кадров, выявляет причины текучести кадров, разрабатывает совместно с руководителями подразделений мероприятия по их устранению. Участвует в организации программ стажировки, обучения, повышения квалификации медицинского персонала.

Участвует в разработке организационной структуры подразделений – составление штатных расписаний, должностных инструкций для медицинского персонала.

- **по организации и методологии оказания медицинских услуг:** анализирует и решает организационно-технические проблемы в целях стимулирования производственной деятельности, увеличения прибыли, улучшения качества и конкурентоспособности предоставляемых медицинских услуг организацией, экономного и эффективного использования материальных, финансовых и трудовых ресурсов. Организует работу коллектива подразделения по оказанию своевременной и качественной медицинской помощи, обеспечивает взаимодействие с другими подразделениями организации. Осуществляет анализ деятельности подразделения и принимает на его основе меры по улучшению деятельности подразделения. Обеспечивает своевременное составление и предоставление в установленном порядке достоверной информации о результатах деятельности организации, выполнении планов капитального ремонта основных средств, а также данных по организации труда и заработной плате, о внедрении новой технологий и по другим вопросам. Производит совместно с руководством других структурных подразделений организации на основании статистической информации анализ производственной/медицинской деятельности организации. Систематически контролирует и проверяет в структурных подразделениях организации выполнение установленного порядка ведения первичного учета, достоверность получаемых отчетных данных. Разрабатывает мероприятия по сокращению, упрощению, совершенствованию и отмене не утвержденных в установленном порядке форм оперативно-статистического учета и отчетности, ускорению и удешевлению стоимости ее разработки. Организует контроль за правильным применением структурных подразделений организации инструкций и методологических указаний. Контролирует соблюдение в вычислительном (информационно-вычислительном) центре организации методологии учета, установленных сроков разработки и предоставлении оперативной и статистической отчетности о деятельности подразделения. Обеспечивает проведение инструктивных совещаний, технической и методологической учебы с работниками

организации, участвует в проведении занятий

#### **Должен знать:**

Конституцию Республики Казахстан, кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», законы Республики Казахстан «О борьбе с коррупцией», «О языках в Республике Казахстан», нормативные правовые акты в области здравоохранения, теоретические основы, принципы и методы социальной гигиены, системы управления в здравоохранении, критерии и показатели здравоохранения, этико-деонтологические вопросы сферы здравоохранения, основы стратегического развития и политики в сфере здравоохранения, корпоративного управления, маркетинга медицинских услуг, основы управления процессами оказания медицинских услуг, основы управления персоналом и самоуправления, основы экономики здравоохранения и финансового управления, информатизации и статистики в здравоохранении, законодательство о труде, правила и нормы охраны труда, техники безопасности, производственной санитарии и противопожарной безопасности.

#### **Требования к квалификации.**

Высшее медицинское образование (бакалавр) по специальности «Общественное здравоохранение» (или высшее медицинское образование по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия», «Общая медицина», «Медико-профилактическое дело» и переподготовка по специальности «Менеджмент здравоохранения»).

Таким образом, все большую актуальность и приоритетность приобретает вопрос растущей потребности практического менеджмента системы здравоохранения в молодых кадрах, компетентные характеристики которых направлены на динамичное развитие и совершенствование по специальности менеджмент в здравоохранении. Важной, на данном этапе, является работа по совершенствованию подготовки кадров в данном направлении с учетом потребностей практического менеджмента для работы в медицинской организации. Нынешние менеджеры здравоохранения на начальной ступени своего развития, будучи на уровне специалистов организаторов менеджмента организации здравоохранения, по своим компетенциям должны быть достаточно подготовлены для того, чтобы осуществлять организационную деятельность на рынке медицинских услуг.

**А.Ж. Азербайева**

*Начальник отдела исследований в области менеджмента ЦМЗ РЦРЗ МЗ РК*

**А.А. Султанова**

*Специалист отдела исследований в области менеджмента ЦМЗ РЦРЗ МЗ РК*

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОТБОРА ПЕРСОНАЛА В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН: НАСТОЯЩЕЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ

**В** последние два десятилетия во многих странах мира отмечается высокая актуализация вопросов компетентности и квалифицированности управленческого и медицинского персонала, которые по своей значимости не редко и превалируют над такими вопросами как усовершенствование технического обеспечения и привлечение инвестиций для усовершенствования процесса оказания медицинских услуг. Этим объясняется рост интереса к кадровому менеджменту в сфере здравоохранения во всем мире.

Процесс отбора управленческого персонала — это один из проблемных и в то же время один из ключевых процессов в жизни любой организации. Важная задача менеджеров по персоналу медицинских организаций и руководителей в сфере здравоохранения заключается в оптимизации этого процесса. Необходимо сделать его максимально эффективным, объективным и низкочастотным, но в то же время весьма существенным вопросом для сферы здравоохранения является качество. Возможность оптимизировать отбор управленческого и медицинского персонала заключается в информатизации. Отбор персонала оказывает решающее влияние на результативность всех последующих технологий кадрового менеджмента.

Разработка и внедрение технологий отбора управленческого и медицинского персонала будут способствовать созданию в медицинских организациях эффективной системы кадрового менеджмента, что, несомненно, приведет к повышению эффективности их деятельности, увеличению конкурентоспособности, улучшению социального самочувствия медицинского персонала.

### **Международный опыт:**

Специфика реализации технологий отбора и их особенности ярко представлены в двух базовых моделях менеджмента - американской

и японской, показавших свою эффективность в разных макроэкономических условиях [1,2,3].

Американские компании главной целью определяют максимализацию прибыли. Основные черты американского менеджмента: индивидуальный характер принятия управленческих решений, индивидуальная форма ответственности за результаты, четко формализованная структура управления и контроля, узкая специализация, острейшая конкуренция внутри подразделений компании, краткосрочный найм, серьезное отношение персонала к работе. Все эти факторы нашли отражение в различных технологиях кадрового менеджмента, в том числе и в технологиях отбора.

Наиболее часто используемыми методами отбора являются анкетирование и тестирование. В американских компаниях профессиональная мобильность персонала рассматривается как положительное явление, что находит свое отражение в критериях отбора персонала. Так, например, большинство американских компаний отдадут предпочтение специалисту со стажем работы 15 лет, который проработал эти годы в нескольких компаниях, чем специалисту, который имеет аналогичный стаж работы, но в одной компании.

Технологии отбора руководителей высшего звена контролирует руководство американских компаний. Часто при отборе топовых позиций компании прибегают к услугам рекрутинговых и консультационных агентств, которые осуществляют всю технологию отбора на вакантные должности и выступают гарантами.

Примечательно, что в большинстве американских компаний, в отличие от европейских или российских компаний, окончательное решение в пользу того или иного кандидата непосредственный руководитель будущего сотрудника не принимает.

Также интересным является анализ технологий отбора персонала в японской

модели. Несмотря на то, что на становление японского менеджмента большое влияние оказали концепции американских теоретиков и практиков управления, Япония не стала просто копировать зарубежный опыт, а создала собственную модель управления, опирающуюся на национальные особенности и традиции.

Цель функционирования японских компаний заключается в процветании и долгосрочной перспективе, а основные стратегические средства реализации данной цели – верность и единство сотрудников. Очевидно, что позиции кадрового менеджмента в японских компаниях также сильны, как управление производством, сбытом и финансами. Японские компании – это не только хозяйственные единицы, но и в значительной мере социальные организации. Почти в каждой японской компании есть собственная философия, в которой основной акцент делается на пропаганду прямой связи между процветанием фирмы, процветанием каждого ее сотрудника и японской нации в целом.

Японские компании отличаются медленной оценкой и продвижением персонала, а также отсутствием жесткости в его специализации. Любого сотрудника в японских компаниях оценивают не по индивидуальной выработке, а по вкладу в работу коллектива и в совокупную производительность компании.

Большое влияние на всю систему кадрового менеджмента, в том числе на технологию отбора, в японских компаниях (в основном в крупных) оказывает система «пожизненного найма». Каждый работник, принимаемый на работу после окончания учебы, трудится в данной фирме вплоть до выхода на пенсию. Поэтому и сами компании и кандидаты на трудоустройство в них серьезно относятся к своему выбору. Выпускники университетов должны иметь необходимую квалификацию. Основными личностными требованиями к кандидату являются аккуратность, добросовестность и доброжелательность.

Система пожизненного найма, заложенная в основу отбора персонала в Японии, обладает рядом существенных преимуществ:

- Во-первых, составной частью формирования персонала является так называемая служебная ротация всех категорий наемных работников, которая заключается в том, что сотрудник в начале своей трудовой деятельности осваивает все возможные виды работ на предприятии, а только позднее закрепляется на одном месте. Все это придает японским компаниям большую гибкость, так как позволяет переводить сотрудников с одного вида работ на другие, а также быстро и гибко диверсифицировать производство.
- Во-вторых, японские компании берут на себя значительную часть затрат на социальные нужды персонала - жилищное строительство, медицинское обслуживание и организацию досуга, что усиливает привязанность

работников, способствует их эмоциональной и духовной интеграции, что не может не отражаться на результатах деятельности компании.

Вместе с тем, данная система несвободна от недостатков, которые стали проявляться еще в 80-е годы XX века:

- Во-первых, система затрудняет своевременное освобождение от неэффективного персонала, привлечение способных работников «со стороны», сдерживает межфирменный обмен опытом и передовой информацией.
- Во-вторых, большой удельный вес выплат за стаж искажает связь вознаграждения с реальным трудовым вкладом, что не может не сказаться на мотивации более молодых сотрудников.
- В-третьих, жесткая схема развития карьеры на японских предприятиях создает почву для конфликтов между сотрудниками старшего возраста и молодыми сотрудниками с высоким уровнем образования.
- В целом, в передовых компаниях разных стран мира прослеживаются следующие тенденции в отборе персонала:
  - широкое применение современных кадровых технологий отбора персонала с ориентацией на научные принципы и критерии отбора;
  - использование при отборе различных методов, в том числе и высокоточных компьютерных диагностических комплексов на базе экспертных систем;
  - разработка и реализация технологий отбора профессионалами;
  - тесная связь технологий отбора с другими кадроведческими технологиями.[4]

#### **Ситуация в казахстанских медицинских организациях:**

В связи с реформами в сфере здравоохранения нашей страны в практике управления лучших медицинских организаций, все шире применяются конкурсные начала – процедуры привлечения персонала на работу в организацию, основанные на принципах конкуренции между кандидатами[5]. Вместе с тем, проблемы кадровой политики и управления персоналом основной массы медицинских организаций в Казахстане показывают, что деятельность большинства из них носит ограниченный характер.

В реализации отбора как технологии кадрового менеджмента в казахстанских медицинских организациях, серьезными представляются существующие на сегодняшний день в этой области проблемы:

- расхождение декларируемых принципов, критериев и методов отбора с реально существующими;
- недостаточный опыт и профессиональная квалификация сотрудников службы кадров, занимающихся отбором персонала;
- отбор персонала большинством

организаций воспринимается как разовая, второстепенная в деятельности кадровой службы медицинской организации процедура. На самом деле это серьезная технология, требующая высокого профессионализма кадровиков и больших материальных затрат.

- характерной чертой для большинства предприятий является неопределенность с критериями и принципами отбора. Чаще всего критериями отбора кадров по оценке кадровиков в организации являются: опыт прошлой работы, связи, образование, личные качества.

Опросы, проведенные нами в двадцати медицинских организациях, показывают, что в основном в них распространен принцип назначения на руководящие должности (команда руководителя) людей под «собственную безопасность». Часто эти люди не имеют достаточного профессионализма для исполнения должности, что, несомненно, приносит непоправимый вред медицинской организации, да и сфере здравоохранения в целом. Использование принципа отбора «под себя» зачастую отрицается большинством руководителей медицинских организаций или аргументируется необходимым доверием, степенью персональной ответственности руководителя за результат. Вследствие этого структура управления медицинской организации оказывается привязанной к конкретным людям, она не отражает выполняемых ради реализации стратегии функций, а отражает характер руководителя, его отношение к работе и к людям.

Сегодня в условиях Единой национальной системы здравоохранения необходимо обеспечить медицинскую организацию высококвалифицированными сотрудниками и создать надежный заслон в приеме на работу непрофессиональных руководителей и медицинских работников. Механизм отбора медицинского и управленческого персонала в организацию здравоохранения должен исключать келейность, местничество, протекционизм. Процедура отбора кадров должна быть максимально открыта и прозрачна. Требования, предъявляемые к кандидату, следует обуславливать в первую очередь функциональными обязанностями.

Для конкурентоспособного положения казахстанских медицинских организаций на мировом рынке одного осознания необходимости серьезной работы с управленческим и медицинским персоналом уже недостаточно, нужны профессиональные специалисты, научно-обоснованные кадроведческие технологии и конкретные рекомендации по их реализации. Практика показывает, что руководство медицинских организаций еще не готово в полной мере делегировать полномочия по решению стратегических кадровых вопросов, например, по отбору, отделам кадров.

Такое положение дел, на наш взгляд, обусловлено традициями командно-административного прошлого, непрофессионализмом руководителей медицинских организаций в области кадрового менеджмента и фактической недооценкой роли человеческого фактора в функционировании и развитии организации. Такой дисбаланс стимулирует реализацию практики, способствующей организационной стагнации, неформальных отношений, влияющих на сопротивление переменам. Все это требует серьезной работы по оптимизации технологий отбора в системе кадрового менеджмента медицинских организаций.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дойч И. Американский менеджмент на пороге 21 века; пер. с англ. - М.: Наука, 1996.
2. Журавлев П. В. Управление человеческими ресурсами: опыт индустриально развитых стран // Учеб. пособие - М.: Издательство Экзамен, 2002.
3. Татарников А. А. «Управление кадрами в корпорациях США, Японии, Германии» - М.: ИНЭ, 1999
4. Демина Н. В. Отбор персонала как технология кадрового менеджмента в современных организациях // Автореф. к дисс. на соискание к.с.н. - Пятигорск, 2011.
5. EPOS Health management, Kazakhstan Health Sector Technology Transfer and Institutional Reform Project // отчет A2, A4, A5, C7, 2011.

**Б.Т. Токежанов**

Директор Департамента стратегического развития МЗ РК

**Н.А. Кадырова**

Административный координатор Группы поддержки по реализации проекта Всемирного Банка

## ОБЗОР АНАЛИЗА ПОЛИТИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КАЗАХСТАНЕ

В соответствии с задачами, поставленными перед Министерством здравоохранения Республики Казахстан в Послании Президента Республики Казахстан Н. Назарбаевым народу Казахстана «Социальная модернизация – главный вектор развития Казахстана» от 27 января 2012 года по разработке предложений для развития системы здравоохранения с учётом внедрения механизмов солидарной ответственности граждан за своё здоровье, рабочей группе предложено внести предложения по разработке механизмов введения солидарной ответственности, принимая во внимание несколько сценариев развития:

- Сохранение бюджетной модели финансирования
- Введение медицинского страхования
- Введение медицинских накопительных счетов

В ходе подготовки проекта «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан» (далее – Проект) вопрос будущей модели неоднократно обсуждался, учитывая конституционные права

граждан, вопросы на администрирование системы сбора взносов на обязательное медицинское страхование, в связи с чем было предложено развитие модели здравоохранения на основе совершенствования Гарантированного объема бесплатных медицинских услуг (далее – ГОБМП) и развития Добровольного медицинского страхования (далее – ДМС).

В 2010-2011 годах компаний Oxford Policy Management (далее - OPM) проведена работа по анализу расходов на здравоохранение, совместно с Центром экономических исследований (далее – ЦЭИ), созданном в 2011 году в составе Республиканского центра развития здравоохранения (далее – РЦРЗ МЗ РК) подготовлен Отчет по Национальным счетам здравоохранения (далее – НСЗ).

В данной аналитической записке использованы материалы, разработанные в ходе реализации Проекта.

### Расходы на здравоохранение

По данным НСЗ за 2010 год общие расходы на здравоохранение (далее – ОРЗ) составили 882,2 млрд. тенге (Табл.1).

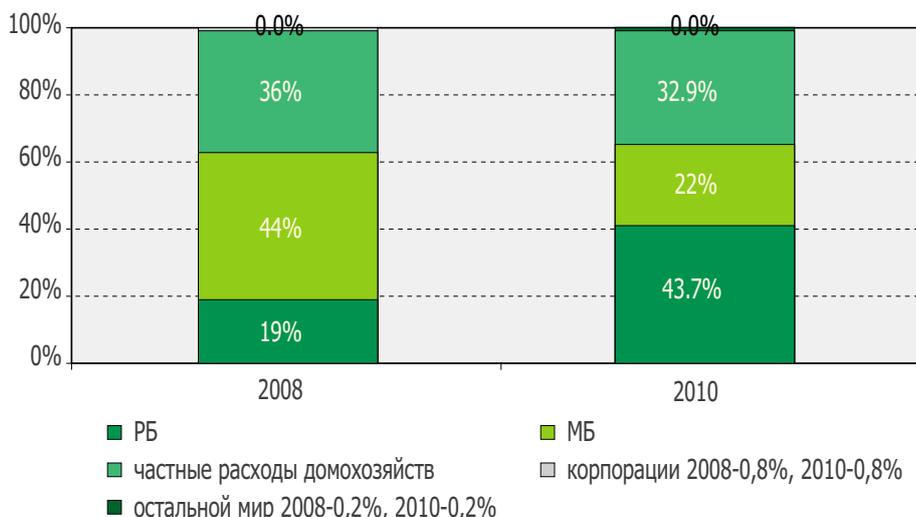
**Таблица 1 - Общие расходы здравоохранения  
в разрезе источников финансирования, 2010 г.**

Код	Финансирующие организации	Млн. тенге	% от ОРЗ	% от гос. сектора
FS.1	Государственные средства	588 522,59	66,7%	100,0%
FS.1.1.1	Государственные средства	383 700,76		65,2%
FS.1.1.2	Республиканский бюджет	196 272,23		33,3%
FS.1.2	Республиканский бюджет	8 549,60		1,5%
FS.2	Прочие государственные средства	290 444,89	32,9%	
FS.2	Частные средства	3 240,42	0,4%	
	Всего	882 207,91	100%	

Источник: Отчет НСЗ за 2010 год

Доля государственных расходов в структуре ОРЗ в сравнении с 2008г. увеличилась на 3,7% (2008г.- 63%, 2010г. – 66,7%) и составили в 2010 году 588, 5 млрд. тенге. (Рис. 1). Доля

частных расходов на здравоохранение за этот же период сократилась на 3,1% (2008г.- 36%, 2010г. -32,9%) и составила 290,4 млрд. тенге (Табл.1).

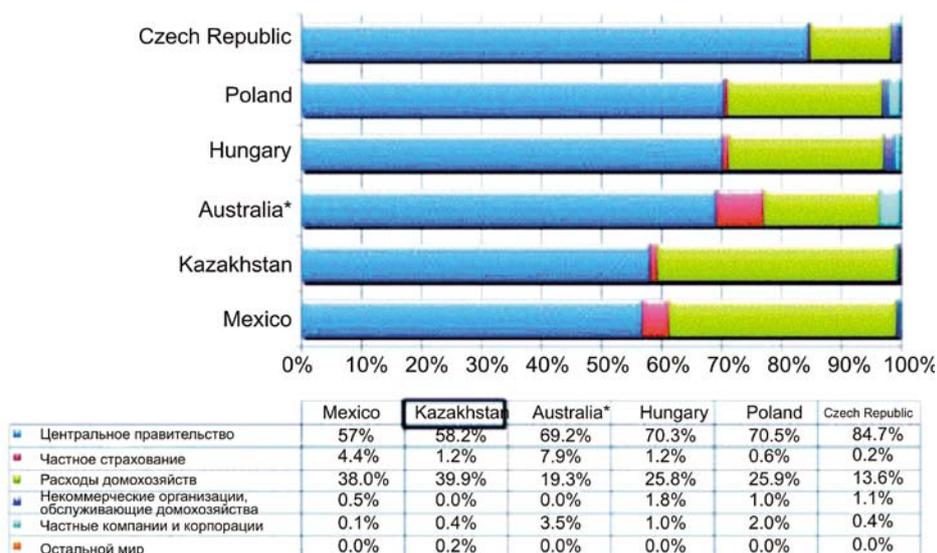


**Рисунок 1 - Изменение структуры общих расходов на здравоохранение в 2010 году в сравнении с 2008 годом в разрезе источников финансирования, %**

Источник: Обзоры НСЗ 2008 и НСЗ 2010

В связи с введением в 2010 году Единой национальной системы здравоохранения изменилась структура государственных расходов на здравоохранение с перераспределением средств респуб-

ликанского и местных бюджетов. Доля республиканского бюджета в структуре ОРЗ увеличилась в 2,3 раза, доля местных бюджетов сократилась в 2 раза.

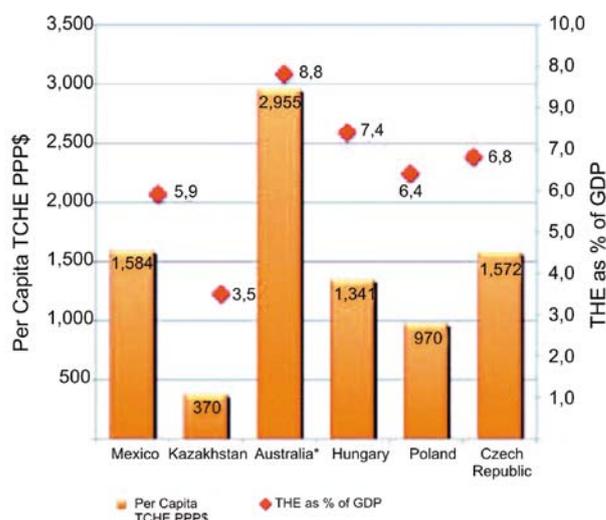


**Рисунок 2 - Сравнение структуры ОРЗ в Казахстане с некоторыми странами**

Источник: Отчет ОРМ, 2010

В сравнении с другими странами государственные расходы сопоставимы с уровнем расходов в Мексике, также как и частные расходы домохозяйств (Рис. 2). Следует отметить, что все приведенные страны регулируют риски через систему их предоплаты путем страхования. В Казахстане

рынок страховых услуг составляет 1,2% в общих расходах на здравоохранение (Рис. 3). Отмечается увеличение доли услуг, предоставляемых частными поставщиками, на 13,4% (2008 – 20,5%, 2010- 33,9%) в структуре общих текущих расходов на здравоохранение (далее – ОРЗ), (Рис. 4).



Источник: Отчет ОРМ, 2010

**Рисунок 3 - Текущие расходы на здравоохранение на 1 жителя**

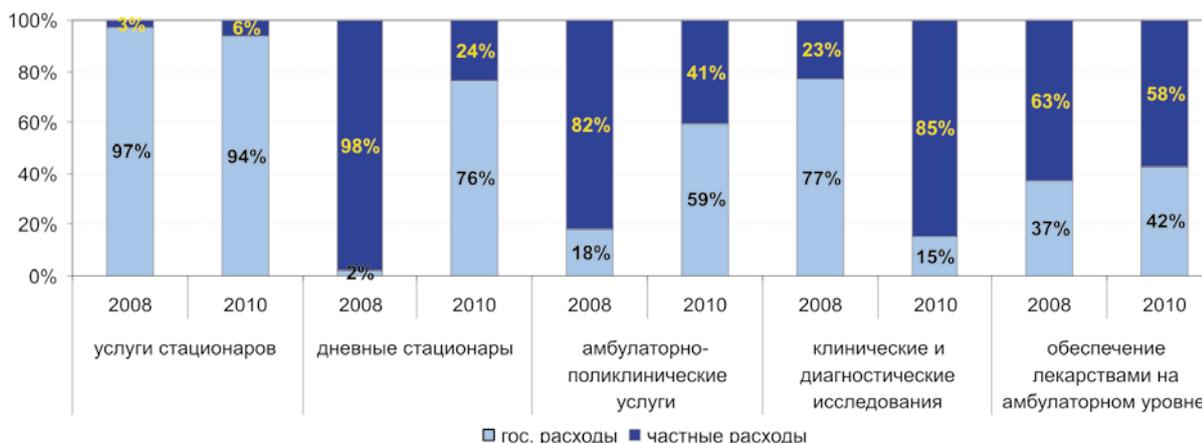
Наряду с увеличением расходов на услуги дневных стационаров в 8,5 раз отмечается существенное увеличение доли государственных расходов на услуги дневных стационаров с 1,9% до 76% (Рис.5), также наряду с увеличением в 2,3 раза

расходов на амбулаторно-поликлиническую помощь отмечается увеличение в 3,3 раза доли государственных расходов в структуре расходов на амбулаторно-поликлиническую помощь (2008г.-18 % в 2010г.- 59%).



Источник: Обзоры НСЗ 2008 и НСЗ 2010

**Рисунок 4 - Изменение структуры текущих расходов на здравоохранение в государственном и частном секторе**



**Рисунок 5 - Распределение государственных и частных расходов по видам услуг в 2008 и 2010г.,%**

Источник: Обзоры НСЗ 2008 и НСЗ 2010

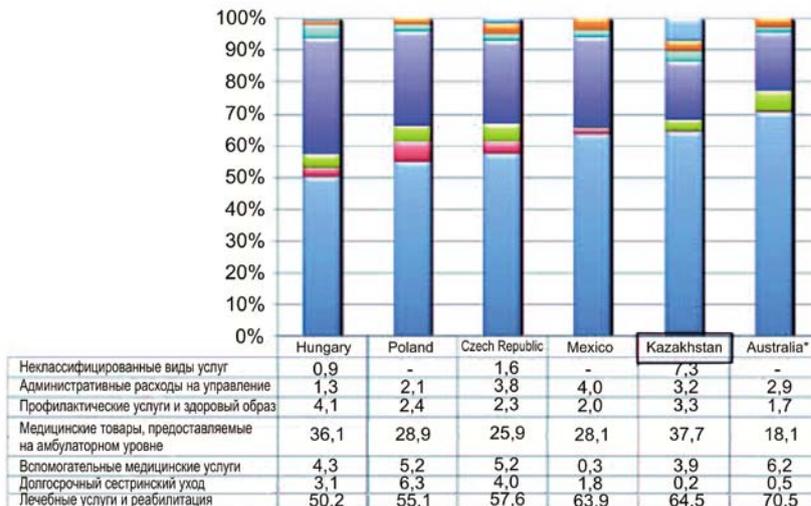
Вместе с тем, следует отметить, что при росте расходов на клинические и диагностические исследования на 7,7%

(2008г.- 4,8 млрд. тенге, 2010 – 5,2 млрд. тенге), отмечается резкое изменение структуры расходов с увеличением доли

частных расходов в 3,7 раза (Рис.5).

В 2010 году доля государственных расходов в структуре расходов на амбулаторное лекарственное обеспечение увеличилась на 5%, хотя в структуре расходов на

лекарственные препараты преобладают расходы населения (2008г. – 63%, 2010г. – 58%), так же следует отметить рост доли расходов населения с 10% в 2008 году до 13,2 % в 2010 году в структуре ОРЗ.



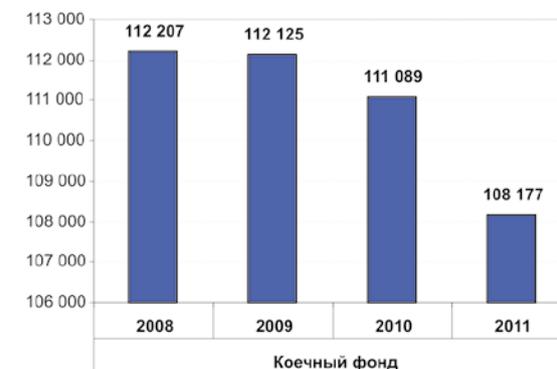
Источник: Отчет ОРМ, 2010

**Рисунок 6 - Сравнение финансирования расходов здравоохранения по функциям здравоохранения**

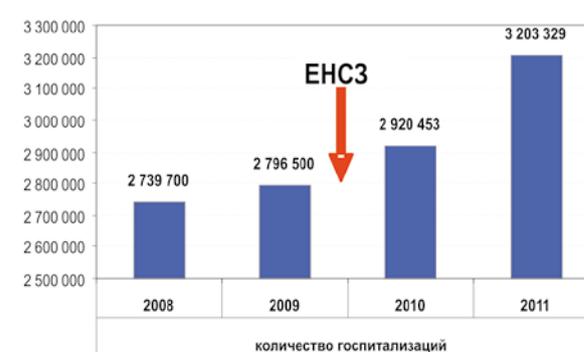
В Казахстане отмечается преобладание расходов на лечебные услуги в сравнении с Венгрией, Польшей, Чехией. В тоже время в этих странах отмечается практически вдвое расходы на лекарственные препараты и изделия медицинского назначения на амбулаторном уровне, при этом административные расходы ниже, чем в Казахстане, за исключением Чехии.

**Использование медицинских услуг**

Изучение изменения спроса на медицинские услуги показывает, что с введением в 2010 году ЕНСЗ и предоставлением пациентам права выбора медицинской организации отмечается как рост госпитализаций в стационары так и обращений за услугами амбулаторно-поликлинической помощи (Рис. 8-9), несмотря на сокращение коечного фонда (Рис.7).



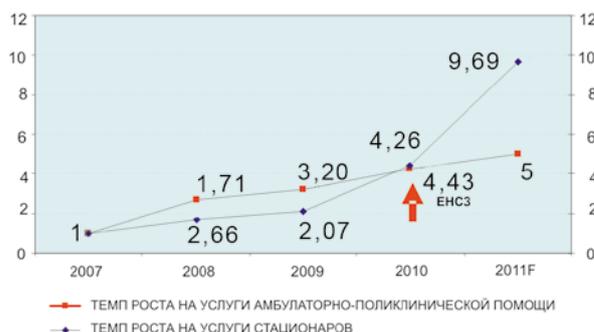
**Рисунок 7 - Изменение коечного фонда**



**Рисунок 8 - Изменение количества госпитализаций**



**Рисунок 9 - Изменение количества амбулаторно-поликлинических посещений**

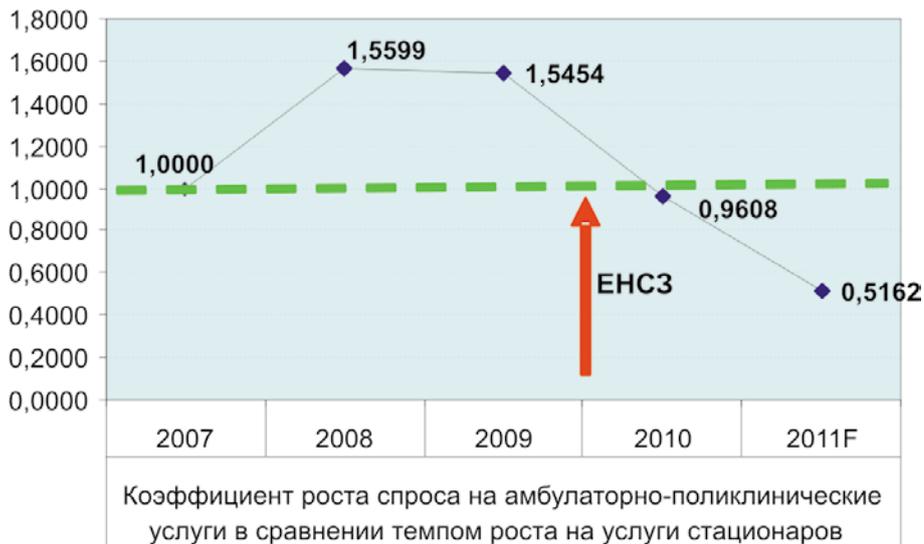


**Рисунок 10 - Изменение темпов роста на услуги стационаров и амбулаторно-поликлинической помощи**

В 2010-2011 годах с введением ЕНСЗ и улучшением доступности к услугам стационаров темпы роста госпитализаций превышают темпы роста обращений за услугами амбулаторно-поликлинической помощи почти в 2 раза (Рис. 10, 11), что свидетельствует о существенном превышении спроса на услуги стационарной помощи.

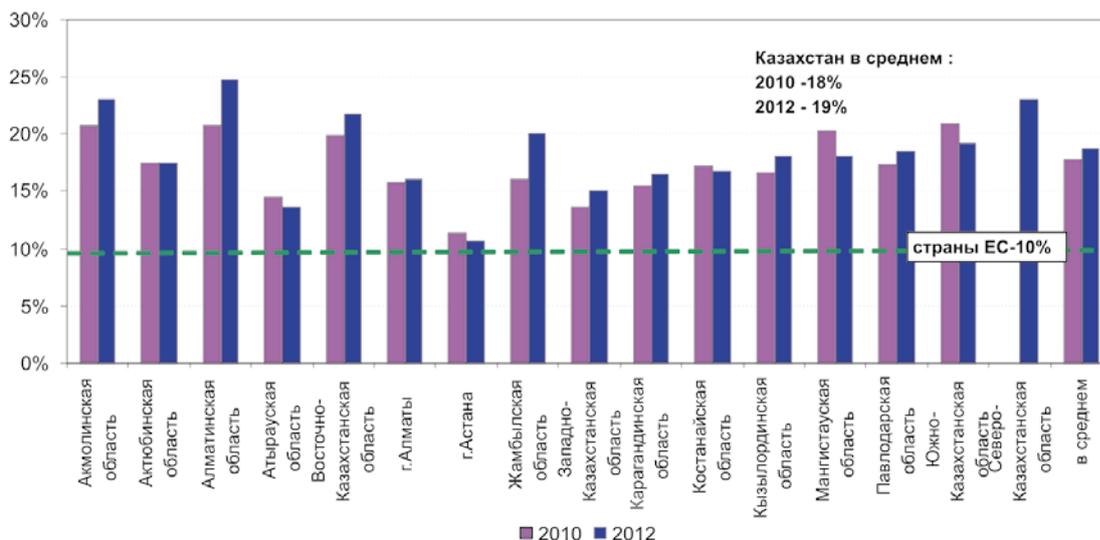
Сравнительный анализ госпитализаций в стационары показывает, что в среднем

на 1% увеличилось количество случаев госпитализации с заболеваниями, лечение которых может быть эффективно на амбулаторном уровне (январь 2010г.-17,9%, январь 2012г.-19%). Показатель уровня госпитализаций с заболеваниями, управляемыми на амбулаторном уровне, значительно варьирует по регионам от 11% в г. Астане, что сопоставимо с европейскими показателями, до 25% в Алматинской области (Рис.12).



**Рисунок 11 - Снижение спроса на услуги амбулаторно-поликлинической помощи с введением ЕНСЗ в сравнении со спросом на услуги стационаров**

Учитывая, что в 2010 году была введена ЕНСЗ, проведен анализ госпитализаций в стационары на момент введения ЕНСЗ и оплаты по МЭТ (2010) и на момент введения оплаты по КЗГ (2012).



**Рисунок 12 - Госпитализация больных с заболеваниями, управляемыми на амбулаторном уровне в % к общему количеству госпитализаций в разрезе регионов Республики Казахстан**

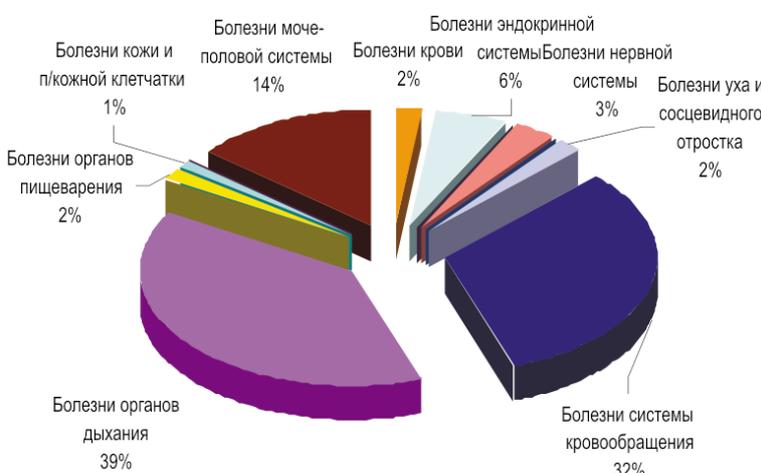
Источник: База данных МЗ РК, за январь 2010 и 2012 г.

Среди заболеваний, лечение которых эффективно на амбулаторном уровне 39% составляют болезни органов дыхания, 32% - болезни системы кровообращения, 14%

- болезни мочеполовой системы (Рис.14). Следует отметить, что в сравнении с 2010 годом сократилась доля госпитализаций с болезнями органов дыхания на 11% (Рис. 13, 14).

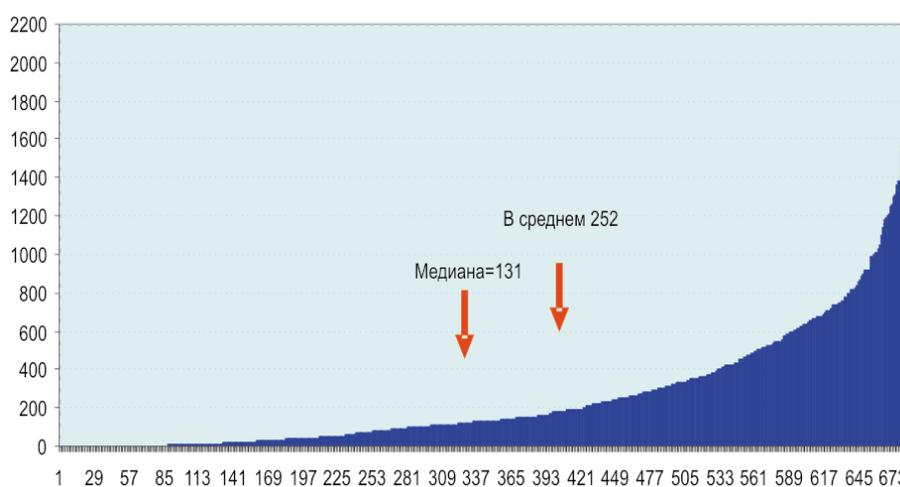


**Рисунок 13 - Структура госпитализаций с заболеваниями, управляемыми на амбулаторном уровне, 2010**



**Рисунок 14 - Структура госпитализаций с заболеваниями, управляемыми на амбулаторном уровне, 2012**

Источник: База данных МЗ РК, за январь 2010 и 2012гг.

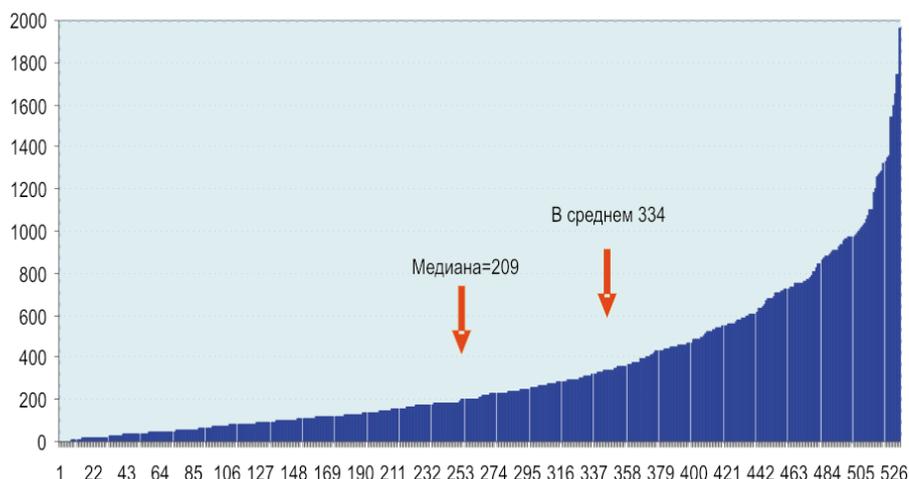


**Рисунок 15 - Количество пролеченных больных в январе 2010 года**

В январе 2010 и 2012 гг. 80 % больных выписано из 230 больниц (2010г. – 33,6% больниц, 2012 – 43% больниц), отмечается увеличение среднего количества выписанных больных на 1 больницу с 252 в январе 2010

года до 334 больных в январе 2012 года (Рис. 15,16).

Изменения, произошедшие в ходе введения ЕНСЗ, характеризуются: Увеличением доли государственного



**Рисунок 16 - Количество пролеченных больных в январе 2012 года**

финансирования здравоохранения на 3,7% в ОРЗ.

- Сокращением частных расходов на 3% в ОРЗ.
- Увеличение доли услуг, предоставляемых частными поставщиками, на 13, 4%.
- Существенным увеличением доли государственных расходов на стационарозамещающие (с 2% до 76%) и амбулаторно-поликлинические услуги (в 3 раза), сокращением на 8% доли государственных расходов на диагностические и клинические исследования.
- Увеличением на 5% доли государственных расходов на лекарственное обеспечение на амбулаторном уровне, хотя доля частных расходов остается по-прежнему высокой и составляет более половины общих расходов на лекарства на амбулаторном уровне.
- Ростом обращений за услугами стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи, хотя спрос на услуги стационаров почти в 2 раза превышает темпы роста спроса на амбулаторно-поликлинические услуги.
- С введением оплаты стационаров за пролеченный случай вместе с предоставлением свободного выбора стационара у больниц сохраняются стимулы наращивать количество госпитализаций, в том числе при заболеваниях, лечение которых может быть эффективно на амбулаторно-поликлиническом уровне, хотя изменилась структура госпитализаций за счет сокращения доли госпитализаций больных с болезнями органов дыхания и увеличение доли больных с болезнями системы кровообращения.
- Сократилось количество больниц за счет их объединения, что повлекло за собой увеличение количества выписанных больных на 1 больницу в среднем (2010г. – 252, 2012г. – 334). Также увеличилась медиана – с 131 больного в январе 2010 года до 209 за этот же период 2012 года.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Национальные счета здравоохранения Республики Казахстан. Обзор расходов на здравоохранение за 2010 год, Республиканский Центр развития здравоохранения, Астана, 2011г.
2. Национальные Счета Здравоохранения в Республике Казахстан. Обзор общих расходов на здравоохранение за 2008 год. ТОО Мединформ, 2009
3. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2008 году. Статистический сборник, Министерство здравоохранения Республики Казахстан, Астана, 2009
4. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2009 году. Статистический сборник, Министерство здравоохранения Республики Казахстан, Астана, 2010
5. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2010 году. Статистический сборник, Министерство здравоохранения Республики Казахстан, Астана, 2011
6. Отчет о текущем потоке средств и текущих вопросах, касающихся затрат на здравоохранение по экономическим и функциональным категориям в государственном и частном секторе и о влиянии новой модели перераспределения бюджета, Oxford Policy Management, 2010
7. О реализации первого года Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, Министерство здравоохранения Республики Казахстан, Астана, 2012
8. Итоги работы Министерства здравоохранения Республики Казахстан за 2011 год и задачи на 2012 год. Информационный материал. Министерство здравоохранения Республики Казахстан, Астана, 2012
9. База данных по пролеченным случаям МЗ РК за 2010 и 2012г.

**С.Е. Ибраев***Первый заместитель генерального директора по информационно-аналитической работе РЦРЗ МЗ РК***Д.М. Макашев***Руководитель Центра медико-экономической экспертизы и анализа РЦРЗ МЗ РК***Г.А. Камбарова***Ведущий специалист отдела мониторинга и анализа ЦМЭЭА РЦРЗ МЗ РК*

## ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ ПО РЕЙТИНГОВОЙ СИСТЕМЕ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ПРЕДПРИЯТИЙ РЦРЗ МК РК

Оценка деятельности медицинских организаций и формирование на этой основе их рейтингов на протяжении многих лет являются одной из актуальных задач, так как до настоящего времени отсутствует единая методология ее проведения.

Результаты таких оценок интересуют и организаторов здравоохранения, и органы исполнительной власти, и, безусловно, потребителей медицинских услуг. Для организаторов здравоохранения и органов исполнительной власти эти оценки являются серьезным поводом для принятия управленческих решений.

В связи с этим в Республиканском центре развития здравоохранения (РЦРЗ МК РК) в 2011 году был проведен анализ эффективности региональных филиалов на территории 15 регионов Республики Казахстан. Исследования деятельности территориальных филиалов РЦРЗ МК РК проводились с использованием расчета интегрального показателя результативности.

Осуществление рейтинговой оценки и мониторинга непрерывности филиалов РЦРЗ МК РК для непрерывного повышения качества работы, профессионализма сотрудников структурных подразделений головного предприятия и его филиалов, направленных на совершенствование методов управления является целью исследования.

В качестве метода оценки использовалась балльная система по разработанным индикаторам оценки внедрения Единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ):

- достоверность и полнота предоставляемой информации по ЕНСЗ (своевременность ежемесячных аналитических информации);
- удельный вес стационаров, своевременно предоставляющих информацию о свободных койках (от числа всех стационаров, работающих на портале бюро госпитализаций (БГ));
- удельный вес пациентов, со своевременно планируемой датой госпитализации в 2-х дневный срок (от всех направленных на

плановую госпитализацию);

- удельный вес заявок, снятых с листа ожидания (от всех направленных на плановую госпитализацию);
- удельный вес заявок, снятых по причине несостоявшейся госпитализации (от числа всех заявок, снятых с листа ожидания);
- удельный вес заявок, снятых по причине негативного влияния на процесс плановой госпитализации (от числа всех заявок, снятых с листа ожидания);
- взаимодействие с Управлением здравоохранения (УЗ), Территориальным департаментом (ТД) Комитета по оплате медицинских услуг (КОМУ), ТД Контролем качества медицинской и фармацевтической деятельности (ККМФД) по вопросам внедрения ЕНСЗ (плановой госпитализации, перепрофилирования коечного фонда, регистра прикрепленного населения (РПН), стимулирующего компонента подушевого норматива (СКПН) и т.д.);
- разъяснительная работа среди населения, медработников (публикации, научные статьи, выступления в СМИ);
- соответствие числа случаев, предъявленных к оплате ТД КОМУ, в счет-реестрах и базе данных пролеченных больных в рамках гарантийного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП);
- соответствие сумм, предъявленных к оплате ТД КОМУ, в счет-реестрах и базе данных пролеченных больных в рамках ГОБМП;
- предоставление в Центр информатизации здравоохранения (ЦИЗ), ТД КОМУ ежемесячной базы, не позднее 2-го числа, следующего за отчетным периодом с нарастающим итогом данных пролеченных больных;
- отсутствие в базе данных технических и логических ошибок, выявляемых программным комплексом;
- работа с программным комплексом «Mlad» (наличие ошибок);
- участие в процессе усовершенствования работы ПК;
- наличие обоснованных жалоб от населения,

медицинских организаций, ТД КОМУ, ККМФД;

- исполнительская дисциплина (своевременность, оперативность);
- дисциплинарные взыскания;
- процент укомплектования кадрами;
- удельный вес врачей, не прошедших усовершенствование в течение последних 5 лет;
- удельный вес врачей, имеющих квалификационную категорию (от числа подлежащих);
- удельный вес выполнения платных услуг (от годового плана).

Для обработки полученных данных использовали комплекс методов и процедур: балльная оценка (начисление определенного количества баллов за достижения), ранжирование (определение ранга), расчет коэффициента результативности (по формуле) и рейтинговая оценка (результатирующая оценка деятельности в баллах или в коэффициентах).

В соответствии с утвержденными Правилами рейтинговой оценки качества работы филиалов РЦРЗ МК РК, мониторинг их деятельности проводился ежеквартально на основании интегрированного показателя коэффициента результативности, высчитываемого по

следующей методике:

$KP = \Phi / N$ ,  
 где KP – коэффициент результативности,  $\Phi$  – сумма фактических баллов по представленным индикаторам, N – сумма баллов по нормативу.

При расчете применялись базы данных, включающих основные индикаторы результативности реализации мероприятий, предусмотренных приказами МЗ РК, программой внедрения ЕНСЗ.

Согласно Правилам рейтинговой оценки филиалов, при коэффициенте результативности 0,9-1,0 работа филиала оценивалась как эффективная, при KP = 0,7-0,89 – удовлетворительной и при KP = 0,69 и ниже – неудовлетворительной.

Мониторинг деятельности филиалов по коэффициенту результативности (KP) выявил эффективную работу в 4 квартале 2011 года 9 филиалов и удовлетворительную работу 6 территориальных предприятий РЦРЗ МК РК.

Наибольшую положительную динамику улучшения коэффициента результативности в течение кварталов 2011 года показали Мангистауский, Жамбылский и Кызылординский филиалы (Рис. 1).

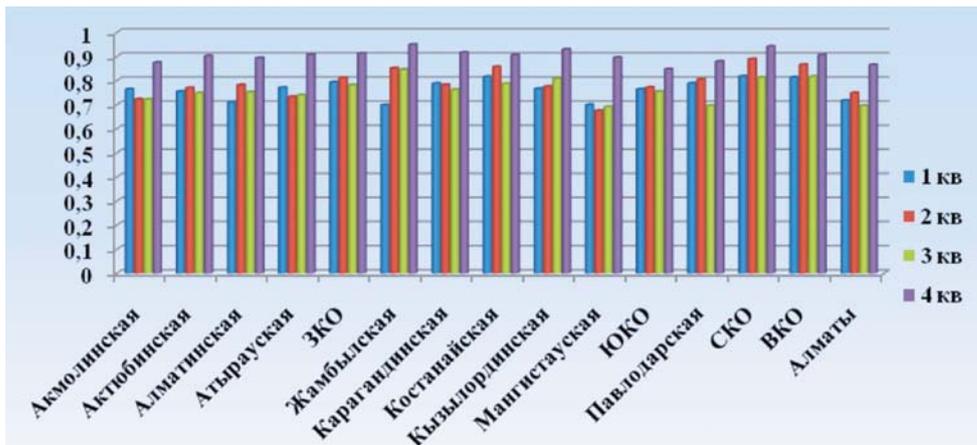


Рисунок 1- Динамика рейтинговой оценки за 1-2-3-4 кварталы 2011 г. по коэффициенту результативности

Как видно, Мангистауский филиал повысил KP с 0,700 в 1 кв. до 0,896 в 4 кв., Жамбылский – с 0,699 в 1 кв. до 0,950 в 4 кв. (лидер 4 кв.), Кызылординский – с 0,766 в 1 кв. до 0,930 в 4 кв.

В динамике за 2010-2011 гг. эффективность работы филиалов улучшилась на 40%. По итогам года не было филиалов с неудовлетворительной оценкой деятельности (Рис. 2).

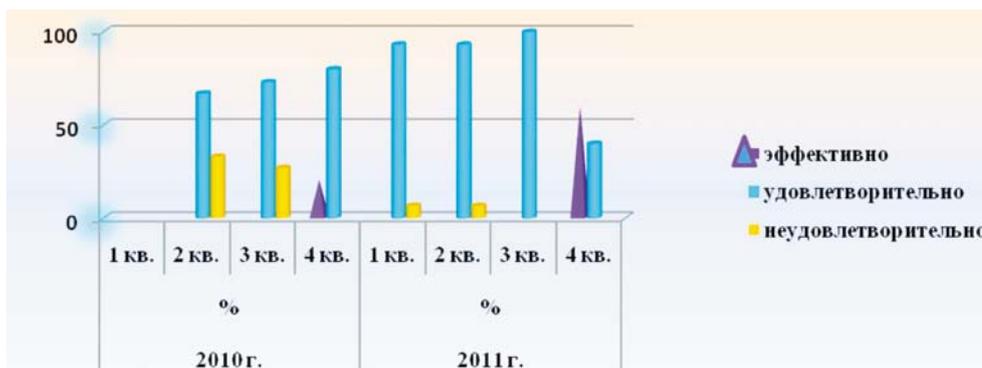


Рисунок 1- Динамика деятельности филиалов в 210-2011 гг.

Для осуществления дальнейшей оценки деятельности филиалов необходимо следовать определенным принципам: регулярность, целенаправленность, объективность, наличие нескольких уровней, гласность результатов проведенных мониторингов, принятие по результатам адекватного управленческого решения.

Данный метод рейтинговой оценки филиалов позволяет объективно осуществлять ситуационное прогнозирование и формирование эффективной стратегии управления головным центром.

Таким образом, использование результатов оценки в системе управления оптимизирует управленческую деятельность и оказывает непосредственное воздействие на уровень эффективности деятельности филиалов.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вялков А. И. Управление и экономика здравоохранения - 2009, - С. 513-536.
  2. Ибраев С.Е., Тумарбаева А.К., Қайырлықызы А., Балтабаева Ш.А. Совершенствование управления услугами организаций здравоохранения на основе рейтинговой оценки их деятельности // Денсаулық сақтауды дамыту журналы – 2011, - №1- С. 9-12.
  3. Вялков А.И., Мартынчик С.А., Глухова Е.А., Полесский В.А., Потемкин Е.Л. Апробация модели рейтинговой оценки результативности деятельности организации, выполняющей научно-исследовательские работы по профилю «общественное здоровье и управление здравоохранением» // Здравоохранение Российской Федерации – 2011, - №6 - С. 7-11.
  4. Жеребцов А.В., Луженков А.Ю., Неделин Д.Н., Харитонов Ю.С. Об оценке потребительских свойств медицинских организаций // Менеджер здравоохранения – 2011 - №3-С. 54-59.
-

**Б. Б. Кудабаяева**

Начальник Отдела мониторинга и анализа ЦМЭЭА РЦРЗ МЗ РК

## АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА СТАЦИОНАРНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА ОСНОВЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ КОМПЛЕКСОВ

**В** условиях огромного потока информации о стационарных услугах, использование программного обеспечения приобретает важнейшее значение для проведения мониторинга и оценки объема и качества медицинской помощи, а также для автоматического расчета оплаты и финансирования поставщиков медицинских услуг.

С января 2012 года на территории страны осуществляется переход на новый метод оплаты стационарных услуг на основе клиничко-затратных групп, мониторинг которых проводится путем ввода данных в портал «Электронный регистр стационарного больного (ЭРСБ)».

Нормативная база для проведения экспертной оценки стационарных услуг медицинских организаций, работающих в Единой национальной системе здравоохранения (ЕНСЗ) представлена следующими документами:

- приказ МЗ РК от 5 января 2012 года №3 «Об утверждении Правил контроля качества и объема оказанной медицинской помощи, формирования документов для оплаты стационарных и стационарозамещающих медицинских услуг и амбулаторно-поликлинической помощи, финансируемых за счет средств республиканского бюджета»;
- приказ МЗ РК от 13 января 2012 года №13 «Об утверждении перечней клиничко-затратных групп, медицинских манипуляций и вмешательств для автоматизированной выборки случаев, подлежащих контролю качества и объема в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, финансируемых за счет средств республиканского бюджета».

В настоящее время создана вертикальная структура проведения первичной экспертной оценки объема и качества медицинских услуг на базе территориальных филиалов Республиканского центра развития здравоохранения (РЦРЗ МЗ РК). Случаи, подлежащие контролю, условно делятся

на случаи, подлежащие контролю объема, контролю качества и случаи, подлежащие оплате. В соответствии с таким распределением изменились функции контролирующих органов. Эксперты РЦРЗ МЗ РК проводят первичную оценку качества услуг 10% всех случаев, подлежащих оплате, по целевым группам, а также по 4 кодам случаев, подлежащих контролю качества:

- код 2,4 случаи осложнений, возникших в результате лечения;
- код 2,5 случаи с исходом «ухудшение»;
- код 2,6 случаи с исходом заболевания «без перемен»;
- код 2,7 случаи расхождения клинического и морфологического диагнозов.

На 2 уровне более детальную оценку качества медицинских услуг проводит Комитет контроля качества медицинской и фармацевтической деятельности (ККМФД), детальную оценку объема медицинских услуг проводит Комитет по оплате медицинских услуг (КОМУ). Оплата услуг по клиничко-затратным группам (КЗГ) осуществляется после полной экспертной оценки в соответствии с правилами.

Ежедневная работа врача-эксперта РЦРЗ МЗ РК состоит из следующих этапов проведения оценки оказания стационарных медицинских услуг:

- ежедневная оценка оказания стационарных услуг на основе программного комплекса «Система управления качеством медицинских услуг» (СУКМУ) путем просмотра целевых групп;
- ежемесячное формирование аналитических таблиц из выходных форм программного комплекса по выявленным случаям первичной оценки качества и объема медицинских услуг.

Последовательность проведения первичной экспертизы:

- вход в программный комплекс СУКМУ на основе индивидуального логина и пароля,
- окно «Единый платательщик»,
- «Реестр КЗГ»,
- реестр журнала - выбираем регион,

медицинскую организацию и ставим дату запроса,

- персонифицированный реестр КЗГ, указываем вид стационарной помощи (круглосуточный, дневной, стационар на дому);
- выбираем окно «подлежащие оплате», то есть все бездефектные случаи и окно «контроль качества»;
- ведем экспертизу по отдельным видам потенциальных дефектов, которые должны автоматически просчитываться в пределах 10% выборки из случаев, подлежащих оплате.

Анализ по случаям проведения контроля объема и качества

Общее количество исследований должно составлять 10% без дефектных случаев, пролеченных в стационарах в условиях ЕНСЗ, которые будут выбраны по целевым группам. Количество экспертиз определяется по количеству просмотренных случаев госпитализации, количество дефектов может быть больше.

Определены следующие целевые группы с потенциальными дефектами (если в истории болезни по количеству 2 и более потенциальных дефектов, номер истории должен быть промаркирован автоматически):

- случаи с операциями по определенным критериям;
- случаи онкозаболеваний;
- случаи с травмами;
- случаи с послеоперационными осложнениями;
- случаи с осложнениями заболеваний;
- случаи с количеством операций больше 1;
- случаи с сопутствующими заболеваниями больше 3;
- случаи с исходом «ухудшение»;
- случаи с исходом «без перемен»;
- случаи расхождения клинического и морфологического диагнозов.

Экспертиза заключается в просмотре вкладок листов электронной истории болезни и эпикриза:

- соответствие проведенных исследований клиническому диагнозу;
- адекватность проведенного лечения;
- наличие отклонений от соответствующих протоколов лечения по данному случаю;
- по итогам экспертизы заключение эксперта вводится в программу, случай подтверждается и автоматически переводится на оплату или следующий этап экспертизы в ККМФД или КОМУ;
- разработка и формирование шаблонов для экспертной оценки и заключения эксперта;

Предварительно определены виды шаблонов заключения по первичной экспертизе оказания стационарных медицинских услуг:

- несвоевременно проведенное оперативное вмешательство;
- необоснованное оперативное вмешательство;
- сокрытие послеоперационных осложнений;
- сокрытие осложненного течения

заболевания;

- выявление записи необоснованного осложнения заболевания (необоснованное завышение объема медицинской помощи или утяжеление ВК КЗГ);
- необоснованная госпитализация онкобольного (необоснованная госпитализация);
- необоснованная госпитализация при случае травмы (необоснованная госпитализация);
- чрезмерное количество диагностических исследований;
- полипрогмазия;
- неадекватная терапия сопутствующих заболеваний;
- одновременное назначение несовместимых лекарственных препаратов;
- неадекватная терапия в исходах «ухудшение», «без перемен»;
- неполное количество диагностических исследований «ухудшение», «без перемен»;
- нарушения оформления первичной документации (неправильное определение кода МКБ-10, шифра услуги, группы КЗГ);
- непрофильная госпитализация пациента;

По результатам первичной экспертизы стационарных медицинских услуг, проводится расчет отдельных показателей по данным выходных аналитических таблиц, сравнение показателей дефектов объема и качества с предыдущим аналогичным периодом, динамика показателей по месяцам текущего года.

Ежемесячно ведется обработка аналитической информации по данным портала СУКМУ и выявление тенденций развития процессов госпитализации в разрезе регионов по половозрастным группам населения и нозологическим группам, а также выявление причинно-следственных связей по результатам исследований в разрезе видов стационарной помощи (круглосуточной, дневной, стационара на дому).

Постоянный мониторинг и оценка качества оказания стационарных услуг позволяет анализировать динамику экономических тенденций процесса госпитализации, затрат в сравнении с аналогичным периодом прошлого года, динамику длительности пребывания больного, количество базовых ставок, средний весовой коэффициент КЗГ по регионам, а также в разрезе медицинских организаций.

Ежедневно эксперты РЦРЗ МЗ РК проводят оценку 10% пролеченных случаев, подлежащих оплате с автоматической выборкой целевых групп и случаев, подлежащих контролю качества: случаев осложнения, в том числе послеоперационных, с исходами заболевания «ухудшение», «без перемен» и расхождения клинического и морфологического диагнозов. Количество экспертных оценок из 10% автоматической выборки маркируется и регистрируется счетчиком по каждому врач - эксперту.

Для качественного и объективного проведения первичной оценки ведется

ежедневный мониторинг программного комплекса Портала «Электронный регистр стационарного больного» (ЭРСБ) по регионам, и по медицинским организациям Астаны.

- Ежедневный мониторинг, проверка ввода данных в портал ЭРСБ из медицинских организаций, работающих в системе ЕНСЗ, согласно договору, выявление медицинских организаций (МО) не представивших данные, разбор причин задержки ввода данных по МО или курируемому региону.

- Проверка данных портала по экстренным и плановым случаям, соответствие профильности коечного фонда по данным порталов бюро госпитализаций (БГ) и ЭРСБ.

- Ежедневный анализ выходных таблиц по мониторингу портала ЭРСБ в разрезе медицинских организаций и регионов с нарастающим итогом.

4. Формирование данных и подтверждение выписного эпикриза медицинской организацией должно быть проведено не позднее одного рабочего дня после выписки больного из стационара.

5. Данный портал позволяет ежедекадно и ежемесячно мониторировать, и формировать перечень услуг консультативно-диагностической помощи, оказанной в поликлинических организациях.

Аналитическая работа по проведению мониторинга и оценки полученных данных при взаимодействии программных комплексов порталов ЭРСБ, СУКМУ и БГ:

- выбор наиболее проблемных регионов и анализ структуры дефектов согласно приложениям 7,8 к приказу №3 от 5 января 2012 года и выявление их причин в разрезе районов и медицинских организаций, взаимодействие с регионами, филиалами РЦРЗ МЗ РК;

- исследование видов дефектов качества и выявление их причин, поиск путей для снижения удельного веса дефектов объема и качества оказания медицинской помощи;

- анализ случаев госпитализации по нозологиям, контролируемым на уровне организаций ПМСП (осложнения БСК, острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, осложнения сахарного диабета, ХОБЛ, пневмония);

- мониторинг среднего уровня весовых коэффициентов по регионам и МО, средней стоимости 1-го пролеченного случая по КЗГ в сравнении с предыдущим периодом по регионам и нозологиям;

- изучение причин источников чрезмерных затрат на лечение в разрезе регионов и по нозологиям;

- мониторинг и анализ случаев перевода больных в разрезе отделений, медицинских

организаций, миграции пациентов по клиникам РК;

- экспертиза и анализ состояния экстренности госпитализации по специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи в разрезе медицинских организаций и регионов;

- учет количества проведенных экспертных оценок по регионам, количество выявленных дефектов в разрезе врачей-экспертов, нагрузка на 1 эксперта в день.

Ежедневный мониторинг и оценка качества оказания стационарных услуг в режиме онлайн на основе портала «ЭРСБ» и детальный просмотр электронной истории болезни обеспечивает прозрачность деятельности медицинской организации, что косвенно способствует самосовершенствованию профессионализма медицинского персонала.

Проведение первичной оценки объема и качества оказания стационарных услуг на уровне РЦРЗ МЗ РК с последующей экспертизой на 2 уровне в ККМФД и КОМУ будет повышать объективность результатов оценки, а также способствовать взаимодействию контролируемых организаций.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ МЗ РК от 5 января 2012 года №3 «Об утверждении Правил контроля качества и объема оказанной медицинской помощи, формирования документов для оплаты стационарных и стационарозамещающих медицинских услуг и амбулаторно-поликлинической помощи, финансируемых за счет средств республиканского бюджета».

2. Приказ МЗ РК от 13 января 2012 года №13 «Об утверждении перечней клинико-затратных групп, медицинских манипуляций и вмешательств, для автоматизированной выборки случаев, подлежащих контролю качества и объема в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, финансируемых за счет средств республиканского бюджета».

3. Шарабчиев Ю.Т. Врачебные ошибки и дефекты оказания медицинской помощи: социально-экономические аспекты и потери общественного здоровья // Медицинские новости.- 2007.-№13 – с.32-39.

4. Д.С. Исаев, М.Б. Калажанов, С.Н. Третьякова. Оценка и прогнозирование качества общественного здоровья // Алматы.- 2007.-202с.

5. Ключевые показатели результативности процессов и процедур – как метод управления качеством медицинской помощи

### ТҮЙІНДЕМЕ

**Ақпараттық комплекстардың негізінде стационарлық дәрігердің қызметтік сапасын алғашқы бағалау өткізудің алгоритмы**

Бұл мақалада «Медициналық көмектің сапасын басқару жүйесі» және «Ауруханадағы науқастың электронық тіркелімі» порталдары арқылы аурухана деңгейінде көрсетілген көмектің көлемі мен сапасына сыртқы аудит өткізуінің жаңа тәсілдері қамтылған.

Көмек сапасының алғашқы сараптамасын орындау амалдары ретінің мағынасы Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы деңгейінде толық қарастырылған.

### SUMMARY

**The technic of the initial assessment of the quality of inpatient services on the basis of information systems**

Article highlights new approaches for the external audit of the amount and quality of inpatient services through portals "medical services quality management System and the electronic register of a committed person". Detail the value and the quality of services, the primary algorithm at the Republican Center for health development.

**Г.Б. Альжаксина**

Врач-эксперт Национального научного центра материнства и детства, г. Астана

## КЛЮЧЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПРОЦЕССОВ И ПРОЦЕДУР – КАК МЕТОД УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

**В** настоящее время одним из приоритетов здравоохранения в Казахстане является оказание качественной и безопасной медицинской помощи.

Созданный по поручению Президента Н. Назарбаева АО «Национальный научный центр материнства и детства» (ННЦМД), оказывающий высокоспециализированную помощь женщинам и детям, первая из клиник в составе АО «Национальный медицинский Холдинг» прошла аккредитацию Международной Объединенной Комиссии (JCI).

JCI – это неправительственная некоммерческая организация, основанная в городе Чикаго, США, в 1994 году на базе Объединенной комиссии по аккредитации больниц США. Историю создания Объединенной Комиссии относят к 1910 году, когда Д-р Эрнст Кодман (хирург из Бостона, США) предложил «систему конечного результата в стандартизации больниц» для длительного наблюдения за исходом лечения каждого пациента с целью выявления эффективности лечения.

По определению Международной объединенной комиссии и Института медицины США, «качество медицинских услуг – это уход, лечение и услуги, сосредоточенные на пациенте, практикуемые каждым работником, уровень безопасности, эффективности и своевременности которых определяет вероятность получения желаемого результата, и соответствуют современным профессиональным достижениям медицины».

Для оценки качества и безопасности медицинских услуг организацией согласно международным стандартам аккредитации определяются ключевые индикаторы мониторинга структур, процессов, результатов – ключевые показатели результативности (КПР).

В основе КПР лежат, помимо интересующих организацию структур, процессов и результатов, определенные

со стороны Международной объединенной комиссии и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) международные цели по безопасности пациентов:

1. правильная идентификация пациента.
2. эффективная передача информации между персоналом.
3. безопасное использование медикаментов высокого риска.
4. правильный выбор участка тела, правильная процедура, и правильное определение пациента при проведении хирургических вмешательств.
5. снижение риска внутрибольничных инфекций.
6. предотвращение травматизации пациента вследствие падений.

Организация должна проводить мониторинг своей деятельности в определенных областях медицинской и управленческой деятельности. Выбор КПР согласно международным стандартам аккредитации должен быть основан на тех процессах, которые имеют высокий риск для пациентов, а также тех вопросов, которые являются проблематичными в данной организации. То есть для каждой организации есть возможность фокусироваться на актуальных для нее вопросах и после тщательного мониторинга с помощью индикаторов, улучшить качество структуры, процесса, результатов.

Так, одна из шести международных целей по безопасности пациентов – это снижение риска падения пациентов. Падения составляют значительную часть причин травматизации госпитализированных больных. По данным Института медицины, США, падения составляют до 5% среди стационарных больных. Инциденты падения регистрируются и наблюдаются динамически (Рис. 1). Все случаи травматизации пациентов разбираются с участием сотрудников соответствующих отделений и разрабатываются меры по их устранению.

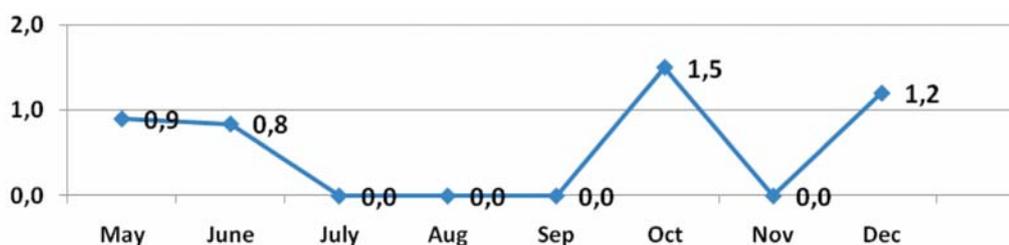


Рисунок 1 - Показатели падений пациентов в АО «ННЦМД» за 2011 г.

Цель ведения КПР – это выработка контр-мер. В контексте обслуживаемого контингента, вида оказываемых услуг, условий дизайна и обстановки помещений, с целью снижения показателя падений и травматизации пациентов и персонала, были предприняты меры: выделение пациентов с высоким риском падения путем первичной и повторной оценки в процессе лечения, составление плана сестринского ухода за данной группой пациентов: обеспечение средствами перемещения, сопровождение другим лицом, обучение пациента и лиц по уходу, снабжение кнопкой вызова палат и туалетов, нескользкая обувь и т.д. Одной из частых причин падений посетителей и персонала, является мокрый пол, в связи, с чем в ННЦМД были закуплены указатели «осторожно, мокрый пол», установлены нескользкие покрытия при входе в Центр, у входа в здание предоставляются коляски для взрослых и детей, предприняты др. меры.

Другой КПР – это мониторинг проверки готовности (тайм-аут) к операции. Одной из важных составляющих улучшения качества лечебного процесса является регистрация и анализ потенциальных и совершенных ошибок. Частота совершения в медицинских организациях ошибок при проведении хирургических вмешательств и его анализ вызвали необходимость проведения предоперационной верификации

хирургического пациента, маркировки операционного поля и проведения процедуры «тайм-аута» непосредственно перед инвазивным вмешательством, операцией.

Как видно из рисунка2, проведение тайм-аута перед хирургическими и инвазивными вмешательствами возросла до 100%, во избежание ошибок.

Третий пример – медикаментозные ошибки. В мировой практике ошибки при назначении и использовании медикаментов составляют большинство медицинских ошибок, что потребовало наблюдения за процессом назначения, использования лекарственных средств. Наиболее частые ошибки – это неправильно выбранное лекарственное средство, неправильная доза, неправильное разведение, не тот путь введения, не та продолжительность введения, неправильная пропись, нечитабельная пропись, использование медикаментов с истекшим сроком годности. В результате, произошло изменение существующего порядка назначения лекарственных средств – обязательная проверка назначения вторым компетентным лицом – заведующим отделением, старшим врачом, клиническим фармакологом. Только наличие подписи второго лица позволяет медицинской сестре выполнить назначение. В результате, отмечено снижение числа медикаментозных ошибок (Рис. 3).

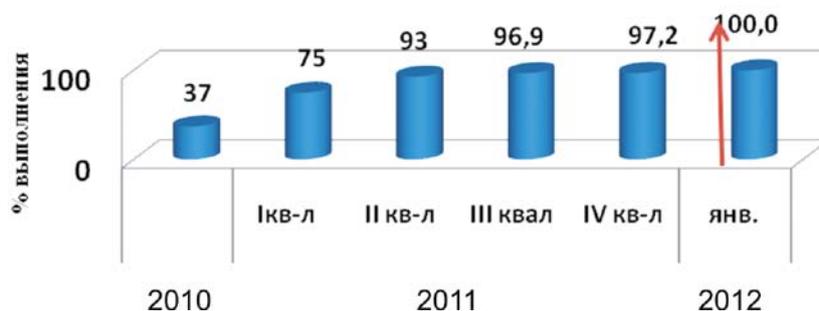


Рисунок 2 - Показатель проведения тайм-аута перед хирургическим вмешательством

Информацию о выявленных ошибках (совершенных и предотвращенных) при назначении и использовании медикаментов предоставляет любое лицо (врач, медсестра, клинический фармаколог, врач-эксперт), имеющий доступ к медицинской документации,

и выявивший ошибку. Философия JCI – показать проблему, не боясь наказания, а не скрывать, в результате чего число сообщений об инцидентах, связанных с медикаментами, увеличивается.

Кроме того, для мониторинга в ННЦМД

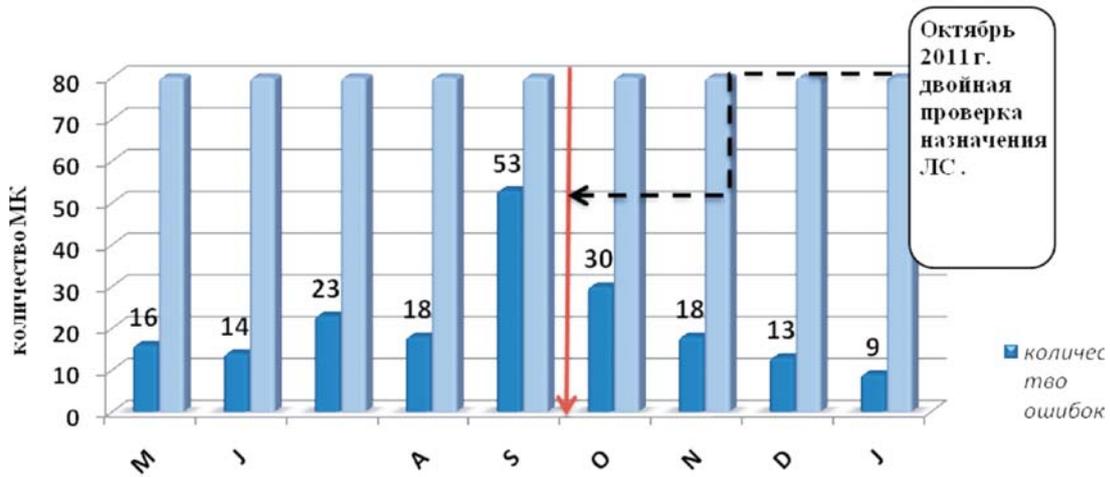


Рисунок 3 - Мониторинг медикаментозных ошибок

выбраны следующие процессы и процедуры:

- своевременное использование крови и ее препаратов, возврат неиспользованной крови.
- оценка записей медицинской документации («читабельность», «отсутствие ретушированных и исправлений»);
- мониторинг использования анти-биотиков, в том числе антибиотиков резерва (косвенная оценка показателя ВБИ);
- своевременность приобретения (закупа) медикаментов и изделий медицинского назначения и др.

Обязательной оценке и анализу подлежат все случаи отклонения от нормы процессов и явлений (экстремальное событие). Все случаи экстремальных событий изучаются с помощью серьезного анализа корневых причин. Если анализ корневых причин выявляет, что системные улучшения или другие действия могут предотвратить или снизить риск возникновения экстремальных событий,

организация проводит ре-дизайн (изменение) процессов и предпринимает все возможные для этого действия.

Анализ данных позволяет обеспечить непрерывную обратную связь в процессе управления качеством, что помогает специалистам принимать решения, связанные с улучшением клинического и управленческого процессов.

Когда текущие индикаторы больше не предоставляют полезной информации для анализа процесса, процедуры или результата, выбираются новые индикаторы.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Стандарты аккредитации Международной объединенной комиссии JCI, 4е изд. , 2011г.
2. Maria R. Olives, Andrew Bernotas, Paul Reis «JCI Survey Process Guide», 4–th Edition, 2010 г.

#### ТҮЙІНДЕМЕ

##### Нәтижеліктің негізгі көрсеткіштері сапаны басқару құралы ретінде

Осы күндері «ҰҒАБО» – да медициналық көмек сапасы деңгейін жоғарлату мақсатымен халықаралық аккредитацияға дайындық жүргізілуде. Осы орайда халықаралық тәжірибеге сүйенген нәтижеліктің негізгі көрсеткіштері біздің Орталықта енгізілуде. Бұл құрал қызмет сапасы деңгейін бақылап, қауіпсіздікті қамтамасыз етеді.

#### SUMMARY

##### Key Performance Measures for Policies and Procedures as a Tool for Management Care Quality

Currently JSC “National Research Center for Maternal and Child Health” is through the process of preparation for Joint Commission International accreditation which assures maximal levels of quality care and patient safety. Key performance measures (KPM) are known to be an effective method to monitor existing levels of quality care. Collected KPM data is analyzed to draw conclusions on existing situation about quality of care and patient safety. Also a new system for risks assessment and root cause analysis were introduced.

**Г.К. Бейсенбекова**

*Руководитель Центра Аккредитации РЦРЗ МЗ РК*

## МЕЖДУНАРОДНЫЕ НОРМЫ БЕЗОПАСНОСТИ И КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ – ОСНОВА СТАНДАРТОВ АККРЕДИТАЦИИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Одним из важных направлений повышения уровня человеческого потенциала являются повышение доступности и качества оказания медицинских услуг, продвижение здорового образа жизни. Система здравоохранения качественно развивается, и сейчас люди выбирают те лечебные учреждения, где лучше медицинское обслуживание, – подчеркнул Президент страны Н. Назарбаев в январе 2012 года в своем ежегодном послании народу Казахстана «Социально-экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана» [1].

В контексте выше сказанного приоритетом современного больничного менеджмента должны быть задачи по созданию качественной и безопасной медицинской помощи, а если быть точнее, задачи по созданию технологий, ее обеспечивающих.

Вопросы безопасности и качества в здравоохранении стоят рядом по своей важности, так как в сфере здравоохранения, как и в любой сфере производства работ (услуг), существуют определенные риски для тех, кто оказывает услуги, и для тех, кто их получает. Как, например, случаи внутрибольничного инфицирования, случаи получения травм (физических и психологических) в стенах медицинских организаций, финансовые риски и т.д.

Значимость данного вопроса обусловлена тем, что нормы безопасности и качества потребительских товаров и услуг закреплены в числе других резолюцией N 39/248 Генеральной Ассамблеи ООН «Руководящие принципы для защиты интересов потребителей», которая была принята на 106-ом пленарном заседании в Нью-Йорке.

9 апреля 1985г. В этом документе было сказано: «Правительствам следует, в зависимости от конкретных условий, разрабатывать или содействовать разработке и применению на национальном и международном уровнях добровольных и иных норм безопасности и качества товаров и услуг и соответствующим образом их популяризировать. Национальные нормы и

положения о безопасности и качестве товаров должны периодически пересматриваться, чтобы обеспечить их соответствие, когда это возможно, общепризнанным международным нормам.

Когда в силу местных экономических условий какая-либо норма ниже общепризнанной международной нормы, должны прилагаться все возможные усилия для скорейшего повышения этой нормы» [2].

В октябре 2004 года ВОЗ разработала программу обеспечения безопасности пациентов в ответ на Резолюцию Всемирной ассамблеи здравоохранения (2002 г.), где ВОЗ и государствам-членам настоятельно рекомендуется уделять, по возможности, самое пристальное внимание проблеме безопасности пациентов. Создание этой программы свидетельствует о важности безопасности пациентов в качестве глобальной проблемы здравоохранения.

В мировом сообществе уже имеется многолетний опыт исследований проблем, связанных с предупреждением низкого качества медицинских услуг, обоснованы и внедрены различные пути решения данных проблем, и более того, есть уже определенные положительные результаты. Доказано, что качество это, прежде всего, соответствие определенным нормам, стандартам, требованиям безопасности. Другими словами, условия оказания медицинской услуги должны соответствовать определенным нормам, критериям.

К технологиям, обеспечивающим безопасность и качество в здравоохранении, относят наряду с другими, и аккредитацию. История развития аккредитации в здравоохранении начинается с 2012 г. в США, где группа хирургов впервые подняла вопрос обеспечения качества медицинских услуг через стандарты. Понимание значимости аккредитации в здравоохранении привело к тому, что в развитых странах мира на сегодняшний день функционируют устойчивые системы аккредитации. Инициаторами

внедрения стандартов аккредитации выступали и государственные органы, и частные страховые компании, и медицинская общественность, и население.

В таблице на примере отдельных стран представлена информация о том, кто был заинтересован в развитии аккредитации в здравоохранении [3].

**Таблица – Заинтересованные стороны в принятии программы аккредитации в здравоохранении**

<b>Заинтересованные стороны в аккредитации</b>	<b>Пример отдельных стран</b>
Профессиональные ассоциации больниц, медицинских работников, работников по уходу	США, Канада, Австралия, Германия, Нидерланды, Греция,
Частные страховые организации	Германия, Греция
Министерство здравоохранения	Франция, Италия, Нидерланды, Греция
Департамент Университетов	ЮАР, Англия
Добровольные общественные объединения	Филиппины
Благотворительные службы в системе здравоохранения	Англия

Вопросы управления качеством в здравоохранении для Республики Казахстан также являются актуальными в больничном менеджменте и направлены на достижение конкурентоспособности организации.

Основной и первостепенной составляющей конкурентоспособности отрасли здравоохранения, в целом, является ее соответствие международным стандартам, к которым развитые страны пришли, имея многолетний опыт разработок и применения, и которые признаны соответствующими гуманным целям общества.

В Республике Казахстан уже в 2006 году Министерство здравоохранения инициировало разработку стандартов аккредитации медицинских организаций, оказывающих высокоспециализированную медицинскую помощь (ВСПП). Данные стандарты уже включали в себя критерии, рекомендованные Международным обществом по качеству в здравоохранении (ISQua), так как в 2006-2007 гг. была активная переписка МЗ РК с головным офисом ISQua в г. Дублине (Ирландия) по согласованию критериев казахстанских стандартов аккредитации медицинских организаций, оказывающих ВСПП. Таким образом, национальные стандарты аккредитации Казахстана уже с 2006г. основывались на международных подходах к качеству и безопасности медицинских услуг.

В целях создания конкурентной среды при оказании медицинских услуг и ориентации медицинских организаций на безопасность пациентов и персонала, в рамках Единой национальной системы здравоохранения, Министерством здравоохранения Республики Казахстан в 2009 году стартовали мероприятия по созданию системы аккредитации медицинских организаций. В соответствии

со статьей 14 «Аккредитация в области здравоохранения» Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», аккредитация - это официальная форма доверия медицинской организации, как поставщику медицинских услуг [4]. По инициативе министерства здравоохранения были разработаны стандарты аккредитации стационаров, поликлиник, станций скорой медицинской помощи и организаций, оказывающих стоматологическую помощь.

Аккредитация медицинских организаций в Казахстане, как и в мировой практике, состоит из самооценки медицинской организации и внешней оценки.

При подготовке к аккредитации весь персонал организации вовлекается в процесс самооценки, что позволяет выявить как сильные, так и слабые стороны в системе больничного менеджмента, нуждающиеся в минимизации.

Проведение внешней комплексной оценки в стране проводится на соответствие национальным стандартам аккредитации, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан № 713 от 16 ноября 2009 года «Об утверждении стандартов аккредитации для субъектов здравоохранения» [5], в основу которых были также включены международные требования по качеству и безопасности медицинских услуг. Так, например, одним из критериев национальных стандартов аккредитации является внедрение системы управления рисками, как очень важного элемента системы менеджмента в медицинской организации и способа предупреждения нежелательных последствий при обращении пациента за медицинской помощью.

По требованиям национальных стандартов аккредитации система управления рисками в медицинской организации должна иметь следующую структуру:

- документированные процессы (механизмы) предупреждения заражения пациентов и персонала больницы инфекциями (СПИД, ВИЧ, вирусные гепатиты и др.);
- документированные процессы расследования и принятия мер в случае регистрации нарушений или ошибок в процессе лечения;
- документированные процессы регистрации инцидентов;
- образовательные программы (семинары, лекции и др.);

Вопросы минимизации рисков рассматриваются и в разделе национальных стандартов аккредитации «Инфекционный контроль и безопасность пациентов и персонала». По требованиям стандарта персонал, имеющий профессиональный риск, должен иметь специальные защитные средства, строго соблюдать правила обеспечения безопасности. К числу таких отнесены сотрудники лаборатории, операционного блока, манипуляционных процедурных и рентгеновских кабинетов, инфекционных отделений и другие, имеющие риски, связанные с профессиональной деятельностью.

Таким образом, отдельные международные требования к безопасности и качеству медицинской помощи уже с 2006 г. внедрены в систему оказания медицинской помощи в стране.

Но процесс повышения качества – это динамично развивающийся процесс, предполагающий, в том числе, и повышение планки требований к условиям оказания услуг. С целью совершенствования системы аккредитации, обновления стандартов и процедур, по инициативе министерства здравоохранения международная консалтинговая компания в 2010-2011 гг. дополнила (обновила) национальные стандарты аккредитации стационаров, поликлиник, станций скорой медицинской помощи и разработала стандарты аккредитации организаций службы крови. Обновление стандартов аккредитации осуществлялось в соответствии с принципами Международного общества по качеству в здравоохранении (ISQua) [6].

В настоящее время обновленные стандарты аккредитации стационаров, поликлиник,

станций скорой медицинской помощи прошли тестирование в 20 медицинских организациях страны.

Ориентация на принципы ISQua не случайна, так как эта организация является единственной организацией в мире, которая аккредитует национальные системы аккредитации с тем, чтобы последние могли быть признаны международным сообществом. К примеру, аккредитацию ISQua прошли канадская организация Accreditation Canada, Медицинская аккредитационная комиссия Кыргызской Республики, американская организация JCI, Australian Quality Improvement Council и другие.

Таким образом, начиная с 2006 года, в здравоохранении Казахстана через стандарты аккредитации начато активное внедрение международных критериев безопасности и качества. Однако, эффективность внедрения международно-признанных норм безопасности и качества напрямую связана с пониманием со стороны руководства и персонала медицинских организаций, с их готовностью обеспечивать медицинские услуги на качественно должном уровне.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Н.Назарбаев Ежегодное послание народу Казахстана «Социально-экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана», январь 2012 года.
2. Руководящие принципы для защиты интересов потребителей. Приняты Резолюцией N 39/248 на 106-ом пленарном заседании Генеральной Ассамблеи ООН. Нью-Йорк, 9 апреля 1985 г.
3. Контракт «Партнерское взаимодействие по совершенствованию системы аккредитации» между Министерством здравоохранения Республики Казахстан и консалтинговой компанией «Canadian Society for International Health» (Канада) № KHSTTIRP-B1/CS-01 от 20 июля 2010 г. С.22-30.
4. Кодекс Республики Казахстан от 18.09.2009 г. «О здоровье народа и системе здравоохранения», стр.194.
5. Приказ Министра здравоохранения РК «Об утверждении стандартов аккредитации для субъектов здравоохранения» № 713 от 16 ноября 2009 год.
6. Консалтинговая компания «Canadian Society for International Health» «Обновленные стандарты (Стационарные и амбулаторные услуги) в соответствии с международными стандартами». Отчет В-6. 52с.

**А. Т. Айыпханова**

Начальник Отдела менеджмента качества и безопасности пациента  
АО «Национальный научный центр материнства и детства»,  
Советник Председателя правления АО «Национальный медицинский  
холдинг» по вопросам качества, г. Астана

## ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СТАНДАРТОВ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕЖДУНАРОДНОЙ ОБЪЕДИНЕННОЙ КОМИССИЕЙ В НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

**З**а основу публикаций будут взяты разработки, материалы и опыт внедрения международных стандартов аккредитации JCI в АО «Национальный научный центр материнства и детства» (ННЦМД), которому в феврале 2012г. впервые в Республике Казахстан присужден статус международно-аккредитованной медицинской организации. 6 апреля 2012 г. в Центре материнства и детства с участием Вице-премьер министра РК

Е. Орынбаева, Министра здравоохранения РК С. Каирбековой, Президентом Назарбаев-Университета Шигео Катсу прошла торжественная презентация сертификата JCI. Получив «золотой знак качества» независимой международной организации, ННЦМД позиционирует себя как Центр Компетенции (учебная и методическая база) по международной аккредитации не только для клиник Национального медицинского холдинга, но и для медицинских организаций Казахстана. Планируется предоставление образовательных услуг (семинары, учебные курсы) на базе ННЦМД, что позволит желающим приобрести знания для внедрения лучшей мировой практики в области системного улучшения качества для медицинских организаций.

В развитых странах доказано, что суммарный, долгосрочный эффект целенаправленных мер по улучшению качества и повышению безопасности пациента снижают среднюю длительность госпитализации, стоимость пролеченного случая и риск удержки плательщиков за медицинские услуги в связи с неблагоприятным конечным результатом или осложнениями. Однако, если для западных клиник пристальное внимание к вопросам качества медицинского ухода преследует цель снижения расходов, то есть является условием «выживания» в неуклонно дорожающем рынке оказания медицинских услуг, защитой при ужесточении конкуренции, то для стран СНГ

приоритетным мотивом улучшать качество услуг и повышать их безопасность является сформировавшееся общественное недоверие к отечественным поставщикам медицинских услуг и неудовлетворенность качеством медицинской помощи.

Благодаря глобализации информационного пространства, пациенты становятся активными участниками процесса лечения. Государственные органы регулирования здравоохранения и неправительственные организации должным образом создают всевозможные каналы сообщения для сбора жалоб пациентов – телефоны, горячие линии, электронные адреса, блоги, социальные сети, ящики для сбора жалоб, канцелярии организации, часы приема, и др. Пациенты больше не молчат, не терпят дискомфорта, и модель «врач-пациент» меняется от патриархальной к более равноправной позиции обеих сторон. Это – глобальная тенденция, и чем раньше организаторы здравоохранения перестанут «болезненно» реагировать на жалобы, и начнут воспринимать их как быстрый индикатор качества системы и процессов, тем раньше эти системы и процессы можно усовершенствовать комплексно и эффективно, отойдя от точечных, карательных мер.

Из трех взаимовытесняющих аспектов медицинской помощи, известных как «треугольник здравоохранения» – качество, доступность и стоимость – именно вопросы качества медицинской помощи актуальны в постсоветском пространстве больше, чем другие два. Мониторинг печатных СМИ показывает, что 9 из 10 статей о здравоохранении разоблачают либо очередную халатность врачей, либо организаторское несовершенство управленцев. Редкие проблески «позитивной» информации – это монотонное описание достижений определенного (должностного) лица, что не дает взгляда «с высоты птичьего полета»

на систему здравоохранения в целом, и системы менеджмента качества организации в частности. В результате недостатка аналитической, сравнительной информации сложился некий вакуум в восприятии населением имиджа медицинских организаций как способных оказывать высококачественную медицинскую помощь. Повышается уровень меди-цинского туризма – оттока казахстанских пациентов в западную Европу, Азию и Россию, ярко проявляется негодование пациентов через перечисленные информационные каналы.

На сегодня в Казахстане меры по улучшению качества медицинской помощи главным образом принимаются на институциональной базе – через регулирующие органы, централизованно. Например, Министерством здравоохранения РК через территориальные органы целенаправленно внедряются принципы улучшения качества. Это происходит через механизмы оплаты за медицинские услуги, через методические разработки РЦРЗ МЗ РК в области национальной аккредитации. Однако, даже развитые страны не всегда успешны в создании модели, позволяющей эффективно связать качество, конечный результат и оплату. Так как модель централизованного «насаждения» желаемых процессов и структур

является самой трудно воспринимаемой со стороны исполнителя, руководители медицинских организаций должны задуматься о том, что можно и нужно создавать внутренние процессы и добиваться желаемых результатов деятельности без шаблона, поданного «сверху вниз». В западной практике бремя заботы о качестве несет не только регулирующий орган и плательщик за услуги, но в большей степени, медицинская организация.

В мире существует десяток организаций, которые аккредитуют на международном уровне медицинские организации на предмет качества и соответствия профессиональным стандартам в области организации лечебных и рабочих процессов.

Международное общество по качеству в здравоохранении (ISQua) аккредитует «аккредитующих», то есть вышеперечисленные организации в свою очередь, тоже проходят через контроль качества своей деятельности. Известно, что ISQua аккредитовала 19 организаций, занимающихся аккредитацией медицинских организаций. Среди них, именно стандарты аккредитации Международной объединенной комиссии JCI, признаны как «золотой стандарт» улучшения качества медицинских услуг в организации (Рис. 1).



Рисунок 1 - Аккредитующие организации в области здравоохранения

Международная объединенная комиссия JCI создана в 1994 г. как дочерняя организация Американской объединенной комиссии (Рис. 2), существующей с 1951 года как национальный аккредитующий орган США. Объединенная комиссия является независимой, неправительственной организацией, что

разделяет функции проверки качества и оплаты. Министерство здравоохранения США (DHHS, CMS), как один из механизмов контроля качества, оплачивает за оказание медицинских услуг только тем организациям, которые аккредитованы Объединенной комиссией.



Рисунок 2 - Структура Объединенной комиссии США

Международная объединенная комиссия JCI аккредитует медицинские организации за пределами США на добровольной основе. На сегодня, свыше 400 организаций аккредитованы в более чем 40 странах аккредитованы либо сертифицированы JCI. Миссия Международной объединенной комиссии – это: «непрерывное улучшение качества медицинского ухода и безопасности пациента в мировом пространстве путем предоставления обучения, консультативных услуг и проведения международной аккредитации и сертификации»

В 1953 г. Объединенная комиссия выпустила первый сборник Стандартов аккредитации для больниц. В настоящее время стандарты аккредитации для использования в пределах США переиздаются ежегодно, что позволяет оперативно включать новые рычаги влияния на качество оказываемых услуг через стандарты. Сборники стандартов для международного пользования также переиздаются с целью совершенствования, каждые три года.

Созданы сборники стандартов аккредитации JCI для организаций различного профиля – стандарты для больниц, амбулаторных центров, лабораторий, организаций медицинского транспорта, реабилитационных центров и др. Стандарты JCI для больниц

(4 изд., 2011 г.) содержат 329 стандартов в составе 14 глав, что равно 1250 измеримым элементам. Стандарты оцениваются по измеримым элементам – пунктам стандарта, по выполнению которых можно оценить внедрение стандарта. В целом, стандарты можно разделить на две тематические группы:

- Пациент - ориентированное лечение и уход
- Организационные вопросы и менеджмент

Внедрение стандартов подразумевает выстраивание определенных структур, стандартизацию процессов, и достижение результатов. Процессы (рабочие, клинические) описываются в правилах и процедурах, иллюстрируются в формах, которые далее внедряются в практику. Процесс внедрения любого новшества сопровождается многократным, в различной форме обучением.

В работе по внедрению стандартов как никогда, кстати, оказывается известный цикл улучшения качества PDCA (Рис. 3).



**Рисунок 3 - Цикл улучшения качества (цикл Деминга) PDCA**

Планирование подразумевает процессы бюджетирования, обучения, регламентирования процесса и изложения его в правилах. Исполнение – это утверждение документов и вступление их в силу, практическое пользование или выполнение чего-либо. Аудит – это любые действия по определению эффективности внедренного процесса (проверка и выявление слабых мест в системе). И последний этап цикла – принятие корректирующих мер, то есть исправление процесса, либо усиление обучения, и др. действия. Несомненно, ключевую роль в управлении переменами играют руководители организации – их видение, приверженность к этическим принципам работы и преданность (фокус) поставленной цели определяют организационную культуру и успех проекта в целом.

Существует доказательная база – показатели индикаторов деятельности организаций, до и после получения аккредитации. Традиционно, это снижение истинного показателя внутрибольничных инфекций, повышение отчетности об инцидентах и медицинских ошибках, и как результат – снижение неблагоприятных исходов, приток медицинских туристов, снижение необоснованных затрат, повышение удовлетворенности персонала и пациентов (Рис. 4).

Долгосрочные

- ↓ внутрибольничных инфекций
- ↓ медицинских ошибок
- ↓ средней длительности пребывания
- ↓ ненужных затрат (ошибки)
- ↑ платных пациентов, мед.туристов
- ↑ удовлетворенности персонала
- ↑ удовлетворенности пациентов

**Рисунок 4 - Результат аккредитованных JCI организаций**

Однако следует помнить, что в условиях Казахстана, где большинство стандартов, исходящие из западных систем, являются новыми в принципе для системы постсоветского здравоохранения, есть и другие причины, почему международная аккредитация представляет интерес с точки зрения организации лечебного процесса.

К примеру, новые структуры включают штатное расписание. Согласно лучшей мировой практике, соотношение среднего медицинского персонала к пациентам учитывает уровень сложности (профиль), и составляет, в среднем, 1-2 пациента на 1 медсестру в отделении реанимации и интенсивной терапии, 4-5 пациента на 1 медсестру в отделениях хирургического профиля, и 7-8 пациентов на 1 медсестру в терапевтических отделениях. Следует учесть, что западная практика сестринского ухода не предусматривает «процедурных» медицинских сестер, которые замещаются

универсальными «постовыми» сестрами, выполняющие все сестринские функции для определенных ей или ему пациента.

Другая новая структура – это необходимость централизованного разведения и приготовления лекарственных средств (ЛС). Если традиционно ЛС готовятся процедурными медсестрами в каждом отделении в процедурном кабинете или реанимационном зале на отведенном столике, то лучшая мировая практика – это разведение ЛС специально обученными

фармацевтами в тихих асептических условиях в централизованном месте, где ведется двойной контроль каждого назначения до его выполнения клиническим фармакологом и возможен персонифицированный учет ЛС через госпитальную информационную систему.

Новые процессы включают многочисленные примеры - в ведении медицинской документации (Рис. 5), требовании единого стандарта ухода за пациентами (Табл. 1), повышение безопасности пациента (Рис. 6), персонала (Рис. 7) и многие другие.

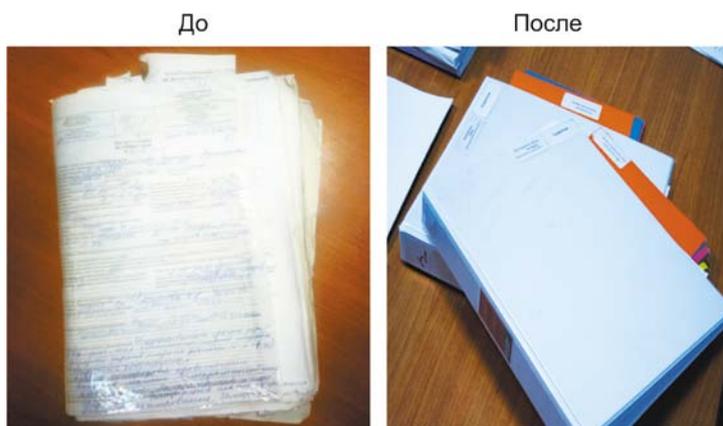


Рисунок 5 - Пример медицинской карты

Таблица 1. Особенности единого стандарта ухода за пациентами

Процесс	До аккредитации в ННЦМД	После аккредитации ЖСИ в ННЦМД
Ежедневный осмотр пациента врачами	- Нет в выходные дни - Дежурный врач общего профиля, осмотр только тяжело больных	- Есть все дни недели - Осмотр профильным врачом всех пациентов с дневниковой записью
Мониторинг при анестезии, операции	- Разные параметры - Разный формат записи при одних процедурах	- Единые параметры - Единая частота записи - Инструменты (критерии пробуждения, перевода в реанимацию, чек - листы)
Регламент процесса	- Нет внутренних правил и процедур, только НПА МЗ РК	- Есть правила и процедуры по каждому процессу + формы к ним



Рисунок 6 - Пример: безопасность пациента



Рисунок 7 - Пример: безопасность персонала

И несмотря на внедрение стольких новых процессов через огромный, кропотливый труд коллектива свыше 1200 человек, консультанты из Международной объединенной комиссии предупреждают, что совершенству нет предела. Цель аккредитации – это стимулировать непрерывное улучшение качества. Организация, получившая статус аккредитованной, обязана предоставить «Стратегический план по улучшению» в

головной офис Международной объединенной комиссии, так как нет еще в истории организации, где все пределы возможного достигнуты.

Стандарт улучшения качества – это то, что мы шлифуем каждый день, для каждого пациента. Аккредитация Международной объединенной комиссии учит нас видеть привычное глазами надежности, качества и поиска наилучшего.

**И.Р. Кулмагамбетов**

*Заместитель генерального директора по научно-образовательной деятельности РЦРЗ МЗ РК*

**В.В. Койков**

*Руководитель Центра научных исследований, экспертизы и развития инновационной деятельности в здравоохранении*

## МЕНЕДЖМЕНТ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ В XXI ВЕКЕ: СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ

**Н**аука и инновации, основанные на научных достижениях, являются ключевыми факторами экономического роста и социального благополучия любого государства, стремящегося достичь конкурентоспособности на международном уровне. Развитие науки и инноваций является основополагающим условием достижения конкурентоспособности в любой сфере деятельности, в том числе и в области здравоохранения. Именно высококачественные научные исследования лежат в основе улучшения состояния здоровья населения на национальном уровне и в глобальном масштабе [1].

Успешность развития медицинской науки напрямую определяется эффективностью используемых управленческих подходов, как на уровне уполномоченного отраслевого органа, так и на уровне научных организаций, а также непосредственно в рамках организации деятельности научного коллектива, реализующего конкретные научные программы и проекты. От результатов менеджмента напрямую зависят все другие условия, необходимые для развития отраслевой науки – финансирование, ресурсное обеспечение и т.д. [2,3].

В этой связи, наиболее актуальным направлением проводимых реформ в области отраслевой науки является модернизация медицинских исследований с помощью инновационного менеджмента, направленного на развитие конкурентной среды научных исследований, расширение практики грантового финансирования исследований, привлечение частного бизнеса и инвестиций в отечественную медицинскую науку, а также развитие научного потенциала организаций и ученых [4,5].

В основе принятия эффективных управленческих и организационных решений должно лежать, прежде всего, получение объективной информации о современном состоянии науки, возможностях и угрозах для ее развития.

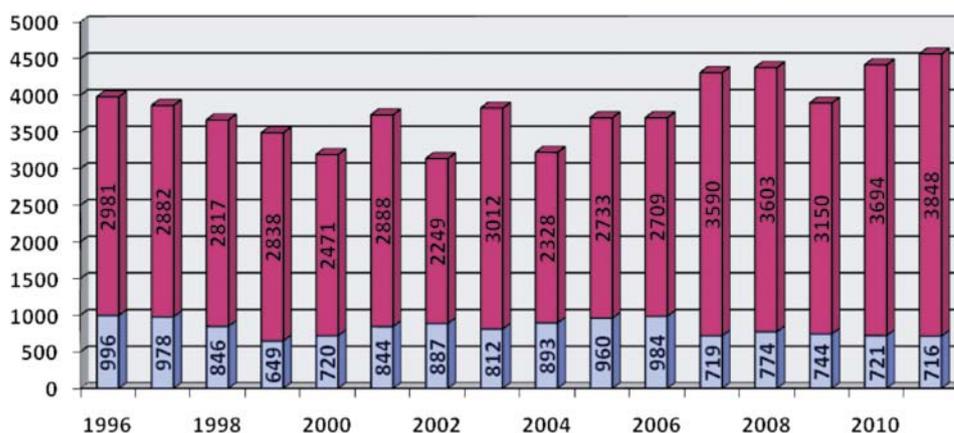
Настоящий аналитический обзор посвящен изучению и оценке состояния и перспектив развития отраслевой науки и менеджмента в сфере биомедицинских исследований.

Развитию отечественной медицинской науки, начиная с первых лет обретения независимости Республикой Казахстан, способствовало формирование сети профильных организаций медицинской науки, сохранение активной части научного потенциала здравоохранения страны, формирование национальных приоритетов научно-технологического развития, в том числе в сфере медицинской науки, размещение государственного заказа на проведение прикладных научных исследований в области здравоохранения.

Несмотря на снижение количества научных сотрудников, работающих в научных организациях системы здравоохранения, с 1101 человек в 1991 году до 716 человек в 2011 году, связанное с объективными социально-экономическими факторами 90-х – начала 2000-х годов, отмечалось неуклонное развитие инфраструктуры отечественных научных исследований в области здравоохранения. Если в 1991 году в системе здравоохранения функционировало 11 научных организаций, то к 2001 году было вновь открыто 6 научных организаций, к 2011 году количество организаций медицинской науки возросло до 24, кроме того научные исследования выполняются в 8 организациях высшего и последиplomного образования. Именно в организациях медицинского образования и сосредотачивается в последние годы основной научный потенциал отрасли – количество научно-педагогических кадров по сравнению с 1996 годом возросло на 29% [5,6].

По состоянию на 2011 год, из 716 научных сотрудников 27,1% составляют доктора наук, 42,6% кандидаты наук и лишь 1% доктора PhD (Рис. 1) [2].

В структуре возрастного состава отмечается тенденция старения научных кадров (таблица 1).



**Рисунок 1 - Численность научно-исследовательских и научно - педагогических кадров в здравоохранении за период 1996 -2011 гг.**

**Таблица 1 - Структура возрастного состава научных работников**

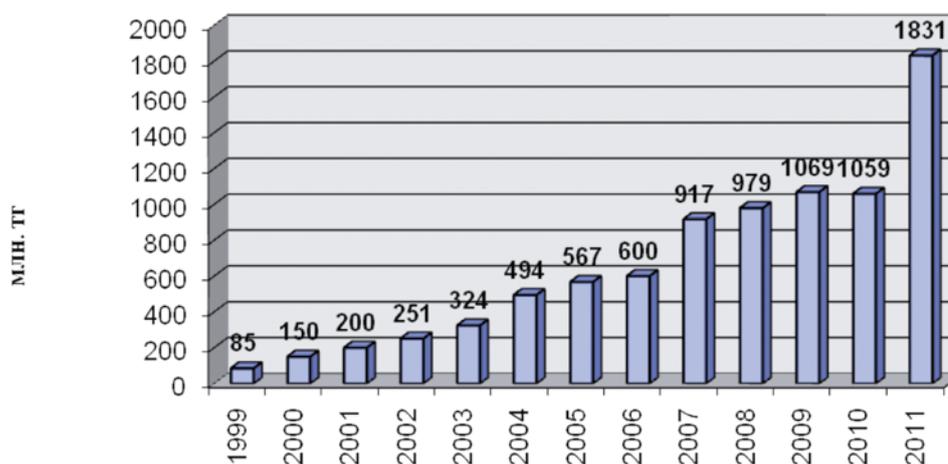
	25-30 лет	31-40 лет	41-50 лет	51-60 лет	61 лет и старше
1991 год	48%	25%	17%	9%	1,5%
2001 год	37%	25%	12%	19%	7%
2011 год	12%	30%	20%	24%	14%

Анализ распределения научных кадров по полу на 2011 год показал, что в медицинской науке отмечается преобладание женщин – 71,5%, соотношение женщин и мужчин составляет 2,5:1 соответственно. Средний возраст докторов наук - 58,5 лет, а средний возраст кандидатов наук составляет 45,9 лет.

Количество выполняемых научно-технических программ (НТП) с каждым годом варьирует. До 1997 года выполнялись 54 НТП. Начиная с 2000 года, реализуются уже 22 НТП, в 2007 году - 56 НТП, соответственно увеличилось и финансирование прикладных научных исследований в области здравоохранения (с 251,7 млн. тенге в 2002 году до 917 млн. тенге в 2007 году). С 2008 года наблюдается снижение количество НТП, выполняемых в рамках государственного

заказа до 46 и в 2012 году до 24. Во многом это связано с переходом к программно-целевой форме финансирования прикладных научных исследований, предусматривающей выделение госзаказа на комплексные научные программы, в рамках реализации, которых головные организации обязаны привлекать широкий спектр соисполнителей из числа других научных организаций.

В 2008 году на реализацию научно-технических программ по прикладным научным исследованиям в области здравоохранения выделено 979,0 млн. тенге, а в 2011 году – 1831 млн. тенге. Финансирование прикладных научных исследований в области здравоохранения с 1999 года возросло в 13 раз и составило 0,0065% от ВВП (Рис. 2).



**Рисунок 2 - Расходы на научные исследования сектора здравоохранения**

Для внедрения современного менеджмента научных исследований Министерством здравоохранения РК с 2008 года реализуется Концепция реформирования медицинской науки РК. Начаты мероприятия по совершенствованию управления медицинской наукой: в целях получения большей самостоятельности ряд научных организаций перешли в статус акционерных обществ (22%) и государственных предприятий на праве хозяйственного ведения (47%).

В рамках интеграции образования, науки и практики в отрасли создаются научно-образовательно-практические кластеры и научные консорциумы. Так, успешно функционирует кластер в системе наркологической помощи РК и научный консорциум в области медицинской экологии Республики Казахстан, в которых научно-медицинские организации объединяют человеческие, интеллектуальные, финансовые и иные ресурсы для проведения фундаментальных, прикладных научных исследований, разработки технологических инноваций и подготовки высококвалифицированных специалистов, интеграции с практическим здравоохранением.

В целях эффективного управления научно-исследовательским процессом в организациях медицинской науки создаются подразделения, необходимые для обеспечения исследовательского процесса. Так во всех научных организациях созданы отделы менеджмента научных исследований, в большинстве организаций (20) созданы центры доказательной медицины. Кроме того, в ряде научных организаций созданы сектора (отделы) биостатистики (13), клинической эпидемиологии (15), патентно-информационной работы (9).

Начиная с 2005 года, в секторе здравоохранения РК развивается система этической экспертизы научных исследований. Данная система является двухступенчатой и состоит из Центральной Комиссии по вопросам этики МЗ РК и 28 локальных этических комиссий на уровне научно-исследовательских институтов/центров МЗ РК (20) и организаций высшего и последиplomного медицинского образования (8).

В рамках реализации Плана мероприятий по реализации Государственной программы развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы в 2012 году начато создание 2 научных геномных лабораторий коллективного пользования на базе Казахского национального университета им. А.Н. Асфендиярова и Карагандинского государственного медицинского университета.

Разработанная в 2008 система рейтинговой оценки (индикаторов) деятельности организаций медицинской науки и Министерством здравоохранения РК, основанная на общепризнанных показателях объема и результативности научной деятельности, позволила создать условия для

расширения объемов научной деятельности, повышения уровня продуктивности научно-исследовательской и научно-издательской деятельности. За годы реализации Концепции реформирования медицинской науки отмечен рост удельного веса НТП, выполняемых медицинскими вузами с 7,2 до 9,7%, доли публикаций в международных изданиях с 5 до 6,4%, удельного веса международных патентов с 0 до 2%.

Несмотря на обилие медицинских организаций образования и науки и предпринимаемые действия уполномоченных органов (МОН РК и МЗ РК) в области развития и поддержки сферы научной деятельности, в т.ч. в сфере здравоохранения, следует отметить наличие явных сдерживающих факторов развития медицинской науки:

- неэффективное управление медицинской наукой и ресурсами отрасли;
- ограниченное и нерациональное финансирование научно-медицинских исследований;
- слабая материально-техническая база в организациях медицинской науки и вузов;
- разобщенность медицинской науки и профессионального образования с практическим здравоохранением
- неконкурентоспособность и невостребованность отечественной медицинской науки;
- недостаточное внедрение информационно-коммуникационных технологий на всех уровнях медицинской науки;
- недостаточный уровень потенциала научных работников в области научных и медицинских технологий;
- слабое развитие системы определения профессиональной пригодности, мер социальной поддержки и стимулирования научных работников и др. [4,5].

Анализ состояния медицинской науки указывает, прежде всего, на необходимость совершенствования координации и управления научной деятельностью.

В основе первоочередных мер, которые должны быть предприняты по как по линии уполномоченного органа, так и на уровне организаций медицинской науки, лежит поэтапное внедрение института профессиональных менеджеров и транспарентных форм управления организациями науки, включая расширение их автономии в исследовательской, финансовой и управленческой деятельности, развитие современных управленческих технологий в области науки, современной практики стратегического планирования и проектного менеджмента. Внедрение системы планирования, ориентированной на результат, требует от руководителей организаций и научных работников новых навыков управления, переподготовки и повышения квалификации [7].

В организациях науки необходимо

шире внедрять принципы корпоративного управления: коллегиальность в управлении, прозрачность деятельности, ответственность. Принципы корпоративного управления предполагают три ключевых аспекта управленческой деятельности: принятие стратегии, утверждение бюджета, кадровая политика.

В деятельности организаций медицинского образования и науки необходимо шире внедрять международные стандарты (GCP, GLP, GCLP, QPBR и др.) и требования, менеджмент научных исследований и системное управление качеством [1].

Ряд аналитических и управленческих функций (регулярный мониторинг развития отраслевой науки, научно-медицинская экспертиза и т.д.), осуществляемых в медицинской науке Министерством здравоохранения РК, возможно, следует отдать на аутсорсинг подведомственным организациям (например, Республиканскому центру развития здравоохранения). Важным является широкое развитие научно-медицинской инфраструктуры, творческой научной среды и внедрение единых индикаторов оценки результатов научно-исследовательских работ.

Система базового финансирования организаций науки и научных подразделений организаций образования должна обеспечивать поддержку и развитие научной инфраструктуры организаций, выполняющих исследования в области здравоохранения, при этом, наряду с государственной поддержкой должны создаваться условия для появления альтернативных источников финансирования медицинской науки.

Программно-целевое финансирование прикладных научных исследований, осуществляемое уполномоченным органом в области здравоохранения, должно осуществляться по приоритетным для отрасли направлениям. При этом в системе медицинской науки должна существовать действенная система выбора приоритетов с учетом индикаторов смертности и заболеваемости, результатов анализа контингента отбираемых на зарубежное лечение пациентов по которым республика несет наиболее серьезные финансовые затраты. Основная цель определения приоритетных направлений развития медицинской науки – наметить пути улучшения здоровья, качества жизни населения республики, снижения преждевременных и предотвратимых потерь общества в связи с заболеваемостью и смертностью больших групп населения, содействовать переходу на инновационный путь развития [8].

Для реализации программно-целевых программ должна поощряться практика создания консорциумов – сети организаций соисполнителей, объединенных вокруг головной организации (как правило, медицинского вуза) для реализации научных программ по приоритетным направлениям.

Широкое развитие отечественной грантовой системы финансирования прикладных научных исследований в области здравоохранения, а также активное вовлечение отечественных ученых в систему получения международных грантов на проведение научных исследований должны стать одними из основных источников финансирования организаций медицинской науки. При этом одним из ключевых критериев выделения бюджетных средств в рамках грантового финансирования, наряду с научной и практической значимостью, должна стать и потенциально высокая возможность коммерциализации инноваций и научных разработок в выбираемой для исследования области [2,3].

Достижение конкурентоспособности научных разработок в области здравоохранения возможно лишь при охвате всех уровней научных исследований, включая фундаментальные, прикладные и трансляционные научные исследования [8,9].

Особый интерес может представлять развитие системы научных межотраслевых грантов с концентрацией отраслевых средств, предусмотренных на исследования в здравоохранении, экологии в специальном фонде медицинских научных исследований.

Для повышения конкурентоспособности научных исследований в области здравоохранения необходимо дальнейшее активное привлечение дополнительных (внебюджетных) источников финансирования, в том числе использование возможностей государственно-частного партнерства, передачи объектов, оборудования в аренду и доверительное управление частным компаниям. Одним из перспективных направлений является создание бизнес-инкубаторов в научных организациях, поддержка коммерциализации научных разработок [9].

В основе повышения конкурентоспособности научных исследований должно лежать также развитие мульти-центровых исследований, создание современных научных центров коллективного пользования, оснащенных оборудованием, соответствующим лучшим мировым стандартам, формирование научных кластеров, научных консорциумов для обеспечения качества проведения научных исследований, увеличение научной продукции (патентов, публикации в международных изданиях). Необходимо устранить причины оторванности научных центров и научно-исследовательских институтов от практики.

Международная практика показывает, что действенным механизмом повышения качества научных исследований является расширение общественного участия попечительских и наблюдательных советов в развитии медицинской науки, создание неправительственных организаций и ассоциаций в сфере медицинского образования и науки.

Дальнейшее развитие медицинского образования и науки требует межотраслевой координации и внедрения лучшей мировой практики в данной области, использования международных стандартов и требований.

Таким образом, внедрение эффективного менеджмента на всех уровнях и во всех сферах здравоохранения, в том числе в области медицинской науки позволит достичь реальной конкурентоспособности результатов разработок отечественных ученых, что обеспечит развитие высокого научного и инновационного потенциала здравоохранения, подтверждаемого международными индикаторами.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Роль и обязанности ВОЗ в сфере научных исследований в области здравоохранения. Проект стратегии научных исследований в целях здравоохранения ВОЗ. Доклад секретариата. Шестидесят вторая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, 25 марта 2010 года.
2. Rose, Nikolas. *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press., 2007, p.372.
3. Task Force on Health Research Management and Capacity Building Report of the First Meeting. WHO/SEARO, New Delhi, 6–7 March 2008, 26 p.
4. Анализ текущего состояния медицинской науки в Казахстане (краткий обзор). Астана, 2010, 72 с.
5. Ежегодные информационные материалы «Итоги работы Министерства здравоохранения РК», Астана 2010, 2011.
6. Ежегодные статистические сборники «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения» 1999–2010 гг., Стат.сб.– Астана-Алматы, 1999–2010;
7. Государственная программа развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011–2015 годы, утвержденная Указом Президента РК от 29 ноября 2010 года №1113;
8. Стратегия развития Казахстана до 2030 года, изложенная Президентом страны в Послании народу Казахстана от 10 октября 1997 года «Казахстан – 2030»
9. Manju Rani, Hendrik Bekedam, Brian S. Buckley. Improving health research governance and management in the Western Pacific: A WHO Expert Consultation // *Journal of Evidence-Based Medicine*, 2011, Vol., № 4, P. 204–213.
10. Walsh M.K., McNeil J.J., Breen K.J. Improving the governance of health research // *Med. J. Aust.*, 2005, Vol. 182(9), P. 468–471.

### ТҮЙІНДЕМЕ

**XXI ғасырдың отандық медицина ғылымының менеджментің қазіргі күйімен болашағы**

Денсаулық сақтау саласында өткізіліп жатқан еңкөкейкесті бағытқазіргі менеджмент көмегімен дәрігерлік зерттеулердің жаңғыртуы болып табылады.

Өткізілетін реформалардың денсаулыдатқаның төңіректеріндегі өте қазіргі менеджмент көмегімен дәрігерлік зерттеулердің жаңғыртуы болып табылады.

Салалық ғылымдамытудың негізінде зерттеу, қаржы және басқарушылық қызметтердің ғылыми ұйымдардың басқаруына кәсіби менеджерлер мен көлік формаларының институтының кезеңді енгізілуің, оның автономиясының кеңейтуің қоса жатуы керек. Бұдан басқа олардың жаттығу денсаулық сақтауымен кірігудің нақты тетіктерінің енгізуі және ғылыми қызметкерлердің потенциалының дамытуы ғылыми ұйымдардың қамтамасыз ету қорының дамытуы керек. Дәрігерлік ғылымның төңірегіндегі тиімді менеджменттің енгізуі отандық ғалымдардың өңдеулерінің нәтижелерінің нақты бәсекеге түсе алатындығына жетуге мүмкіндік береді.

### SUMMARY

**Management of the national medical science in the XXI Century: status and prospects**

The most urgent area of reform in health care is the modernization of medical research using modern management. Development of medical science must be based on the phased implementation of the professional managers' institution and transparent forms of the health research organizations governance, including the expansion of their autonomy in research, finance and management. In addition, it is necessary to ensure development of resource in research organizations, implementation of effective mechanisms for integrating them with practical health and capacity development of researchers. Implementation of effective management in the field of medical science will provide achievement of real competitiveness results for the domestic scientists' researches.

**К.Д. Тосекбаев**

Главный врач ГККП «Городская станция скорой медицинской помощи», г. Астана

## РАЗВИТИЕ ПРОЕКТА «Е-СКОРАЯ» В ГОРОДСКОЙ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г. АСТАНЫ

С целью реализации ежегодного Послания Президента РК народу Казахстана, в частности повышения качества оказываемых медицинских услуг, а также реализации инновационных проектов в социальной сфере, в составе концепции “Smart Astana” («Умный город»), направленной на модернизацию инфраструктуры города с новым централизованным управлением, уровнем сервисов и безопасности, в декабре 2011г на ГККП «Городская станция скорой медицинской помощи» начались работы по реализации проекта «Е-скорая», аналогов которому не имеется. Данный проект подразумевает установку на бригадах городских станций скорой медицинской помощи (ГССМП) 60 планшетных устройств, представляющих собой комбинацию трех функций в одном гаджете, отображенных на экране в виде трех иконок: GPS-навигатор, IP-телефония и электронный справочник. Спутниковый навигатор отображает в реальном времени кратчайший маршрут движения от точки данного местонахождения машины до нужного адреса. Он оснащен программным обеспечением навигации с интегрированной картой Астаны и Казахстана, суказанием названий улиц на схематичной карте города.

IP-телефония представляет собой альтернативный канал для связи бригад с диспетчером, другими бригадами с такими же устройствами, а также с пациентами и стационарами города. Кроме того, он позволяет бригадам проводить экстренные консультации со старшими врачами, также в режиме видеосвязи.

Электронный справочник медицинского работника (лицензионное программное обеспечение «Параграф») содержит информацию о заболеваниях по алфавитному перечню, их диагностику и лечение, позволяет уточнить дозировки лекарств и другие необходимые в работе сведения. Он предназначен для быстрого поиска информации во время следования на вызов.

Целью этого проекта являлось усовершенствование качества скорой медицинской помощи и скорости обслуживания вызовов в быстро растущей столице, население которой только за последние 2 года выросло с 684 до 733 тысяч человек. Другими

ожидаемыми социально-экономическими эффектами, кроме повышения качества службы скорой медицинской помощи и ее модернизации, являлись снижение вероятности диагностических и тактических ошибок при оказании помощи, экономия времени путем оптимизации маршрута до пункта назначения и снижение неэффективных материальных затрат.

Осуществление проекта ведется совместно с АО «Astana Innovations», структурным подразделением акимата г. Астаны, созданным для реализации концепции умного города.

Внедрение проекта «Е-скорая» проводилось поэтапно. В декабре 2011г. с помощью “AstanaInnovations” началось обучение медицинского персонала ГССМП технике применения планшетников. 23 декабря состоялась презентация планшетников в работе. 21 планшетник был установлен на машинах специализированных врачебных бригад 23 января. 27 планшетников – 15 марта (запуск в эксплуатацию 1 апреля), и 11 планшетников – 15 апреля. С самого начала работы проекта ведется мониторинг работы планшетников в соответствии с индикаторами с предоставлением ежемесячной отчетности Акимату города. Спустя месяц после внедрения устройств для получения обратной связи было проведено первое анкетирование среди бригад, пользующихся устройствами, по результатам этого анкетирования были сделаны предложения по усовершенствованию планшетников. Положительным моментом является то, что система достаточно гибкая и открыта для усовершенствований, целый ряд которых предложили в процессе работы сами пользователи, что позволяет постоянно повышать эффективность устройств. После получения отзывов проведены работы по улучшению качества и скорости телефонной связи. Расширено содержание справочника, в него включены обучающие медицинские программы и тесты по электрокардиографии. В данный момент, идут работы над обновлением содержания справочника с включением в него информации, стандартов и протоколов, относящихся непосредственно к скорой помощи.

Измерение эффективности от внедрения данного проекта проводится в соответствии с

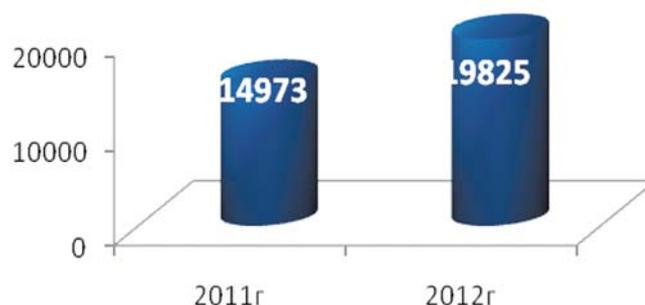
новой системой специфических показателей (индикаторов) объединенных для удобства в две группы: 1) скорость обслуживания (количество обслуженных вызовов, время обслуживания вызова, среднее время доезда до больного и стационара, количество задержек) и 2) качество диагностики и лечения (процент госпитализации, расхождения диагнозов

с приемными отделениями стационаров, количество повторных вызовов и летальность в присутствии бригады). Показатели за весь период с начала ввода в эксплуатацию сравниваются с аналогичным периодом за 2011г. Используются показатели работы только специализированных врачебных бригад (Табл. 1).

**Таблица 1 - Сравнительный анализ эффективности внедрения планшетных устройств на специализированных врачебных бригадах городской станции скорой медицинской помощи за 1 квартал 2012г. (в сравнении с аналогичным периодом 2011г.)**

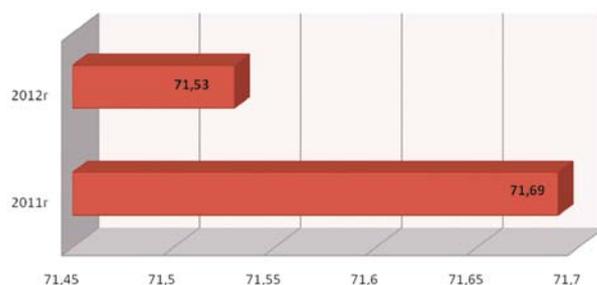
Показатели за 1 квартал	2011г	2012г	разница	результат
Нагрузка, т.е. кол-во обслуженных вызовов (рис. 1)	14973	19825	4852	повышение
Среднее время обслуживания (включая транспортировку), мин (рис.2)	71,69	71,53	-0,16	Снижение
Среднее время доезда до больного (рис.3)	15,8	15,22	-0,58	Снижение
Задержки по диспетчерской, % (рис.4)	25,14%	18,96%	-0,0618	Снижение
Задержки по доезду, % (рис.4)	31,00%	30,00%	-1,00%	Снижение
Госпитализация (рис.5)	1352	2051	699	Повышение
Госпитализация, % (рис.6)	55,56%	61,63%	6,07%	Повышение
Расхождения (рис.7)	9	7	-2	Снижение
Повторы	89	83	-6	Снижение
Повторы, % (рис.8)	0,70%	0,50%	-0,20%	Снижение
Летальность в присутствии (рис.9)	18	12	-6	Снижение
Летальность в присутствии, %	0,10%	0,09%	-0,01%	Снижение

Из анализа видно, что: количество обслуженных вызовов выросло на 32%



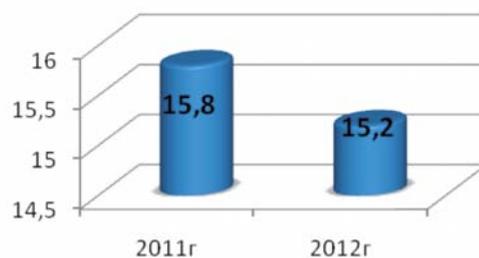
**Рисунок 1 - Показатели количества обслуженных вызовов специализированными бригадами за 1 квартал 2011 и 2012 гг.**

среднее время обслуживания несколько сократилось - с 71,69 до 71,53мин:



**Рисунок 2 - Среднее время обслуживания вызовов специализированными бригадами за 1 квартал 2011 и 2012 гг.**

среднее время доезда до больного также снизилось с 15,8 до 15,2мин



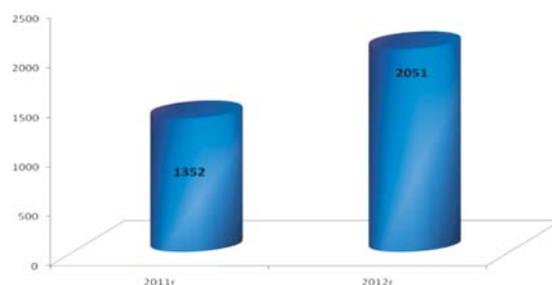
**Рисунок 3 - Среднее время доезда до больного персоналом специализированных бригад**

Задержки по диспетчерской и по доезду снизились:



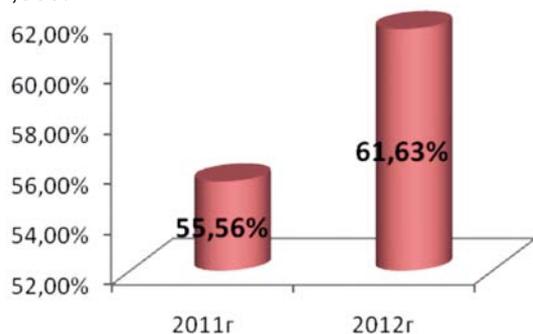
**Рисунок 4 - Динамика задержек в обслуживании вызовов специализированными бригадами за 1 квартал 2011 и 2012г.**

количество госпитализированных больных выросло на 34%:



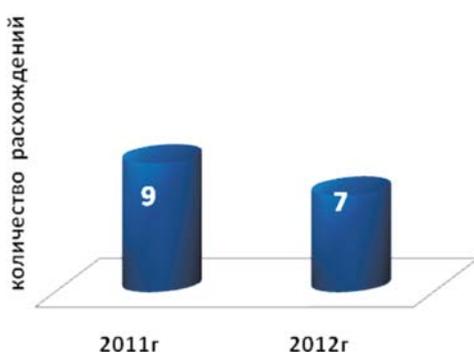
**Рисунок 5 - Количество больных, госпитализированных специализированными бригадами за 1 квартал 2012г. в сравнении с аналогичным периодом в 2011 г.**

Процент госпитализации вырос с 55,56% до 61,63%:



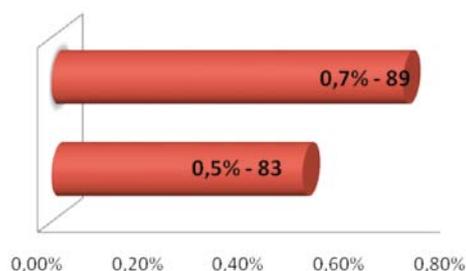
**Рисунок 6 - Процент госпитализации у специализированных бригад в 1 квартале 2012г. в сравнении с 1 кварталом 2011г.**

количество расхождений диагнозов со стационарами города уменьшилось:



**Рисунок 7 - Сравнительный показатель расхождений диагнозов специализированных бригад с диагнозами стационаров города за 1 квартал 2011 и 2012 гг.**

количество повторов снизилось на 0,2%:



**Рисунок 8 - Сравнительный показатель повторных вызовов в течение суток к одному и тому же больному за 1 квартал 2011 и 2012гг. (отделение специализированных бригад)**

летальность в присутствии бригад снизилась на 30%:



**Рисунок 9 - Показатель летальности в присутствии специализированных бригад СМП за 1 квартал 2011 и 2012 гг.**

В ближайшие планы входит повышение преемственности по Е-скорой со стационарами города. Ускорение обслуживания вызовов критических больных на догоспитальном этапе при помощи Е-скорой – это только первое звено в так называемой «цепи выживания» – специализированной экстренной помощи при критических состояниях, таких как инфаркт миокарда, тяжелые травмы, инсульты и заболевания у беременных. Вторым звеном в этой цепи является немедленная или постоянная готовность стационаров к приему этой категории больных и быстрое реагирование в виде скорейшей постановки диагноза и начала лечения. В этом смысле планшетные устройства представляют дополнительную возможность для связи бригад еще в дороге со стационарами и предупреждения о доставке тяжелого больного с сообщением точного времени доставки. Такая процедура дает стационарам время заранее организовать бригаду специалистов, ожидающих пациента уже в приемном отделении, а также запустить сложные лечебно-диагностические процедуры и технику (компьютерная томография, операционный зал, оборудование для наркоза с бригадой анестезиологов). Для осуществления этой программы также потребуются установка планшетников в приемных отделениях городских больниц, высокоскоростной интернет, видеосвязь, а также обученный персонал, способный быстро реагировать на получаемую информацию. Первые шаги в этом направлении уже предприняты, например, уже полноценно работает система преемственности с инсультными отделениями 1-й Городской, Дорожной больниц и Больницы Скорой Помощи, в которых работают инсультные бригады, ожидающие больных в приемном покое к моменту их доставки.

Все эти меры предназначены для скорейшего повсеместного внедрения в практику эффективного немедленного лечения неотложных состояний (стентирование, аортокоронарное шунтирование, тромболитизис, нейрохирургические операции и много другое) в соответствии с современными мировыми стандартами.

Таким образом, начальный сравнительный анализ работы специализированных бригад за 1 квартал 2012г. показал эффективность внедрения проекта «Е-скорая» на Городской станции скорой медицинской помощи г. Астаны, что выразилось в виде улучшения как количественных, так и качественных показателей. Количественные показатели отразили увеличение количества обслуживаемых вызовов, снижение времени доезда до больного, времени обслуживания вызовов и количества задержек в прибытии

на вызова. Качественные показатели выявили повышение количества госпитализированных больных наряду с процентом госпитализации, снижение количества расхождений диагнозов скорой медицинской помощи с диагнозами приемных отделений стационаров, уменьшение количества повторных вызовов к одному больному, и, наконец, снижение летальности в присутствии бригад. Ведется регулярный мониторинг основных индикаторов эффективности проекта. Одновременно осуществляются постоянные работы по усовершенствованию планшетных устройств по нескольким направлениям, а также определены перспективы развития проекта «Е-скорая» в приемных отделениях стационаров для улучшения преемственности между ГССМП и стационарными службами г. Астана. Таким образом, очевидно, что дальнейшее активное выявление и использование возможностей

проекта «Е-скорая» с расширением областей применения планшетных устройств представляет собой одну из первоочередных задач, поставленных перед службой скорой медицинской помощи г. Астана.

Реализация проекта «Е-скорая» на ГККП «Городская станция скорой медицинской помощи г. Астана» способствует отражению положительной динамики на основных показателях предприятия.

Применение электронных планшетников на бригадах скорой медицинской помощи создает возможность персоналу совершенствовать свои навыки и знания, повышает уровень коммуникации бригад с другими медицинскими учреждениями города.

Данный инновационный проект имеет возможность и необходимость дальнейшего совершенствования посредством внедрения дополнительного функционала.

## ТҮЙІНДЕМЕ

**Е-жобаның дамытуы - Астана қаласының жедел медициналық жәрдем станциясы**

«Қалалық жедел медициналық жәрдем станциясы» МКҚК мақаласында «Е-скорая» жобасын енгізу тәжірибесі суреттеледі, өзімен планшет құрылғысын орнатуды, IP-телефонымен байланысуды, GPS-навигатор және медициналық анықтаманы көрсетеді.

2012 жылдың I тоқсан қорытындысы бойынша сандық бағалаудың ұқсастық кезеңін алдыңғы жылмен салыстыруда индикаторларды қолданудағы жобаны енгізудің тиімділігіне талдау жүргізілуде. ҚЖМЖС-да «Е-скорая» жобасының бұдан әрі даму перспективалары анықталды.

## SUMMARY

**The project - E development - ambulance station in Astana city**

The unique experience of introducing a new E-Ambulance project in the daily job of Emergency Medical Services in Astana is described in the article. The new devices provided to the ambulance crews and installed at the emergency vehicles combine IP-telephone, GPS-navigator and electronic medical reference software in one tab equipped with a touch-screen and user-friendly interface. The effect of the new project is measured against specific quality control indicators for 1st quarter 2012 in comparison with the same period on 2011. The perspectives of the further project development are identified both for the Ambulance service and city hospitals.

**Н.М. Исатаева**

*Руководитель Центра совершенствования организации медицинской помощи и статистики РЦРЗ МЗ РК*

**М.Ж. Сагиндыкова**

*Начальник отдела совершенствования организации амбулаторной помощи ЦСОМПС РЦРЗ МЗ РК*

## ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СЛУЖБУ АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ РК

Государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан «СаламаттыҚазақстан» на 2011-2015 годы поставлена задача комплексного совершенствования системы здравоохранения с целью подъема ее на качественно новый уровень развития, что может быть достигнуто, прежде всего, путем коренного изменения технологии оказания услуг первичной медико-санитарной медицинской помощи (ПМСП) и внедрения новых форм оказания медицинской помощи.

Достижение поставленных целей по совершенствованию и развитию ПМСП направлены на:

- дальнейшее общей врачебной практики;
- совершенствование организационной структуры поликлиники путем создания Центра семейного здоровья, службы социально-психологической помощи;
- внедрение института социальной работы и психолога;
- делегирование части полномочий от врача к медицинским сестрам с доведением соотношений врачей ПМСП и медицинских сестер до 1:3 для службы общей практики и 1:2 для участковой службы;
- внедрение дополнительного компонента к тарифу ПМСП для стимулирования профилактической направленности, расширения спектра и качества оказываемых услуг, повышения мотивации медицинских работников ПМСП.

Для создания эффективной, доступной, равноправной системы оказания амбулаторной медицинской помощи населению, ориентированной на пациента, с 2011 года пересмотрена организационная структура поликлиники путем разделения ее на три подразделения, базирующихся на распределении функциональных обязанностей и схемах финансирования: центр семейного здоровья, вспомогательно-диагностическое и консультативно-диагностическое отделения.

Усовершенствованная модель организации первичного звена здравоохранения

предусматривает введение для участкового терапевта, педиатра ставки второй медсестры для проведения патронажа больных с хроническими формами заболеваний, оказания содействия врачу при обслуживании вызовов, переданных на ПМСП со скорой медицинской помощи в часы работы ПМСП, и для врача общей практики – ставки третьей медсестры для проведения профилактической работы с прикрепленным населением (скрининги, формирование целевых групп, обучение здоровому образу жизни и профилактике).

В 2011 году в систему ПМСП внедрен институт социальных работников по нормативам в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2009 года № 630 «Об утверждении стандарта оказания специальных социальных услуг в области здравоохранения».

К началу 2012 года в социально-психологической службе насчитывалось 2496 работников, из них 2063 социальных работников (82,7%) и 431 психологов (17,2). Медицинское образование имеют 1537 работников (61,6% от общего количества), в том числе психологи с медицинским образованием составили 12% и социальные работники – 71,8%.

В Казахстане к числу граждан отдельных категорий, нуждающихся в социальной психологической помощи, относится 208733 человек, из них дети-сироты без родительского попечения – 20441. Количество безнадзорных несовершеннолетних, в том числе с девиантным поведением – 2937 чел., число пациентов со стойкими нарушениями функций организма, обусловленными физическими и умственными возмужностями среди взрослых – 151153 человек, среди детей – 21341 чел. Бездомных лиц (бомжей) – 4447, из них детей – 171, лиц, освобожденных из мест лишения свободы – 8414, из них детей – 68.

За отчетный период социальными работниками было выполнено 3 653149 посещений на дому. На телефон доверия поступило 15 826 звонков. Проведено 253 372 консультаций по медико-социальным

проблемам, тренингов 2644, где приняли участие 73 988 человек.

В среднем по республике за 2011 год 1 социальный работник или психолог провел 101 консультацию, 1 тренинг, 1464 посещения на дому.

С целью дальнейшего повышения доступности медицинской помощи сельскому населению, проживающему в отдаленных и труднодоступных регионах страны, развивается транспортная медицина в виде медицинских поездов, передвижных медицинских комплексов (ПМК) и санитарной авиации.

По железным дорогам страны продолжают курсировать медицинские поезда «Денсаулық», «Жәрдем» и «Саламатты Қазақстан».

Специализированные медицинские поезда оснащены современным цифровым лабораторным, рентгено-диагностическим, ультразвуковым, эндоскопическим, электроинструментальным медицинским оборудованием, телекоммуникационными средствами, включающими телемедицинский центр, спутниковый канал связи с постоянной телефонией и широкополосным доступом к сети интернет с зоной покрытия всей территории Республики.

Технические возможности поездов позволяют проводить широкий спектр лечебно-диагностических мероприятий, малые амбулаторные хирургические операции, оказывать стоматологическую помощь населению, проводить on-line конференции, консилиумы, консультации больных из отдаленных сел специалистами ведущих научных медицинских центров Республики Казахстан и стран СНГ.

Обследовано 8392 жителей, в том числе 1972 детей 38 станций Алматинской, Акмолинской и Западно-Казахстанской областей.

Проведено 36078 диагностических процедур, 61 малых амбулаторных операций. Маммологом осмотрено 1512 женщин, стоматологическая помощь оказана 1795 жителям. Выявлено 8498 заболеваний, в том числе 1065 у детей. Новообразований 58, в том числе впервые – 47.

Передвижной медицинский комплекс (ПМК) – это амбулаторно-поликлинический комплекс, укомплектованный мобильной медицинской бригадой, базирующийся на специальном автотранспорте, и предназначенный для проведения:

- 1) профилактических осмотров (скрининги);
- 2) диспансерного осмотра лиц с хроническими формами заболеваний, подлежащих диспансеризации;
- 3) плановой консультативно-диагностической медицинской помощи профильными специалистами;
- 4) диагностических и лабораторных исследований;
- 5) экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе в случаях чрезвычайной ситуации;

6) обеспечения доступности лекарственных средств жителям сельских населенных пунктов и предоставления лекарственных средств на бесплатной и льготной основе на амбулаторном уровне лечения в соответствии с утвержденным перечнем заболеваний;

7) пропаганды и формирования здорового образа жизни.

В структуру ПМК входят следующие кабинеты: общего приема и функциональной диагностики, гинеколога, хирурга, офтальмолога, отоларинголога, лабораторной диагностики, рентгенографии, стоматолога и аптечный пункт.

Всего из республиканского бюджета выделены финансовые средства для закупок 50-ти так называемых «поликлиник на колесах». В 2011 году поставлено в регионы 11 ПМК (Акмолинская, Актюбинская, Алматинская, Атырауская, Восточно-Казахстанская, Западно-Казахстанская, Жамбылская, Карагандинская, Мангистауская, Павлодарская и Южно-Казахстанская области). Министерством здравоохранения в 2011 году закуплено еще 28 ПМК, которые начинают работу в 2012 году.

За 2011 год выездами ПМК охвачено 676 населенных пунктов, т.е. 11,2% от общего числа сельских населенных пунктов республики (6013).

Охвачено осмотром взрослого и детского населения 148679 чел., из них дети до 1 года – 2650 (1,8%) от общего количества осматриваемых на ПМК, дети до 18 лет – 23783 (16%), женщины фертильного возраста – 32874 (22,1%).

Всего проведено 176069 исследований, из них 97694 (55,2%) диагностических (ЭКГ, УЗИ, видеокольпоскопия, ректороманоскопия, маммография, флюорография) и 78375 (44,2%) лабораторных исследований на биохимическом, гематологическом анализаторах.

В результате скрининга выявлено 41340 больных (41660 заболеваний) или 27,8%. Болезни системы кровообращения (далее – БСК) выявлены у 20585 больных (62,4%), онкозаболевания (рак шейки матки – РШМ, молочной железы – РМЖ, прямой кишки – РПК) – у 568 или 1,3%, сахарный диабет – у 5599 (13,4%).

Впервые (с впервые установленным диагнозом) взято на диспансерный учет 9966 больных или 23,9%. Структура нозологий: артериальная гипертония (АГ) – 2583 (25,9%), острый инфаркт миокарда (ОИМ) – 17 (0,2%), ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 996 (10%), онкозаболевания (РМЖ, РШМ, РПК) – 100 (1%), глаукома – 534 (5,4%), сахарный диабет – 305 (3,1%), туберкулез – 30 (0,3%).

Оздоровлено 13113, что составляет 31,7% от выявленных больных. Из них в амбулаторных условиях оздоровлено 10420 человека, что составило 79,5%. В условиях дневного пребывания в стационарах и амбулаторно-поликлинических организациях прошли оздоровление 11,6% больных (1411). На стационарное лечение было направлено 2164 больных, что составило 16,5%. Профильными

специалистами проведено 133350 консультаций. Проведено 42034 мероприятия по пропаганде здорового образа жизни (лекции, беседы и т.д.).

Аптечный пункт ПМК реализует льготные лекарственные препараты. Выписано 959 рецептов.

Служба санитарной авиации организована на республиканском уровне единой базой и координируется созданным Центром в АО «Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи».

Для этой цели используются на договорной основе самолеты и вертолеты различных авиакомпаний. В системе санавиации используется всего 12 единиц авиатранспорта (6 самолетов и 6 вертолетов), самолеты типа АН-2, вертолеты типа МИ-8, МИ-17, МИ-171.

За отчетный период всего совершено 111 вылетов, из них 57 больших (51%) были доставлены в республиканские центры. Была оказана помощь 11 больным на месте (10%) и проведены консультации 54 больным (49 %).

Санитарной авиацией было задействовано 144 врача. Наибольшее количество выездов приходится на врачей хирургического профиля (хирурги, акушер-гинекологи) – 54,9 %, терапевты составляют 13,8%, педиатры – 16%.

Как известно, травматизм является одной из важнейших медико-социальных проблем современности, занимающие в структуре смертности третье место, на что было указано Главой Государства в Послании к народу Казахстана от 28 января 2011 года «Построим будущее вместе!» и Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.

В этой связи в целях снижения травматизма и смертности на дорогах, оказания своевременной экстренной медицинской помощи на аварийно-опасных участках автодорог республиканского значения начата работа по созданию трассовых медико-спасательных пунктов на следующих участках:

- ТМСП «Акштатау» на участке «Астана–Алматы» в Карагандинской области, вблизи с. Аксу-Аюлы;
- ТМСП «Шыганак» на участке «Астана–Алматы» в Жамбылской области, вблизи г. Шу;
- ТМСП «Жана-Арна» на участке «Алматы–Капчагай» в Алматинской области, вблизи г. Капчагай;
- ТМСП «Таргап» на участке «Алматы–Бишкек» в Алматинской области, вблизи г. Узын-агаш;
- ТМСП «Ушарал» на участке «Алматы–Усть-Каменогорск» в Алматинской области, вблизи г. Ушарал;
- ТМСП «Тортколь» на участке «Шымкент – Кызылорда» в Южно-Казахстанской области, вблизи с. Темирлан.

С целью оказания своевременной медицинской помощи пострадавшим при ДТП на трассах республиканского значения в 2011 году сформированы бригады из

числа личного состава ГУ «Центр медицины катастроф», работа которых организована в виде командировок в 2 смены по 15 дней по 4 человека (1 врач, 1 фельдшер, 1 фельдшер-диспетчер, 1 водитель-спасатель), поставлены 6 реанимобилей для трассовых медико-спасательных пунктов (ТМСП)

По согласованию с Министерством чрезвычайных ситуаций здравоохранения Республики Казахстан, шесть бригад трассовых пунктов на медико-спасательных реанимобилях, временно размещены в центральных районных больницах:

1. в Алматинской области: г. Капчагай – ТМСП «Жана-Арна»,
2. г. Ушарал - ТМСП «Ушарал»,
3. с. Узын-Агаш – ТМСП «Таргап»,
4. в Карагандинской области: с. Аксу – Аюлы – ТМСП «Акштатау»,
5. в Жамбылской области: г. Шу – ТМСП «Шыганак»,
6. в Южно-Казахстанской области: с. Темирлан – ТМСП «Тортколь».

С 20 декабря 2011 года бригады приступили к работе по оказанию медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях на закрепленных участках.

За период с 20 декабря 2011 года по 19 февраля 2012 года БЭР ТМСП совершено 51 выезд. Оказана медицинская помощь 50 пострадавшим, в том числе 1 ребенку. Госпитализировано 29, в том числе детей – 1.

В 2012 году предусмотрено создание ещё шести трассовых медико-спасательных пунктов на трассе Алматы – Кокшетау.

На сегодняшний день определены следующие места их дислокации:

- На трассе Алматы – Кокшетау на развязке дорог Астана – Кокшетау и Степняк – Астраханка, в придорожной зоне вблизи г. Макинск Акмолинской области;
- На трассе Алматы – Кокшетау, на участке дороги Астана – Караганда, в придорожной зоне вблизи п. Анар Акмолинской области;
- На трассе Алматы – Кокшетау, на участке дороги Караганда – Балхаш, вблизи п. Аксу – Аюлы Карагандинской области;
- На трассе Алматы – Кокшетау, на участке дороги Алматы – Балхаш вблизи п. Сарышаган – Карагандинской области;
- На трассе Алматы – Кокшетау, на участке дороги Караганда – Балхаш, вблизи г. Балхаш Карагандинской области;
- На трассе Алматы – Кокшетау, на участке дороги Алматы – Балхаш, вблизи п. Курты Алматинской области.

Вышеперечисленные мероприятия способствуют своевременному выявлению отклонений в состоянии здоровья населения, полноценному оказанию лечебно-профилактической помощи, оздоровлению и проведению медико-социальных мероприятий, чем позволяют приблизить медицинскую помощь для населения независимо от места проживания.

## ТҮЙІНДЕМЕ

**Қазақстан Республикасының амбулаториялық қызметіне инновациялық технологияларды енгізу**

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011 - 2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасында денсаулық сақтау жүйесін дамытудың сапалы жаңа деңгейіне көтеру мақсатында оны кешенді жетілдіру міндеті қойылған, бұған медициналық-санитариялық алғашқы көмек (бұдан әрі – МСАК) қызметін көрсету технологиясын түбегейлі өзгерту және көрсетілетін медициналық көмектің жаңа нысандарын енгізу арқылы жетуге болады.

Еліміздің ауылдық жерлердегі шалғай орналасқан елді мекендердегі халыққа қолжетімді медициналық көмекті одан әрі арттыру мақсатында медициналық поезддар, көшпелі медициналық кешендер мен санитариялық авиация түрінде көліктік медицина дамуда.

Жолда жарақат пен өлімді азайту, республикалық маңызы бар көлік жолдарының авариялық-қауіпті учаскелерінде уақтылы шұғыл медициналық көмек көрсету мақсатында трассалық медициналық-құтқару пункттерін құру бойынша жұмыс басталды.

Жоғарыда аталған іс-шаралар халық денсаулығының ауытқуын уақтылы анықтауға, емдеу-профилактикалық көмекті толық көрсетуге, сауықтыру және медициналық-әлеуметтік іс-шараларды іске асыруға әсерін тигізеді, бұл тұратын жеріне қарамастан халыққа медициналық көмекті жақындатуға мүмкіндік береді.

## SUMMARY

**The introduction of innovative technologies to the outpatient service of RK**

National Programme of health development of the Republic of Kazakhstan "Salamatty Kazakstan" for 2011-2015 sets a goal of improving integrated healthcare system in order to lift it to a new level of development that can be achieved primarily through a radical change in technology services of primary health care assistance (hereinafter - PHC) and the introduction of new forms of health care.

In order to further improve access to health care to rural population living in remote and inaccessible regions of the country, is developing transport medicine as a medical trains, mobile medical facilities and air ambulance.

In order to reduce injuries and fatalities on the roads to provide timely emergency care at the accident-prone sections of roads of national importance, the work was started on the en-route medical and rescue points.

The above-mentioned activities contribute to early detection of deviations in health status, to providing full medical and preventive care, rehabilitation and medico-social activities than can bring medical care to people regardless of where they live.

**Жангалов Б.Б.**

Главный врач ГКП на ПХВ «Зерендинская центральная районная больница», Акмолинская область

**Шоранов М.Е.**

Руководитель Центра экономических исследований РЦРЗ МЗ РК

**Ержанова Ж.С.**

Ведущий специалист Отдела исследований в области менеджмента ЦМЗ РЦРЗ МЗ РК

**Кенжебеков Т.К.**

Специалист Отдела анализа затрат ЦЭИ РЦРЗ МЗ РК

## ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ОПЛАТЫ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Готовность человека хорошо выполнять свою работу является одним из важнейших факторов успешной деятельности любой организации. Путь к эффективному управлению человеком лежит через понимание его мотивации. Стимулирование труда, являющееся неотъемлемой частью мотивационного процесса на предприятии, подразумевает, материальные поощрения работникам и реализуется через систему оплаты труда, а также различные бонусы и премии. Внедрение дифференцированной оплаты труда медицинских работников организаций здравоохранения, в зависимости от объема и качества оказываемой медицинской помощи за счет сложившейся экономии бюджетных средств и платных медицинских услуг, является одним из элементов мотивирования труда.

Для успешного внедрения дифференцированной оплаты труда необходимо:

- сформировать у руководителей представление о новом рыночном подходе для внедрения дифференцированной системы оплаты труда в медицинских организациях Республики Казахстан;
- обучить менеджеров/ руководителей организаций грамотной разработке, формированию и моделированию критериев для внедрения системы дифференцированной оплаты в медицинских организациях Республики Казахстан;
- развить навыки практического применения системы поощрения в медицинских учреждениях Республики Казахстан;

Визит в «Зерендинскую центральную районную больницу» был организован с целью проведения оценки внедрения дифференцированной оплаты труда и распределения стимулирующего компонента подушевого норматива (СКПН) для дальнейшего применения полученных

данных в качестве обучающего материала для первых руководителей медицинских организаций.

В 2010 году «Зерендинская центральная районная больница» сменила организационно-правовую форму собственности с Государственного управления, на Государственное коммунальное предприятие на Праве хозяйственного ведения.

ГКП на ПХВ «Зерендинская центральная районная больница», находится в Акмолинской области в селе Зеренда. Численность населения в Зерендинском районе составляет 40,151.0 жителей. Анализ половозрастной структуры населения района позволил выявить качественный состав жителей: дети до 14 лет - 9177, до 1 года - 620, подростки - 2478, взрослые - 29654, женщин - 20883, фертильного возраста - 11052.

Зерендинская центральная районная больница представлена сетью медицинских подразделений, включающей в себя:

- Центральную районную больницу
- врачебных амбулаторий-8,
- фельдшерско-акушерских пунктов-11
- медицинских пунктов-57

Кочная мощность ЗЦРБ составляет 80 стационарных коек, а также 77 коек дневного стационара. В ГКП на ПХВ ЗЦРБ работает 41 врач, 231 средних медицинских работников и 31 младшего медицинского персонала.

Переход на новую организационно-правовую форму собственности позволил успешно применить новые методы управления организацией. В частности, наряду с множеством преобразований были предприняты попытки более эффективного управления финансовыми и человеческими ресурсами с целью обеспечения высокого качества предоставляемых услуг и повышения мотивации сотрудников. В этой связи было разработано Положение об оплате труда, в котором расчет заработной платы работников

проводился за фактически наработанное время. Однако такой метод не позволял повысить заинтересованность медицинских работников в качестве конечного результата. В последующем в Положение были внесены изменения, где расчет заработной платы стал производиться из расчета наработанного времени и количества оказанных услуг с учетом критериев оценки труда по качеству конечного результата.

В настоящее время заработная плата исчисляется по следующим составляющим в соответствии с Приказом первого руководителя предприятия (№ 156 от 29.04.2011 г.):

- за фактически отработанное время, (круглосуточный стационар, поликлиническая помощь, скорая медицинская помощь);
- за фактическое количество оказанных услуг, (дневной стационар);
- стимулирующая надбавка врачебному персоналу предприятия, оценивается согласно листов оценки конечного результата в баллах от 1 до 10, при этом 10 баллов соответствует 100% от должностного оклада (должностной оклад складывается из коэффициента для исчисления должностного оклада, базового должностного оклада и доплаты за работу в сельской местности) - оценка работы проводится ежемесячно (листки оценки прилагаются);
- оплата дополнительного компонента к тарифу первичной медико-санитарной помощи медицинским работникам, в зависимости от объема и качества оказываемой медицинской помощи в организациях ПМСП- оценка работы проводится ежеквартально. На основании Приказа Министерства здравоохранения № 14 от 06.01.2011 г. и на основании разработанных критериев качества

выполненной работы по отделениям стационаров;

- премирование, за счет экономии средств и при отсутствии кредиторской задолженности – по сумме бонусов по критериям качества оценки труда по конечному результату – оценка работы проводится ежеквартально;
- оплата компенсационных выплат к отпуску -100% врачам, среднему мед.персоналу, служащим;
- оплата компенсационных выплат к отпуску - 50 % санитаркам и рабочим.

Согласно п. 5 Положения, для начисления заработной платы руководителем структурного подразделения предприятия ведется табель отработанного времени, дневник выполнения плановой функции, на основании данных которого, заполняется листок оценки конечных результатов труда каждого работника для дифференцированной надбавки по 10-ти бальной системе. Данные оценки предоставляются в Экспертную Комиссию, которая проверяет достоверность данных и вносит в случае необходимости изменения и дополнения. Затем листки оценки передаются в штаб предприятия и руководителю организации.

Экспертная комиссия и штаб предприятия создаются приказом руководителя организации, в состав комиссии входят представители администрации и профсоюзного комитета.

**Механизмы дифференциации:** Начисления дифференцированной оплаты производятся по балльно-бонусной системе с расчетом в тенге.

Согласно существующей системе определяется стоимость балла которая трансформируется в бонусные единицы в зависимости от занимаемой должности. (таблица 1).

**Таблица 1 - Стоимость баллов в бонусных единицах**

Врачи		Средние медицинские работники		Младшие медицинские работники	
Баллы	Бонусы	Баллы	Бонусы	Баллы	Бонусы
10	8	10	5	10	3
9	7,2	9	4,5	9	2,7
8	6,4	8	4	8	2,4
7	5,6	7	3,5	7	2,1
6	4,8	6	3	6	1,8
5	4	5	2,5	5	1,5
4	3,2	4	2	4	1,2
3	2,4	3	1,5	3	0,9
2	1,6	2	1	2	0,6
1	0,8	1	0,5	1	0,3

Общая сумма сэкономленных средств делиться на общую сумму баллов, с целью определения стоимости за одну бонусную единицу.

Где СБЕ – означает сумму бонусных единиц;

СЭ - сумма сэкономленных средств;

СБ – сумма баллов

На уровне ПМСП применяется СКПН, который также начисляется на основании Положения. Необходимо отметить, что предприятие корректно соблюдает алгоритм расчета СКПН согласно установленным нормам [1,2,3] Так например в 2011 году за 4 квартал СКПН начислялся и составил у терапевта ПМСП Кригер Л.С.- 143,053.0 тенге.

**Потенциальные риски и угрозы:** В 2011 году предельный объем бюджетных средств составил 184.733,0 тенге. По результатам 2011 года на предприятии сложилась общая сумма экономии средств в размере 14. 693, 0 млн.тенге. Однако в 2012 году уполномоченным органом предельный объем бюджетных средств составил 170.582,0 тенге, что меньше по сравнению с 2011 г. на 14.151,0 млн. тенге. По итогам 1 – го квартала 2012 года в ЗЦРБ отсутствует экономия средств, поэтому дифференцированная оплата труда не начислялась. Жесткая привязанность к предельному объему бюджета не дает возможности экономии средств. Сложившаяся ситуация может вызвать обратный демотивирующий эффект среди медицинских работников и негативно отразиться на качестве предоставляемой помощи т.к. наблюдается неравенство между врачами общей практики ПМСП, которым ежеквартально начисляется СКПН по сравнению с узкими специалистами ПМСП и медицинскими сотрудниками стационара которым дифференцированная оплата не начисляется.

Отсутствие доступа к информации по экспертизе качества оказания медицинской помощи осуществляемой экспертами ККМФД, также не позволяет первому

руководителю предприятия объективно оценить объем вероятных штрафных санкций. Это напрямую сказывается на финансовой стабильности предприятия и способности первого руководителя применять дифференцированную оплату.

В связи с регулированием трудовых отношений и определением заработной платы в соответствии с Положением в ГКП на ПХВ «ЗЦРБ» сложилась прозрачная и объективная система начисления дифференцированной оплаты труда медицинских работников на предприятии. Применение данной методики позволяет повысить мотивацию медицинских работников в оказании качественной медицинской помощи. Однако имеет место наличие потенциальных рисков и угроз, не позволяющие в полной мере применять разработанные механизмы дифференциации труда.

С целью предотвращения привязанности к предельным объемам бюджета, которая не позволяет в полной мере применять разработанный метод дифференцированной оплаты труда по конечному результату, возможно применение дифференциации на этапе приема на работу. Отход от практики уравнивания базового оклада между равнозначными должностями, позволит определить минимальные и максимальные уровни окладов. При этом размер фактического оклада должен зависеть от степени квалификации, опыта работы и других профессиональных критериев в рамках установленных пороговых показателей. Например: при приеме на работу молодого специалиста без опыта работы устанавливается минимальный должностной оклад на время испытательного срока. По истечении испытательного срока, оклад может быть предметом пересмотра в сторону увеличения, но не до максимально установленного уровня (схема 1).

Min

Max

Заработная плата

Экономия



**Схема 1 - Принцип дифференциации при приеме на работу**

Оценка результатов деятельности и принятие решения об увеличении должностного оклада, должна проводиться комиссионным путем с учетом индикаторов определенных в индивидуальном плане работы сотрудника в зависимости от наличия или отсутствия дисциплинарных взысканий или поощрений.

Данная методика позволит сформировать определенную сумму сэкономленных средств, которую в последующем

необходимо направить на дифференцированную оплату труда по конечному результату.

Результаты оценки внедрения дифференцированной оплаты труда и распределения стимулирующего компонента подушевого норматива (СКПН) на примере ЗЦРБ могут быть успешно применены в качестве "case-study" (метод ситуационного анализа) при обучении первых руководителей медицинских организаций.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Приказ МЗ РК №310 от 20 мая 2011 года «Об утверждении Правил оплаты труда медицинских работников»
  2. Приказ №622 от 16 сентября 2011 года «О внесении изменений и дополнений в приказы МЗ РК №310 и №801»
  3. Приказ МЗ РК №801 от 26 ноября 2009 года «Об утверждении Методики формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках ГОБМП»
-

**К.К. Ермекбаев***Председатель Комитета оплаты медицинских услуг МЗ РК***М.Е. Шоранов***Руководитель Центра экономических исследований РЦРЗ***А.К. Бердиева***Заместитель председателя Комитета оплаты медицинских услуг МЗ РК***Д.З. Бекенова***И.о. начальника отдела прикладных экономических исследований ЦЭИ РЦРЗ*

## ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ МЕТОДИКИ ПЛАНИРОВАНИЯ БЮДЖЕТА, ОРИЕНТИРОВАННОГО НА РЕЗУЛЬТАТ: ПРОЕКТ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Первая попытка по внедрению элементов бюджета ориентированного на результат (БОР) была предпринята в США. В 1949 году назначенная президентом Труманом комиссия Гувера рекомендовала Федеральному Правительству США придерживаться принципов бюджетирования, ориентированного на результаты («performance budgeting»), «формируя бюджет на основе выполняемых функций, деятельности, проектов». С тех пор в течение пятидесяти лет в США были использованы на практике различные модификации концепции БОР: система «планирование – программирование – бюджетирование» (Planning-Programming-Budgeting System (PPBS)) в 1962-1971 гг., управление по целям (Management by Objectives) в 1972-1975 гг., планирование бюджета с нуля (Zero-Based Budgeting) в 1977-1981 гг., так называемое «новое бюджетирование, ориентированное на результат» («new performance budgeting») с 1990-х гг. Считается, что наиболее законченный вариант БОР внедрен в Австралии, Новой Зеландии, Великобритании, Нидерландах. В Швеции эксперимент по введению управления по целям и результатам начался в первой половине 1960-х годов, в 1988-1990 годах управление по целям и результатам было введено в полном объеме для всего государственного сектора, продолжая развиваться в дальнейшем. Программы перехода на систему бюджетирования по результатам приняты в таких странах, как Франция (предполагалось, что переход на систему БОР будет осуществлен к 2006 году) и Германия (переход к БОР предусмотрен до 2008 года). Основные бюджетные инновации касаются структуры французского

бюджета, в рамках которого, начиная с 2006 г. формулируются миссии, или глобальные задачи соответствующего бюджета, которые подразделяются на программы, включающие в себя направления. Отдельные элементы концепции бюджетирования, ориентированного на результат, применяются также в ряде стран Центральной и Восточной Европы.

Многолетний опыт использования различных вариаций концепции БОР в разных странах мира может быть полезен для Казахстана. Распоряжением Премьер Министра РК от 26 июля 2011 года был утвержден План мероприятий по повышению эффективности государственных расходов, согласно которого Министерство здравоохранения Республики Казахстан (МЗ РК) включен в состав пилотных министерств по внедрению БОР.

В связи с чем, Комитетом оплаты медицинских услуг (КОМУ) МЗ РК и Центром экономических исследований (ЦЭИ) Республиканского центра развития здравоохранения была проведена работа по созданию методики планирования бюджета, ориентированного на результат, значительно отличающейся от существующей методики планирования основанной на индексировании исторически сложившихся показателей. В результате реализации мер, предусмотренных концепцией БОР, будет обеспечен переход к системе управления, ориентированной на результат, в том числе улучшение качества планирования и управления реализацией вырабатываемой политики, обеспечение более тесной увязки бюджетных заявок со стратегическими направлениями и целями государственных органов через процесс бюджетного планирования, оптимизация бюджетных программ.

**Материал и методы:** Разработанная методика представляет собой пошаговое руководство для расчета прогнозных показателей потребления медицинской помощи, а также распределении бюджетных средств по медицинским организациям, в соответствии с целями Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы и со Стратегическим планом МЗ РК на 2011-2015 годы.

В соответствии с вышеперечисленными стратегическими документами основными индикаторами являются: уровень оказания специализированной медицинской помощи (СМП); доля стационарзамещающих технологий (СЗТ); а также увеличение оказания высокоспециализированной медицинской помощи (ВСМП). Данные стратегические показатели предлагается взять в основу для применения «коэффициентов результативности», по которым будет распределяться бюджет.

Таким образом, оплата медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) будет производиться дифференцированно, что позволит стимулировать поставщиков в достижении общих стратегических целей в соответствии с действующей государственной программой и повышении качества оказываемой помощи.

Как правило, на сегодняшний день менеджер здравоохранения, в своей повседневной работе должен принимать решения связанные с объемом и видами предоставляемых услуг, не зная обо всех последствиях в будущем. Построение прогнозных моделей позволяют предвидеть ожидаемые результаты и строить соответствующие планы. Хорошие прогнозы служат основой для кратко-, средне- и долгосрочного планирования. Расчет прогнозных показателей позволяют современным менеджерам здравоохранения построить четко выстроенную систематизированную модель и иметь общую картину, а также строить определенные планы реализации этой системы.

Планирование самой системы является долгосрочным планированием и может быть использовано в таких вопросах, как предельные объемы по каждому виду медицинской помощи (количество пациентов), сеть медицинских учреждений и приобретение оборудования, месторасположение для оптимизации доставки медицинской помощи населению и так далее. Планирование использования системы является краткосрочным и среднесрочным планированием на уровне необходимых ресурсов и процедур (закупки, производства, составления бюджета и планирования). Все вышеупомянутые планы полагаются на прогнозы. Однако необходимо помнить, что результаты прогноза обычно отличаются от фактических результатов. Для более точных

прогнозов, менеджер здравоохранения должен смешать опыт и хорошее суждение с технической экспертизой.

У всех прогнозов есть определенные общие элементы независимо от используемой техники. Прогнозы нескольких показателей (совокупные прогнозы) имеют тенденцию быть более точными, в отличие от рассматриваемых по отдельности показателей. Например, прогнозы, сделанные для целой больницы, имеют тенденцию быть более точными, чем для каждого отделения, потому что ошибки прогноза среди нескольких отделений склонны отменять друг друга. Также, общепринято, что снижение точности прогноза происходит с увеличением периода рассматриваемого прогноза. Прогнозы с меньшей детализированностью могут столкнуться с меньшим количеством неточностей, чем прогнозы более длинного диапазона. Таким образом, организация здравоохранения, которая быстро отвечает на изменения в спросе, использует более короткий, более точный горизонт прогноза, в отличие от менее гибких конкурентов использующих больший диапазон времени.

Существует несколько методов прогнозирования, которые доступны менеджерам здравоохранения для планирования. Однако для достижения желаемого результата прогнозирования с использованием того или иного метода необходимо следовать пяти главным шагам:

- 1) определить цель прогноза;
- 2) определить рассматриваемый период времени;
- 3) выбрать метода прогноза;
- 4) составление прогноза;
- 5) контроль точности прогноза.

В нашей работе мы использовали базу данных АИС «Стационар» 2011 года, предоставленной Центром информатизации здравоохранения. Для произведения математических расчетов нами выбраны 3 метода математического прогнозирования как:

- Метод скользящего среднего значения,
- Метод скользящего средневзвешенного значения,
- Метод наименьших квадратов также известным как регрессионный анализ,

Метод скользящего среднего среднего значения – это метод, который основывается на наиболее актуальных данных предыдущего периода, рассчитываемые по следующей формуле:

$$F_t = MA_n = \frac{\sum A_i}{n},$$

где

- $F_t$  – прогноз на период времени  $t$
- $MA_n$  – скользящее среднее с  $n$  периодами
- $A_i$  – фактическое значение с порядковым номером временного периода  $i$

$i$  – порядковый номер временного периода ( $i=1, 2, 3, \dots$ )

$n$  – количество временных периодов для скользящего среднего

Например, для каждого последующего месяца расчетного года вычисляется среднее значение пролеченных случаев 3-х предыдущих месяцев. В результате расчетов должны получиться данные для 12 месяцев прогнозного года. Сумма прогнозных значений 12 месяцев является прогнозным значением пролеченных случаев планируемого года. Менеджер здравоохранения может включать столько временных периодов, сколько посчитает необходимым для скользящего среднего. Количество используемых временных периодов определяет чувствительность прогнозируемого среднего для новых значений. Меньшее количество исходных временных промежутков, как правило, более точно определяет прогнозное значение.

Метод скользящего средневзвешенного значения – один из наиболее легких методов для понимания и вычисления. Все значения взвешиваются в равной степени, например, в восьмилетнем периоде каждому значению выделяется вес равный 1/8. Менеджер может выбрать для вычисления средневзвешенное скользящего значения и присвоить дополнительный вес фактическим данным. Средневзвешенное скользящее рассчитывается аналогично скользящему среднему значению, за исключением того, что оно присваивает больший удельный вес последним значениям временного ряда. К примеру, самые последние фактические данные могут получить вес 0,5, следующие самые последние значения веса 0,3 и 0,2 соответственно. Эти значения полностью субъективны (основанные на накопленном опыте менеджера), с единственными требованиями, чтобы сумма весов была равна 1,0 и самый тяжелый вес относился к самому последнему значению. Преимущество перед скользящим средним состоит в лучшем отражении фактических данных для самых последних средневзвешенных значений. Формально, средневзвешенное скользящего значение выражается как:

$$F_t = MA_n = \sum w_i A_i,$$

Например, для каждого последующего месяца расчетного года вычисляется средневзвешенное скользящего значение пролеченных случаев 3-х предыдущих месяцев. Прогнозное значение рассчитывается, начиная с четвертого месяца отчетного периода по следующей формуле:

ППС=(ПС пр1\*3+ПС пр2\*2+ ПС пр3\*1)/6, где  
ППС – прогноз пролеченных случаев за месяц

ПС пр 1 – количество пролеченных случаев первого по счету предыдущего месяца

ПС пр 2 – количество пролеченных случаев второго по счету предыдущего месяца

ПС пр 3 - количество пролеченных случаев третьего по счету предыдущего месяца

6 - сумма коэффициентов ( $6=1+2+3$ ).

В результате расчетов должны получиться данные для 12 месяцев прогнозного года. Сумма прогнозных значений 12 месяцев является прогнозным значением пролеченных случаев планируемого года. Для случаев, оплачиваемых по клиникозатратным группам (КЗГ), отдельно рассчитывается прогноз пролеченных случаев для СМП, СЗТ и ВСМП.

Регрессионный анализ – минимизирование суммы квадратов отклонений, которую можно представить в виде линейной функции:

$$y = a + b * x,$$

где

$y$  – прогнозируемое значение (количество случаев госпитализации)

$x$  – независимая величина (рассматриваемый месяц)

$b$  – коэффициент регрессии

$a$  – свободный член уравнения регрессии

$$b = \frac{n(\sum(x * y) - \sum x * \sum y)}{n(\sum x^2) - (\sum x)^2}$$

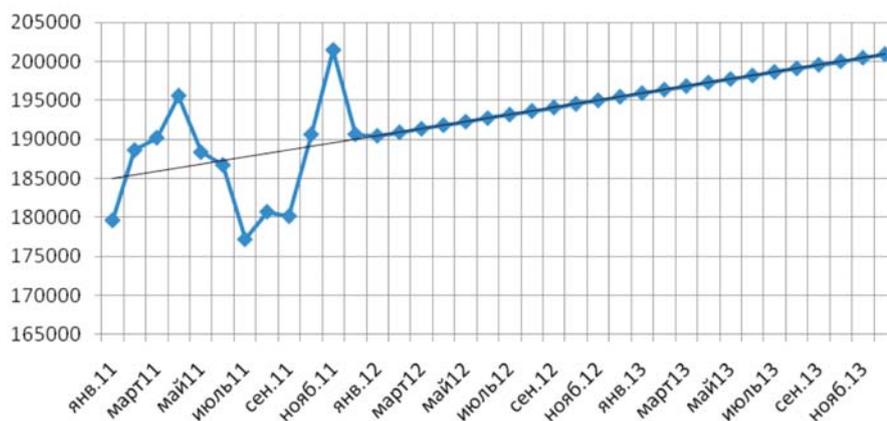
$$a = \frac{\sum y - b \sum x}{n}$$

При данном методе мы используем сглаживающую константу -  $\alpha$  (smoothing constant) — коэффициент характеризующий скорость уменьшения весов, принимает значение от 0 и до 1, чем меньше его значение тем больше влияние предыдущих значений на текущую величину среднего. Коэффициент  $\alpha$  может быть выбран произвольным образом, в пределах от 0 до 1, например, выражен через величину окна усреднения:

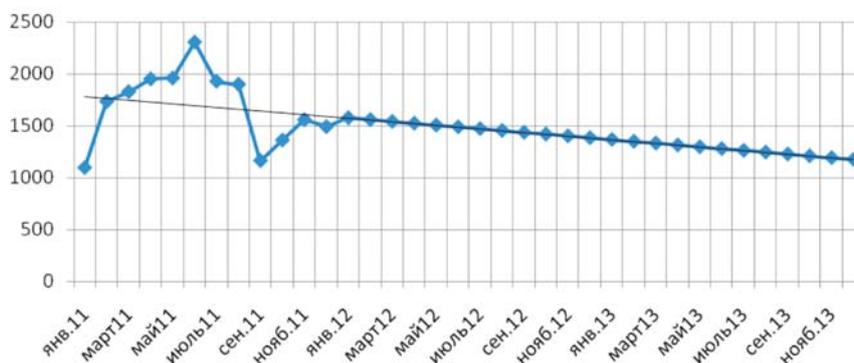
$$a = \frac{2}{n + 1}$$

Расчет может осуществляться автоматизировано с помощью различных программ, например, MS Office Excel, WinQSB, STATA, SPSS.

Результаты прогнозных значений по регрессионному методу на основе фактических данных 2011 года с использованием программы WinQSB представлены на графиках 1-3.



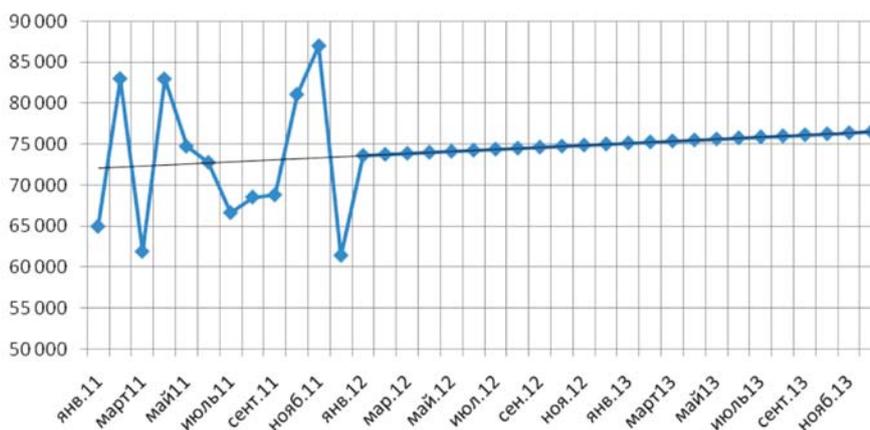
**График 1 – Тенденция и прогноз оказания СМП населению**



**График 2 – Тенденция и прогноз оказания ВСМП населению**

Снижение уровня оказания ВСМП населению объясняется тем, что перечень услуг, относящихся к ВСМП пересматривается, некоторые виды услуг

относят к СМП в связи с устареванием используемых технологий и появлением новейших, услуги которых являются СМП.



**График 3 – Тенденция и прогноз оказания СЗТ населению**

Для выбора наилучшего из использованных нами методов мы применили параметр среднего абсолютного отклонения (MAD).

$$MAD = \frac{\sum |факт - прогноз|}{n}$$

где  $n$  - количество рассматриваемых периодов (например, месяцев),

По каждому из описанных выше методов вычисляется свой параметр, затем они сравниваются. Чем меньше параметр MAD, тем точнее метод прогнозирования.

После сравнения всех 3 методик метод с наименьшим MAD предполагается взять в основу расчета бюджета.

Разработанный в начале 2012 года группировщик КЗГ был применен к старой базе данных за 2011 год, тем самым перераспределилось количество случаев,

изменилась сумма весовых коэффициентов. Кроме того, при прогнозировании случаев ВСМП учитывались статистические выбросы – значения по некоторым месяцам сильно отличались от средних в течении года. Подобные исключения обычно не используются в прогнозах для предотвращения недостоверности прогноза. В качестве исходных данных были взяты показатели уровня оказания ВСМП с марта по сентябрь 2011 года. Следует отметить, что в настоящее время показатели предоставления ВСМП на уровне регионов опережают плановые.

Предполагается, что будут проводиться перераспределения бюджетных средств между медицинскими организациями по мере необходимости уполномоченным органом.

Идеология данной методики получила экспертную оценку иностранной консалтинговой компании Oxford Policy Management (OPM).

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кодекс о здоровье народа и системе здравоохранения.
2. Бюджетный кодекс Республики Казахстан.
3. Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.
4. Пункт 1.1 Плана мероприятий по реализации Поручения Премьер-министра № 95 от 25 июля 2011 года (с изменениями от 05 декабря 2011 года).
5. Приказ Исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан Мусинова С. И. от 30 марта 2012 года за №202 «О формировании проекта республиканского бюджета Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2013-2015 годы»
6. Стратегический план Министерства здравоохранения на 2011-2015 годы.

7. Протокол Экспертного совета по стандартизации и оценке медицинских технологий от 06 января 2012 года.

8. Приказ № 936 от 30 декабря 2011 года «Об утверждении для медицинских организаций, финансируемых из республиканского бюджета тарифов на медицинские, коммунальные и прочие расходы, поправочных коэффициентов, коэффициентов затратноности и дополнительной оплаты труда работникам здравоохранения, стоимости медицинских услуг для стационарной и стационар замещающей помощи».

9. Приказ № 920 от 27 декабря 2011 года «Об утверждении Перечня технологий высокоспециализированной медицинской помощи по профилям».

10. Протокол №7 заседания Комиссии по тарифообразованию МЗ РК от 29 декабря 2011 года.

11. Yasar A. Ozcan. Quantitative methods in health care management. Techniques and Applications

12. Data Analysis with Open Source Tools, Phillip K. Janert.

13. Mathematics and Statistics for Financial Risk Management, Michael B. Miller.

14. Statistical Thinking: Improving Business Performance, W. Hoerl, D. Snee

15. Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы

16. Стратегический план МЗ РК на 2011-2015 годы

17. Бюджетный кодекс от 4 декабря 2008 года

18. Распоряжение Премьер-Министра Республики Казахстан от 26 июля 2011 года № 95-р Об утверждении Плана мероприятий по повышению эффективности государственных расходов (с изменениями от 05.12.2011 г.)

19. База данных АИС «Стационар» 2011 г. (Центр информатизации здравоохранения).

### ТҮЙІНДЕМЕ

#### Бағдарланған нәтиже бюджетінің жоспарлау әдістемесі

Берілген бап нәтижеге бағдарланған бюджетті (НББ) жоспарлауды тақырыпқа арналған. НББ қолдануын халықаралық тәжірибе, денсаулық сақтау саладағы бюджетті жоспарлауды әдістеменің Экономикалық зерттеу орталығымен ұсынылатын қысқаша сипаттама беріледі, дәрігерлік жәрдемді тұтынудың болжам көрсеткіштерінің есептеудің 3 әдісін ұғындырылады.

### SUMMARY

#### Methods of budgeting for results

This article is devoted to the result oriented budget planning (ROB). An international experience of ROB implementation, the short description of the technique for budget planning in Healthcare system developed by the Center for Economic Research, three forecasting methods in medical care is given in this article.

**К.К. Ермекбаев***Председатель Комитета оплаты медицинских услуг МЗ РК***Г.О. Асылбекова***Заместитель председателя Комитета оплаты медицинских услуг МЗ РК***Н.С. Хе***Ведущий специалист Отдела развития клинико-затратных групп ЦЭИ РЦРЗ***Д.Е. Айтуарова***Ведущий специалист Отдела развития клинико-затратных групп ЦЭИ РЦРЗ*

## КЛИНИКО-ЗАТРАТНЫЕ ГРУППЫ, КАК МЕТОД ОРГАНИЗАЦИИ И ОПЛАТЫ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ

**В** жизни современного общества здравоохранению принадлежит важная роль. В структуре экономики любого государства отрасль здравоохранения является сектором, потребляющим огромное количество материальных, финансовых и людских ресурсов [1].

Системы оплаты медицинских услуг могут стать мощным рычагом для стимулирования развития здравоохранения и для достижения поставленных перед здравоохранением целей. Известно, что стационарный сектор (больничной сектор) почти всегда поглощает большую часть ресурсов здравоохранения. Поэтому, от того как оплачиваются больничные учреждения, может сильно зависеть эффективность работы системы здравоохранения в целом [2].

Существуют несколько альтернативных методов оплаты больничных учреждений, которые широко используются в мире:

- 1) посуточная оплата (койко-день);
- 2) системы оплаты за каждый отдельный случай или за каждый отдельный прием в больницу (может быть предусмотрена корректировка с учетом специфики случая);
- 3) глобальные бюджеты;
- 4) подушевая оплата (капитация).

Все эти методы, как в теории, так и на практике имеют сильные и слабые стороны. Не существует определенного консенсуса на то, какой метод оплаты больничных учреждений наиболее успешен в достижении желаемых результатов при минимальных нежелательных последствиях. Некоторые системы оплаты могут быть более приемлемы при определенных условиях в определенный период времени. То, какая система будет являться оптимальной, может измениться со временем и часто наиболее эффективным подходом будет комбинирование в системе нескольких методов оплаты [3].

В настоящее время для финансирования стационарной помощи в Республике

Казахстан используются смешанные методы в зависимости от оказываемого уровня и вида помощи.

Различаются две основные модели, ориентированные на конечный результат: оплата из расчета за каждый отдельный случай – медико-экономические тарифы и оплата с учетом состава случаев – клинико-затратные группы (КЗГ).

Первая, более громоздкая, требующая затрат времени на заполнение медицинской документации, дублирование информации о сделанных назначениях по крайней мере в 3 позициях: истории болезни, карте выбывшего из стационара (форма 066), выписном эпикризе, предполагается, что это время следует посвящать больному, а не написанию бумаг. Кроме этого, система стимулирует врача на занесение излишних назначений (не сделанных или сделанных, что ведет к неизменной полипрагмазии). Система также стимулирует рост случаев госпитализации, т.к. чем больше больных – тем больше денег и что чревато отрицательными последствиями для качества услуг.

Данная модель финансирования на основе фиксированной платы за каждую выписку сохранена для оплаты отдельных случаев, особо уникальных или дорогостоящих. Все представленные случаи будут подвержены экспертизе на достоверность и обоснованность применения.

Вторая модель предусматривает финансирование на основе фиксированной платы за каждую выписку с учетом различий в специфике или составе случаев. В международном масштабе чаще всего используется метод КЗГ.

КЗГ, по существу являются классификатором больных. Классификационная единица (собственно КЗГ) объединяет больных, сходных по клиническим параметрам и затратно-емкости. Формирование КЗГ происходит в

процессе многоуровневой классификации медицинских случаев:

1 уровень - формирование клинически состоятельных групп;

2 уровень - определение затратно-емкости каждой клинически состоятельной группы;

3 уровень - формирование собственно КЗГ;

4 уровень - пересмотр КЗГ.

**1 уровень** - Классификация пролеченных больных в клинически состоятельные группы. Формирование КЗГ происходит по принципу объединения клинически родственных состояний: диагностических, топических, этиологических, степени тяжести поражения. В одну группу объединяются больные со сходной клинической картиной по локализации или/и этиологии, отношением к одной врачебной специализации. Уже на этом этапе важно помнить, что число групп, сформированных только по клинической состоятельности, может оказаться намного большим, чем необходимо для отражения различий в уровне затрат. В чрезмерно большом количестве групп трудно, а иногда и невозможно выявить связи между клинической сложностью и затратами.

**2 уровень** - Определение коэффициента затратно-емкости в каждой клинически состоятельной группе

Каждая КЗГ объединяет больных со сходной затратно-емкостью, в зависимости от тактики ведения больного, доступных методик лечения, обеспеченности материально-техническими ресурсами.

Стоимость КЗГ определяется методом калькуляции прямых и косвенных затрат, их сочетанием, а также методом ступенчатого соотношения затрат.

Вложенные затраты имеют отражение в величине весового коэффициента каждой КЗГ как по отношению друг к другу, так и к величине затрат среднего случая, принятого за 1 единицу.

Например: Допустим, что астматический статус условно имеет весовой коэффициент 2,5, это значит, что затраты на выведение больного из астматического статуса в 2,5 раза больше чем ведение больного с обострением хронического бронхита, где весовой коэффициент затрат определен как – 1,0 (условная единица).

**3 уровень** - формирование собственно КЗГ

Формирование КЗГ предполагает сбалансированный учет клинических и затратных показателей. Этим и объясняется термин КЗГ. Может оказаться так, что окончательное решение о сочетании клинических и затратных параметров в формировании какой – то конкретной КЗГ необходимо принять на основе моделирования и сравнительного анализа распределения затрат внутри КЗГ.

**4 уровень** - пересмотр КЗГ

Этап характеризуется выработкой технологии и регулярностью перегруппировки диагнозов; хирургических манипуляций; других аспектов реклассификации, пересмотра коэффициентов относительной затратно-емкости по КЗГ; адекватного перевода в их денежный эквивалент; установления различных нормативных категорий внутри КЗГ, например, нормативного койко-дня по КЗГ; дифференциации тарифов по категориям больниц. Необходимо отработать механизм возмещения затрат в случаях с аномальными койко-днем и затратами, «остаточными» КЗГ [4].

Расчет стоимости процедур на основании КЗГ может быть использован для следующих целей:

- Установление прозрачности относительно предоставленных услуг и стоимости;
- Документация услуг и сбор статистических данных;
- Оптимизация внутренних больничных процедур;
- Внутренний больничный менеджмент (бюджетирование, стратегическое регулирование);
- Планирование количества больниц в соответствии с уровнем заболеваемости;
- Составление бюджета больниц и планирование финансирования больниц;
- Бенчмаркинг и проведение сравнительного анализа между больницами со схожими услугами (конкуренция);
- Установление тарифов и прямая оплата стационарных услуг (оплата по факту за оказанные услуги и предоплата) [5].

Для успешного внедрения системы КЗГ следует определиться с первоочередными своими действиями. На этапе внедрения мы намеренно ограничили минимальным количеством классификационных признаков, определив из них те, которые имели бы ключевое значение для формирования и коррекции КЗГ.

На последующих этапах пересмотра КЗГ предполагается рассматривать такие очень важные признаки, влияющие на уровень затрат, как: пол, возраст, исход заболевания, наличие сочетанных заболеваний у одного пациента, случаи с краткосрочным или наоборот длительным пребыванием на койке.

Начиная с 1 января 2012 года, в нашей стране введена оплата стационарной помощи по КЗГ. По итогам оперативного мониторинга 1 квартала 2012 года оплаты по КЗГ был произведен пересмотр КЗГ.

На базе пролеченных больных 2011 года была осуществлена перегруппировка диагнозов, хирургических манипуляций в соответствии МКБ 10 и МКБ 9, пересмотрены коэффициенты относительной затратно-емкости по каждой образовавшейся в результате пересмотра группе.

Как итог было образовано 373 группы:

- КЗГ терапевтического профиля лечения были сформированы в соответствии с МКБ 10 (всего состоят из 245 групп с №№ 1 по 245);
- КЗГ хирургического профиля лечения были сформированы в соответствии с МКБ 9 (всего состоят из 100 групп с №№ 501 по 600);
- КЗГ высокоспециализированной медицинской помощи (всего состоят из 28 групп с №№ 5001 по 5028).

Выделены следующие отдельные группы:

- Перечень диагнозов, которые согласно МКБ 10 не могут быть основным диагнозом, следовательно, исключены из перечня КЗГ и не подлежат расчетам. Поставщики медицинских услуг не могут кодировать случаи кодами, указанными в данном перечне.
- По решению Экспертного Совета Министерства здравоохранения был включен перечень операций и манипуляций по МКБ 9 и болезней по МКБ 10 «других и неуточненных заболеваний» по характеру и локализации процесса со снижением весового коэффициента до 50 % в группе от сложившейся фактической стоимости в круглосуточных стационарах. Данный перечень отражает формулировку диагноза, которую необходимо уточнить. Указанная мера необходима для того, чтобы поставщики медицинских услуг корректно кодировали диагнозы. В эту группу вошли следующие КЗГ: 35, 44, 53, 89, 96, 118, 126, 136, 155, 165, 176, 211, 510, 525, 566, 595. В перечисленных группах весовые коэффициенты установлены со снижением на 50 % от сложившейся фактической стоимости.
- Перечень операций и манипуляций по МКБ 9 и болезней по МКБ 10, рекомендованных для лечения на амбулаторном уровне, со снижением весового коэффициента в группе на 30 % от сложившейся фактической стоимости на уровне круглосуточного стационара. Согласно этому списку лечение перечисленных заболеваний различных органов и систем может и должно быть обеспечено на амбулаторном уровне (на приеме или в условиях дневного стационара). В указанный перечень вошли следующие КЗГ 17, 88, 95, 134, 142, 154, 163, 168, 210, 524, 594, 599. В перечисленных группах весовые коэффициенты установлены со снижением на 30 % от сложившейся фактической стоимости.
- Перечень болезней по МКБ 10, рекомендуемых для хирургического лечения и кодированию по МКБ 9, без снижения весового коэффициента в группе указывает, если больному(ой) произведена любая хирургическая манипуляция или операция, то непременно следует кодировать в соответствии с МКБ 9 (хирургическими КЗГ),

а не по МКБ 10. Данный классификатор служит для кодирования диагнозов, а не произведенных хирургических операций, в большинстве производство которых обходится дороже, чем консервативное лечение, что находит отражение в величине весового коэффициента соответствующих КЗГ (группы 125, 135, 143, 164, 169 и 181).

• В результате пересмотра КЗГ сформированы группы, которых не было ранее (для внесения соответствующих кодов):

- № 34 «Диагностическая группа при подозрении на злокачественное новообразование» для многопрофильных стационаров;
  - № 104 «Реабилитация после инфаркта миокарда и кардиохирургических операций»;
  - № 112 «Ранняя реабилитация последствий cerebrovasкулярных болезней»;
  - № 113 «Продолженная реабилитация последствий cerebrovasкулярных болезней»;
  - № 180 «Самопроизвольные роды при наличии экстрагенитальной патологии»;
  - № 209 «Реабилитация последствий травм»;
  - № 506 «Диагностические процедуры на нервной системе»;
  - № 244 «Нейрореабилитация пациентов, перенесших нейрохирургическое лечение (14 дней)»;
  - № 245 «Нейрореабилитация пациентов, перенесших тяжелую черепно-мозговую или спинномозговую травму (21 день)»;
  - № 509 «Комплексная нейрореабилитация с применением роботизированного оборудования».
- Согласно международному опыту в рамках КЗГ финансируется только около 80 % всех заболеваний, пролеченных на стационарном уровне. Высокозатратные и уникальные случаи не могут составить отдельные КЗГ, поэтому оплачиваются другими способами. В связи, с чем выведен дополнительный «перечень случаев, подлежащих оплате за фактически понесенные расходы».

В соответствии с перечнем поставщик медицинских услуг при оказании дорогостоящих лечебных или диагностических услуг в счете-реестре указывает код соответствующей КЗГ по основному заболеванию для определения весового коэффициента, затем к этой сумме осуществляется доплата по фактическим расходам на услугу с предметным указанием перечня, стоимости, общей стоимости понесенных затрат, подлежащих оплате.

Таким образом, общая стоимость складывается из стоимости соответствующей КЗГ и фактических расходов на дополнительно оказанную услугу, которую можно представить следующим образом:

Стоимость = ВК КЗГ основного диагноза\*БС  
 + фактические расходы,  
 где ВК – весовой коэффициент;  
 БС – базовая ставка.

В ходе внедрения системы оплаты по КЗГ ожидается достижение следующих результатов:

- Сокращение количества необоснованных госпитализаций;
- Сокращение среднего пребывания в стационаре;
- Перераспределение ресурсов из дорогостоящего стационарного сектора в более дешевый и эффективный амбулаторно-поликлинический сектор;
- Увеличение средней сложности стационарных больных;
- Увеличение доступности к высокоспециализированной медицинской помощи в регионах;
- Повышение качества и доступности оказания медицинской помощи;
- Использование системы КЗГ как

инструмента не только финансирования больничной помощи но и управления затратами, эффективностью и качеством в сети стационаров.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Лисицин Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. Москва, ГЭОТАР-МЕД, 2002, 520 с.
2. Виталюева М.А., Кузнецова С.П., Рутковская О.И. Расчет стоимости медико-экономического стандарта оказания медицинской помощи (опыт Санкт-Петербурга) // Менеджер здравоохранения, 2008, № 11, С. 33- 38.
3. Семенов В.Ю. Способы оплаты медицинских услуг // ГлавВрач, 2007, № 4.
4. Телюков А. Формирование, тарификация и пересмотр клинико-затратных групп, июль 1995 г.
5. Oliver A. Inconsistent objectives: reflections on some selective health care policy developments in Europe // Health Economics, Policy and Law, 2007, V. 2, P. 93-106.

#### ТҮЙІНДЕМЕ

**Клиникалық-шығынды топтар стационарлық көмекті ұйымдастыру және төлеу әдісі ретінде**

Осы мақала клиникалық-шығынды топтар бойынша стационарлық көмекті қаржыландырудың негізгі мәселелеріне арналған. КШТ қалыптастырудың негізгі кезеңдері сипатталған: клиникалық дәлелді топтарды қалыптастыру; әрбір клиникалық дәлелді топтардың шығынсығымдылығын анықтау; жеке КШТ қалыптастыру; КШТ-ны қайта қарау.

2012 жылдың 1 қаңтарынан бастап біздің елімізде стационарлық көмекке КШТ бойынша төлеу енгізілген. 2012 жылдың 1 тоқсанындағы жедел мониторинг қорытындысы бойынша КШТ бойынша төлеммен КШТ қайта қаралуы жүргізілді. Нәтижесінде 373 топ құрылды (245 КШТ терапиялық емдеу, 100 КШТ хирургиялық емдеу және 28 КШТ жоғары мамандандырылған медициналық көмек). Қайта қарау кезінде мынадай тізбе айқындалды: негізгі диагноз бола алмайтын, процестің сипаты мен орнығуы бойынша басқа да және анықталмаған аурулар; емханалық деңгейде емдеу үшін ұсынылғандар; АХЖ-10 бойынша аурулар; хирургиялық емдеу үшін және АХЖ-9 бойынша кодтауға ұсынылғандар; нақты жұмсалған шығыстар үшін төлеуге жатқызылған жағдайлардың тізбесі.

#### SUMMARY

**Diagnosis Related Groups as organization method and stationary help payment**

This article is devoted to the main issues of financing of stationary help for Diagnosis Related Groups (DRG). The main organization stages of DRG are as follows: organization of clinical well-off groups; definition of capacity cost of each clinical well-off group; organization of DRG itself; review of DRG.

Since January 1st, 2012 the stationary help payment for DRG has been introduced in our country. According to the results of operational monitoring of the payment for DRG of the first quarter of 2012, DRG was reviewed. Thus, 373 groups (245 DRG of therapeutic specialization, 100 DRG of surgical specialization and 28 DRG of medical help of high quality) were created. In the course of the review the lists were emphasized: which cannot be a main diagnosis; different and unspecified diseases by features and process of allocation; recommended for the treatment on the dispensary level; diseases on ICD 10, recommended for surgical treatment and coding on ICD 9; list of cases reimbursable for expenditures.

# ПРОЕКТ КОНЦЕПЦИИ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА 2012-2020 ГОДЫ

## Раздел 1. Видение развития кадровых ресурсов здравоохранения Республики Казахстан

Концепция разработана в соответствии с Государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.

В Концепции представлен анализ текущей ситуации в системе кадровых ресурсов отрасли, определены основные направления кадровой политики и ключевые механизмы ее реализации.

### 1.1. Анализ состояния кадровых ресурсов здравоохранения в мире и Казахстане.

Одной из важных составляющих укрепления систем здравоохранения являются стратегии развития кадровых ресурсов. Во всем мире эффективность систем здравоохранения и качество медицинских услуг зависят от показателей деятельности работников, которые определяются их знаниями, умениями и мотивацией.

Международный опыт, в частности опыт Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), свидетельствует о том, что среди организационных изменений, касающихся повышения эффективности систем здравоохранения, наибольшего успеха достигают действия, предпринимаемые в области управления кадрами.

Имеется множество данных, свидетельствующих о позитивном влиянии количества, качества подготовки работников здравоохранения, плотности их распределения на результаты различных мероприятий в сфере здравоохранения и в целом на здоровье людей.

В соответствии с определением ВОЗ, работниками здравоохранения являются люди, основная деятельность которых направлена на улучшение здоровья. В их число входят специалисты, оказывающие медицинские услуги (врачи, медицинские сестры, фармацевты и лаборанты), а также административные и вспомогательные работники. В мире насчитывается около 60 миллионов работников здравоохранения. Примерно две трети из них оказывают медицинские услуги (провайдеры), а одна треть выполняет административные и вспомогательные функции.

Кадровый кризис в здравоохранении признается мировым сообществом.

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

Доказано, что существует прямая связь между отношением количества работников здравоохранения к численности населения и показателями здоровья.

Глобальная нехватка работников усугубляется имеющимся дисбалансом внутри страны. В сельских районах по сравнению с городами наблюдается дефицит компетентного персонала.

По оценкам ВОЗ, для восполнения нехватки требуется, как минимум, 2 360 000 медицинских работников и 1 890 000 административных и вспомогательных работников, то есть, в общей сложности, 4 250 000 работников здравоохранения.

Для разных стран характерно разнообразие в уровне квалификации, в соотношении численности младшего медицинского персонала к численности врачей. Также существенными остаются диспропорции в спектре основных специальностей и квалификаций.

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

На протяжении последних 30 лет в большинстве промышленно развитых стран происходило усиление роли административных работников, экономистов в сфере медицинского обслуживания. Например, во многих странах клиниками обычно руководят профессиональные администраторы, не имеющие медицинского образования.

Современная политика развития кадров здравоохранения во многих странах строится на совместной ответственности государства и общества, включая профессиональные медицинские ассоциации. Правительство старается регулировать, определять,

удовлетворять реальные потребности в кадрах здравоохранения, а также поддерживать, направлять и контролировать мероприятия в области обучения и подготовки кадров и результативного использования их обществом.

Созданные ВОЗ региональные обсерватории кадровых ресурсов укрепляют, развивают и поддерживают базу знаний для трудовых ресурсов здравоохранения в разных регионах. Обсерватории предоставляют фактические данные для принятия политических решений с целью усиления систем здравоохранения и улучшения медицинского обслуживания. Они отслеживают практические методики и накопленный опыт и обмениваются ими.

Таким образом, кадровая политика развитых стран направлена на внедрение методов управления эффективностью имеющихся ресурсов, усиление роли административных работников, быстрой эволюции сестринской профессии и расширение функций среднего медицинского персонала, подготовку специалистов в сфере общественного здравоохранения, повышением требований к сфере подготовки и переподготовки кадров.

Отличительными особенностями кадровых ресурсов здравоохранения Казахстана являются более высокие показатели обеспеченности врачебными кадрами, наряду с меньшими показателями обеспеченности средним персоналом в сравнении с мировыми данными. Средний показатель обеспеченности врачебными кадрами городского населения более чем в 3 раза превышает таковую в сельской местности.

Численность медицинских кадров в настоящее время в сфере здравоохранения Казахстана составляет более 207 тыс. специалистов, из которых около 144 тыс. сестринского персонала. 70% от общего числа кадров – это провайдеры медицинских услуг. Более 18% от общего числа врачей и 33% среднего персонала трудятся в сельской местности. Вместе с тем, дополнительная потребность во врачебных кадрах по итогам 2011 года составляет 4,1 тыс., в т.ч. 1,9 в сельских регионах.

Для территории Казахстана характерна крайне высокая неравномерность в распределении медицинских кадров: от 20 до 45,7 на 10 тыс. населения. Обеспеченность врачами сельского здравоохранения остается по-прежнему низкой и колеблется в пределах от 11,0 до 18,9 на 10 тыс. населения. Недостаточное число квалифицированных работников здравоохранения в отдаленных и сельских районах затрудняет доступ к услугам здравоохранения значительной доли населения. Наблюдающаяся в последние годы стойкая тенденция к увеличению доли врачей старше 50 лет, свидетельствует о

риске возможного нарастания дефицита кадров в ближайшее десятилетие.

Одной из важных характеристик восполнения рынка рабочей силы является численность молодых кадров в общей возрастной структуре врачей. Несмотря на то, что в последние годы наметилась положительная тенденция притока молодых специалистов в отрасль, их доля составляет не более 4% от общего числа врачебных кадров. Несмотря на высокий процент трудоустройства выпускников (90%), из-за низкой привлекательности профессии и отсутствия мотивационных механизмов уровень закрепления выпускников не превышает 50-60%.

Система управления кадровыми ресурсами, нехватка квалифицированного управленческого потенциала, устаревшие принципы работы кадровых служб, недостаток специалистов в области менеджмента и экономии здравоохранения, социальные работники являются серьезным барьером на пути создания эффективного потенциала.

Существующие проблемы, связанные с дефицитом кадров, неравномерным географическим и территориальным распределением, а также структурным кадровым дисбалансом, отягощаются также недостаточной квалификацией имеющихся кадров, зачастую определяющей низкое качество медицинских услуг.

Ситуация усугубляется тем, что действующая система прогнозирования и планирования кадров является мало эффективной. Планирование кадровых ресурсов исторически не являлось приоритетом политики в сфере здравоохранения.

Сегодня также приходится констатировать, что отсутствие четкой государственной кадровой политики в сфере здравоохранения привело к количественному и качественному кризису трудовых ресурсов. Отсутствие мотивационных стимулов к работе, низкая заработная плата, недостаточная социальная защищенность работников здравоохранения привели к снижению притока молодых кадров в отрасль здравоохранения и «старению» врачебных кадров. Достаточно серьезно дело обстоит с привлечением и сохранением кадров в сельских регионах.

Проблемным являются недостаточное техническое оснащение рабочих мест, слабая поддержка со стороны управляющего персонала, устаревшие принципы работы кадровых служб, непривлекательная социальная инфраструктура сельских населенных пунктов.

Необходимо отметить положительные тенденции, наметившиеся в отрасли, касающиеся развития сферы медицинского и фармацевтического образования республики. В 2010 завершена реализация Концепции реформирования медицинского

и фармацевтического образования – первой стадии преобразований в этой сфере. Внедрена новая модель подготовки медицинских и фармацевтических кадров, новые образовательные стандарты и технологии, основанные на лучшей международной практике. Созданные учебно-клинические центры позволили сделать акцент на клиническую подготовку студентов и интернов. Разработаны и успешно внедряются национальные стандарты институциональной аккредитации медицинских вузов. Достижение качества медицинского и фармацевтического образования, соответствующего наилучшей международной практике и обеспечивающего эффективное развитие отечественного здравоохранения – являются основными приоритетами утвержденной в 2011 году Концепции развития медицинского и фармацевтического образования на 2011-2015 годы.

В последние годы началась активная работа по подготовке специалистов общественного здравоохранения, менеджеров здравоохранения, сестринского персонала с высшим образованием. Начата работа по усовершенствованию нормативной правовой базы кадров здравоохранения – разработаны номенклатура специальностей и должностей, а также квалификационные требования и характеристики к ним. Пересмотрены требования к оценке уровня квалификаций медицинских кадров.

Для реализации настоящей Концепции имеются благоприятные возможности, к числу которых можно отнести: постоянный рост финансирования в доле от ВВП страны на здравоохранение; признание в качестве одной из стратегических задач Государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламаты Қазақстан» на 2011-2015 годы необходимость создания конкурентоспособного кадрового потенциала отрасли; реализация совместного со Всемирным банком проекта «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан»; появление новых эффективных методов управления в области здравоохранения; развитие информационных технологий в секторе здравоохранения и др.

Вместе с тем нельзя не учитывать угрозы и риски для успешной реализации Концепции. К их числу можно отнести: повышающийся рост требований к уровню квалификации медицинских кадров; появление новых медицинских технологий; стремительное обновление информации, связанное с развитием медицинской науки и новых технологий; демографические (старение населения) и эпидемиологические тенденции (рост хронических заболеваний), сопровождающиеся изменением потребности в медицинской помощи и переориентацией от

оказания «медицинской помощи» к оказанию «медико-социальных услуг»; миграция медицинских кадров и др.

## 1.2. Цель и задачи Концепции

Одним из направлений государственной политики страны является улучшение качества медицинских услуг и развитие высокотехнологичной системы здравоохранения. Качество включает предоставление надлежащих и экономически эффективных медицинских услуг и зависит от множества факторов, среди которых важную роль играют уровень профессионализма и мотивация специалистов здравоохранения к его повышению, внедрение современных технологий управления процессами организации и оказания медицинской помощи, внедрение эффективных методов оплаты медицинской помощи, материально-техническая оснащенность медицинских организаций и другие.

Целью настоящей Концепции является - формирование эффективной кадровой политики отрасли, обеспечивающей предоставление качественных услуг здравоохранения.

Для реализации названной цели необходимо решение следующих задач:

- Оптимизация планирования, штатной численности и структуры кадров.
- Совершенствование подготовки и непрерывного профессионального развития кадров.
- Эффективное управление человеческими ресурсами здравоохранения.

## 1.3. Период реализации и ожидаемые результаты

Реализация настоящей Концепции рассчитана на период с 2012 года по 2020 год.

- На первом этапе (2012-2014 годы) будут:
- создана действенная нормативно - правовая база в области развития кадровых ресурсов;
  - разработаны и внедрены эффективных методы и инструментов для реализации кадровой политики;
  - создана национальная Обсерватория кадровых ресурсов здравоохранения, как координирующий центр по вопросам кадровой политики и исследованиям в этой сфере;
  - внедрена модульно-накопительная система непрерывного профессионального образования кадров здравоохранения;
  - внедрен институт профессиональных менеджеров здравоохранения;
  - внедрен институт независимой оценки уровня квалификации медицинских кадров;
  - активно вовлечены профессиональные ассоциации в решение проблем КРЗ;

На втором этапе (2015-2017 годы) будут

продолжены мероприятия первого этапа, будут проведены мониторинг и оценка эффективности реализованных на первом этапе мер, а также:

- модернизированы кадровые службы органов и организаций здравоохранения;
- частично переданы функции по развитию КРЗ профессиональным объединениям.
- На третьем этапе (2018 – 2020 годы) будут:
  - 1) создана при поддержке ВОЗ региональная Обсерватория кадровых ресурсов здравоохранения;
  - 2) разработаны и внедрены эффективные методы и инструменты для реализации кадровой политики ресурсов в соответствии с лучшей международной практикой;
  - реализованы совместные мероприятия с международными организациями, в том числе с ВОЗ, а также организациями донорами по проведению исследований в области кадровых ресурсов здравоохранения, вопросам развития кадровых ресурсов здравоохранения.

## **Раздел 2. Основные принципы и общие подходы развития кадровых ресурсов здравоохранения**

Кадровая политика будет основана на следующих принципах:

- Системность – обеспечение единства целей, принципов, форм и методов и технологий работы с кадрами.
- Легитимности и открытость.
- Профессионализм и компетентность – наличие знаний, умений и навыков, необходимых для эффективного развития отрасли.
- Непрерывность профессионального развития.
- Социальное равенство, запрещающее любые формы ограничения прав человека на труд по признакам политической, расовой, национальной, языковой, половой или религиозной принадлежности.
- Социальная защищенность.

### **2.1. Совершенствование нормативной правовой базы, методов и инструментов кадровой политики**

Укрепление и повышение потенциала страны по управлению кадровыми ресурсами здравоохранения (КРЗ) предполагает совершенствование регулятивной базы на основе наилучшей международной практики. Реализация данного направления будет включать анализ действующих нормативных документов, регламентирующих процедуры подготовки, распределения, управления, стимулирования КРЗ.

Для эффективного управления будут созданы надежные и достоверные базы данных, что позволит проводить анализ и планирование кадровых ресурсов.

В целях создания эффективной системы обеспечения кадровыми ресурсами отрасли будут учитываться современные подходы к планированию и прогнозированию кадров.

Совершенствование планирования будет осуществляться на основе разработки и использования нормативов численности персонала. Анализ адекватности действующих штатных нормативов будет проведен на основе методик и инструментов, разработанных и рекомендованных ВОЗ. Нормативы станут инструментом выравнивания региональных, социальных (город–село, центр–периферия) и структурных (по видам помощи, типам организаций и специальностям) диспропорций в распределении кадрового потенциала, а также обеспечат пропорциональность развития первичной, специализированной, высокоспециализированной видов медицинской помощи.

Руководствуясь приоритетом развития социально ориентированной первичной медико-санитарной помощи, будет повышена значимость среднего медперсонала, социальных работников и психологов в оказании медицинской и медико-социальной помощи. Это потребует принятия мер по развитию новых организационных форм и технологий сестринской помощи населению, правовому регулированию сестринской деятельности, а также развитию служб социальной и психологической помощи населению.

Будет начата разработка профессиональных стандартов специалистов здравоохранения, которые позволят сформировать единые подходы к установлению нормативов по различным разделам медицинской, социальной, психологической видов помощи и будут способствовать рациональному использованию кадровых ресурсов здравоохранения.

Будут пересматриваться, и совершенствоваться нормативные правовые акты по номенклатуре специальностей и должностей работников здравоохранения, а также квалификационным требованиям к должностям и характеристикам специальностей.

Будет проведена работа по совершенствованию учетно-отчетной документации по КРЗ, а также инструкций с четким описанием служебных обязанностей, с определением задач и критериев оценки качества работы, системы мониторинга для отчетностей и компенсаций, а также эффективные системы мотивации.

### **2.2. Создание национальной (региональной) Обсерватории кадровых ресурсов здравоохранения**

Международный опыт показывает

эффективность создания национальных и региональных Обсерваторий кадровых ресурсов, призванных обеспечить координацию работ по эффективной кадровой политике.

На первоначальном этапе предполагается создание национальной, а в последующем, при поддержке ВОЗ, региональной (для Центральной Азии) Обсерватории кадровых ресурсов здравоохранения. Планируется, что она может быть создана как координирующий для 16 регионов страны центр по сбору данных, анализу, планированию, прогнозированию потребности в КРЗ. В Обсерватории будет надежная и достоверная база данных на основе данных системы управления ресурсами (СУР) единой информационной системы здравоохранения (ЕИСЗ), гармонизированная с международными требованиями.

Обсерватория будет осуществлять исследование по ключевым аспектам КРЗ и их влияния на результаты мероприятий по охране здоровья, что даст возможность принимать обоснованные управленческие решения.

#### **Модернизация кадровых служб системы здравоохранения**

Новые условия функционирования здравоохранения предъявляют повышенные требования к потенциалу кадровой службы, функции и ответственность которой должны быть значительно расширены.

Важная роль будет уделена внедрению системы управления эффективностью - ориентированность на результативность, установление измеримых задач, мотивацию сотрудников на результат на основе ключевых показателей эффективности деятельности организации здравоохранения.

В стране будет продолжена стратегия децентрализации исполнительных функций органов управления здравоохранением с поэтапной передачей их части государственным, негосударственным и общественным организациям, с повышением автономии государственных поставщиков медицинских услуг. Продолжится внедрение института профессиональных менеджеров и транспарентных форм управления организациями здравоохранения, включая современные управленческие технологии.

Выполнение функциональных обязанностей и решение новых обязанностей потребует от руководителей и специалистов кадровой службы владения новыми компетенциями, многопрофильными профессиональными знаниями (юридическими, экономическими, педагогическими, психологическими и др.), а также умениями и навыками в области современных кадровых технологий.

Проблемами управления персоналом будут заниматься профессионалы, умеющие хорошо ориентироваться на рынке труда, выполнять аналитическую работу, владеющие современными технологиями найма и диагностики персонала. Они будут участвовать в расстановке кадров с учётом требований рабочего места и потенциала работника, удержании, оценке деятельности, мотивации, стимулировании труда, обеспечении профессионального роста сотрудников.

Особо важным направлением в системе управления кадровыми ресурсами отрасли является поддержание высокого профессионального уровня руководящего состава. Правильный подбор руководителя во многом определяет успех дела. Будет сформирован действенный резерв руководящих работников.

В целях широкой практической подготовки резерва будет реализован метод текущей ротации кадров руководителей на центральном и региональном уровнях.

#### **2.4. Повышение имиджа, престижа, совершенствование системы мотивации и стимулирования труда работников здравоохранения**

Внедрение оптимальных механизмов развития кадровых ресурсов, направленных на подготовку, поддержание, сохранение и эффективное использование имеющихся ресурсов – является одним из важных направлений кадровой политики государства. К сожалению, уровень оплаты труда медицинских работников остается невысоким. Будет продолжена работа по совершенствованию дифференцированной оплаты труда, основанной на конечных результатах деятельности. Серьезное внимание будет уделено стимулированию и мотивации медицинских работников к качественному выполнению своих обязанностей, выработке мер социальной поддержки.

Планируется стимулирование эффективных форм хозяйствования и создание условий для гибкого регулирования оплаты труда путем изменения статуса лечебных организаций.

Будут созданы оптимальные экономические условия для инвестирования работодателями средств в развитие кадровых ресурсов здравоохранения, укрепления мер социальной поддержки медицинских работников, эффективных мотивационных механизмов удержания кадров.

Приоритетом остается привлечение и сохранение медицинских кадров в сельской местности. В этой связи будут созданы условия по доступности регулярного повышения их профессионального уровня путем максимального приближения

образовательных услуг к месту жительства, в том числе за счет дистанционных форм обучения, телелекций и телеконсультаций.

Необходимо создание безопасных и благоприятных условий труда, обеспечение социально-ориентированной поддержки и мер по общественному признанию труда работников здравоохранения. Необходим пересмотр действующих нормативных документов по охране труда, приведение их в соответствие с современными требованиями безопасности. Будет усилен административный контроль за состоянием условий труда на рабочем месте.

Решение важных задач, стоящих перед отраслью, требует повышения внимания к социальным проблемам медицинских кадров, связанным с обеспечением достойного уровня жизни, повышением авторитета, имиджа работников отрасли, сохранением их здоровья. Повышению престижа медицинской профессии будут способствовать регулярные конкурсы «Лучший по профессии».

### **Совершенствование профессионального образования**

Улучшение качества профессиональной подготовки кадров отрасли является важной составляющей кадровой политики. В настоящее время реализуется «Концепция развития медицинского и фармацевтического образования на 2011-2015гг.», целью которой определено достижение качества медицинского и фармацевтического образования, соответствующего наилучшей международной практике.

Выполнение поставленной цели потребует серьезной системной работы, затрагивающий комплекс задач. Будут обновлены образовательные стандарты с учетом международного опыта, основанные на компетентностном подходе и потребностях системы здравоохранения.

Будет внедрена системы повышения потенциала преподавателей с учетом современных тенденций активного обучения, развития критического мышления, навыков анализа и акцента на самостоятельную работу, обучения с использованием симуляций и тренажеров, развития доказательной медицины и др.

Получит дальнейшее развитие система аккредитации образовательных программ с учетом рекомендаций экспертов Всемирной федерации медицинского образования.

Будет пересмотрена политика приема в медицинские организации образования. Планируется переход от количественного подхода к приему студентов в медицинские вузы к качественному обучению. Поэтапно будет уменьшаться государственный заказ (количество грантов) на подготовку врачей с одновременным повышением стоимости

обучения. Будет совершенствоваться система отбора и приема граждан в медицинские организации образования на основе психологического тестирования, объективного стандартизированного интервьюирования.

Одним из ключевых направлений достижения качества подготовки кадров, станет внедрение системы независимой оценки уровня квалификации специалистов отрасли, в том числе, выпускников медицинских вузов и колледжей.

### **Внедрение института независимой оценки уровня квалификации медицинских кадров.**

В стране существует практика оценки качества и эффективности подготовки кадров самими образовательными организациями. Медицинские организации образования не являются исключением. Особенно актуальна эта проблема для медиков, от профессионализма которых зависят жизнь и здоровье людей. В странах Северной Америки существует система независимой оценки знаний, умений и навыков студентов, выпускников медицинских школ, которая позволяет контролировать качество подготовки врачей, гарантирует высокий уровень их квалификации, а также обеспечивает безопасность пациентов.

В Казахстане планируется создание подобного независимого центра на базе общественного объединения – «Ассоциация медицинского образования и науки». Этот центр будет организован с участием зарубежных экспертов в этой области и должен стать важным инструментом оценки качества подготовки медицинских кадров, а также уровня квалификации работающих специалистов.

### **2.7. Совершенствование непрерывного профессионального образования**

Система непрерывного профессионального образования/развития (НПР) медицинских и немедицинских кадров получит свое качественное обновление. Будет осуществляться разработка различных по содержанию и срокам обучения образовательных и профессиональных программ, основанных на международных стандартах улучшения качества НПР.

Будут созданы условия для доступности профессионального образования не только внутри страны, но и за ее пределами, в том числе с применением дистанционных технологий. Получат широкое распространение такие формы обучения, как индивидуальное, самостоятельное (саморазвитие), электронное (дистанционное), коучинг, наставничество и др.

В основе системы НПР медицинских

работников будет лежать накопительный принцип, предусматривающий освоение каждым работником определённого объёма новых знаний и навыков, измеряемых в условных единицах профессионального развития (система накопительных зачетных единиц).

Основным условием накопительной системы будет модульный подход в обучении, при котором образовательные программы состоят из последовательно установленных обучающих модулей, каждый из которых имеет логическую завершенность и может быть пройден в качестве отдельного самостоятельного компонента с выдачей соответствующего документа.

Особенностью предлагаемой системы станет ориентация не на количество часов или общее потраченное время обучающимся, а на достижение им определенной компетентности за пройденный объем учебной программы.

### **2.8. Усиление роли неправительственных организаций, профессиональных ассоциаций**

Для достижения качественного сдвига в показателях, характеризующих здоровье населения, необходима согласованность усилий всего общества, включая государственные ведомства, бизнес - структуры и общественные организации.

В Государственной программе «Саламаты Казахстан» предусмотрено повышение статуса Национального координационного совета по охране здоровья при Правительстве Республики Казахстан. Названный совет предполагает четкое разграничения ответственности между центральными государственными органами и органами местного государственного управления и разработкой механизмов взаимодействия на местном уровне, включая развитие социальной ответственности бизнес - структур и привлечение неправительственных общественных организаций.

В настоящее время в отрасли работают более 100 неправительственных организаций (НПО). Впервые в текущем году Министерством размещен государственный социальный заказ среди НПО. Данные проекты направлены на увеличение ожидаемой продолжительности жизни, пропаганду здорового образа жизни и укрепление репродуктивного здоровья, улучшение качества жизни пациентов с сахарным диабетом, дальнейшее укрепление

профилактической медицины. Ряд проектов посвящен вопросам качества медицинских услуг и лекарственного обеспечения, подготовке социальных работников для системы ПМСП, повышения престижа медицинских работников.

Планируется более активное привлечение общественных организаций к вопросам нормативного правового обеспечения, профориентации, медицинского образования, повышения квалификации, приема квалификационного экзамена, в обеспечении защиты прав медицинских работников при возникновении трудовых споров и в случаях профессиональной ответственности, а также в области медицинской этики.

### **Раздел 3. Инструменты реализации концепции**

Реализация данной Концепции предполагается посредством следующих законодательных и нормативных правовых актов:

1. Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения».

2. Трудовой Кодекс Республики Казахстан от 15 мая 2007 года № 251-IIIЗРК

3. Закон Республики Казахстан от 27 июля 2007 года «Об образовании».

4. Указ Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113 «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы».

5. Указ Президента Республики Казахстан от 7 декабря 2010 года № 1118 «Об утверждении Государственной программы развития образования Республики Казахстан на 2011 - 2020 годы».

6. Постановление Правительства Республики Казахстан от 25 февраля 2011 года № 183 «О Стратегическом плане Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2011-2015 годы».

7. 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.

Положения настоящей Концепции будут реализованы посредством совершенствования законодательных и иных нормативных правовых актов по вопросам кадровых ресурсов здравоохранения.

# МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО РАЗРАБОТКЕ «БИЗНЕС ПЛАНА» ДЛЯ СТАЦИОНАРОВ ПО ПРОЕКТУ «СЕГОДНЯ ЛУЧШИЙ - ТЫ, ЗАВТРА – ВСЕ».

**В** методических указаниях рассмотрены вопросы разработки бизнес-плана в соответствии с требованиями Министерства здравоохранения Республики Казахстан. Пособие имеет практическую направленность и предназначено для развития у слушателей навыков по составлению бизнес-плана.

Цель разработки проекта – закрепление теоретических знаний и развитие у слушателей практических навыков по составлению бизнес-плана для РГП на ПХВ.

## Задачи разработки проекта:

1. Освоить методику составления бизнес-плана.
2. Научиться составлять бизнес-план своего предприятия в условиях перехода на ПХВ.
3. Научиться составлять бизнес-план как для нового, только создающегося, ЛПУ, так и для уже существующих ЛПУ, на очередном этапе их развития с учетом точной и хорошо обоснованной информацией о размерах потребности населения в медицинских услугах, перспективах роста, реформами здравоохранения.

Бизнес-план – система мероприятий, направленных на максимальное и эффективное использование средств и ресурсов для достижения максимальной результативности при минимальных затратах.

## Функции бизнес-планирования:

- 1) Общая концепция развития предприятия в рыночных условиях;
- 2) Эффективное планирование для проведения оценки, контроля и мониторинга процесса развития деятельности предприятия;
- 3) Повышение финансовой устойчивости и оптимизация доходной и расходной части предприятия;

## Структура Бизнес-плана:

### Раздел 1. Оценка конкурентоспособности предприятия.

- 1.1. Краткое описание организации и предоставляемых медицинских услуг;
- 1.2. Анализ плана финансирования на текущий год;
- 1.3. Основные медико-экономические показатели (за последние 3 года).

### Раздел 2. Стратегия повышения финансово-экономической самостоятельности предприятия (ПХВ).

- 2.1. Этапы перехода предприятия в организационно-правовую форму «государственные предприятия на праве хозяйственного введения».

### Раздел 3. Механизм повышения доходной части бюджета.

- 3.1. Эффективность использования коечного фонда:
  - оптимизация коечного фонда: «гибкость» профильной структуры коечного фонда в зависимости от востребованности населения;
  - управление структурой госпитализированных пациентов;
  - интенсификация работы предприятия: непрерывность оказания диагностических подразделений, снижение средней длительности лечения за счет внедрения эффективных и современных методов лечения и т.д.
- 3.2. Оценка эффективности использования основных средств;
- 3.3. Повышение доли внебюджетных средств в объеме дохода.

### Раздел 4. Эффективное использование финансовых средств и ресурсов организации.

- 4.1. Практика ресурсосбережения.
- Раздел 5. Комплексная система мотивации персонала.
- 5.1. Внедрение дифференцированной оплаты труда.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

## Раздел 2 – Стратегия повышения финансово-экономической самостоятельности предприятия (ПХВ)

2.1. Этапы перехода предприятия хозяйственного ведения» в организационно-правовую форму (\*примечание - для организаций, не «государственные предприятия на праве перешедших на ПХВ)



Подробное пояснение каждого этапа смотрите в приложении 1.

### Раздел 3. Механизм повышения доходной части бюджета

#### Особенности менеджмента в условиях внедрения оплаты медицинских услуг по клинико-затратным группам

**С**овременный менеджмент в здравоохранении – это достижение целей организации посредством эффективного планирования, организации, руководства, мониторинга и контроля за рациональным использованием ресурсов.

При оплате по КЗГ изменилась роль руководителя – менеджера, управленца:

Эффективность управления достигается через ресурсосбережение и эффективность, а также путем вовлечения персонала в управление на основе внедрения дифференцированной оплаты, за повышение качества и удовлетворенности населения.

Критерии эффективности менеджмента здравоохранения:

- снижение уровня потребления койко-дней на 1000 населения;
- обеспечение прав пациента на доступность медицинской помощи посредством регулирования процесса госпитализации;
- снижение числа отказов по причине отсутствия показаний при плановой госпитализации через усиление взаимодействия с организациями ПМСП;
- обеспечение прав пациента на качество медицинских услуг через компетентность и профессионализм специалистов;
- снижение количества жалоб населения на работу стационаров в приемном покое (решение по принципу «здесь и сейчас»).

Успех организации зависит не столько от финансовых возможностей, сколько от умения эффективно их использовать, активизировать внутренние возможности и потенциал персонала, от способности применять инновационные подходы в организации и управлении.

#### Эффективность использования коечного фонда

**1. Оптимизация коечного фонда: «гибкость» профильной структуры коечного фонда в зависимости от востребованности населения.**

Решение вопроса о перепрофилизации коечного фонда в зависимости от потребности профилей и сокращении ряда невостребованных коек осуществляется на основе оценки реальной потребности в количестве коек по профилям.

Оценка потребности проводится на основе анализа числа ожидающих плановой госпитализации пациентов в разрезе их профилей и сроков ожидания. При этом должны быть определены возможности оказания стационарной помощи по каждому профилю коек с учетом имеющихся материальных и

кадровых ресурсов.

**Проведение такого анализа и принятие указанных мер позволяет руководителю обеспечить интенсификацию использования коек (при снижении показателей работы койки в стационаре, уменьшается соответственно и доход).**

#### 2. Управление структурой госпитализированных пациентов

**Оценка влияния различных факторов** на число госпитализированных больных (среднее число дней работы койки, оборот койки, средняя длительность пребывания больного) с последовательной заменой каждого показателя на величину, позволяющую улучшить показатели с учетом числа госпитализаций пациентов с весовым коэффициентом от 1,0 и выше и снижения числа пациентов с заболеваниями, госпитализация которых должна осуществляться на амбулаторном уровне и в дневных стационарах.

Анализ структуры госпитализированных пациентов по группам КЗГ с учетом весовых коэффициентов (коэффициент затратоёмкости) в разрезе каждого отделения и по организации в целом:

1) ранжирование госпитализированных по весовым коэффициентам, из числа с низкими весовыми коэффициентами (до 1,0), выявление группы пациентов:

- с заболеваниями, лечение которых должно осуществляться на уровне дневных стационаров;
- с заболеваниями, лечение которых должно осуществляться на амбулаторном уровне;

2) определение доли госпитализированных и доли суммы дохода от данных групп пациентов;

3) определение доли госпитализированных и доли суммы дохода группы пациентов с весовым коэффициентом от 2 и выше (внедрение ВСМП) с распределением по нозологиям и технологиям медицинской помощи;

4) оценка возможностей увеличения количества пациентов с высокими весовыми коэффициентами;

5) расчет числа госпитализаций пациентов с весовым коэффициентом от 2 и выше и доли дохода с учетом снижения числа пациентов с заболеваниями, госпитализация которых должна осуществляться на амбулаторном уровне и в дневных стационарах;

6) развитие стационарозамещающих технологий (комплекс медицинских услуг, предоставляемых пациенту в дневном стационаре по ряду заболеваний, не

отличающихся от услуг круглосуточного стационара):

- госпитализация и лечение более простых клинических случаев, направленных ПМСП на плановую госпитализацию (исключение отказов);
- ранняя выписка из стационара на долечивание в СЗТ;
- внедрение центра амбулаторной хирургии (высокий тариф).

Таким образом, при грамотной организации потоков пациентов и качественном подходе к управлению структурой, количество госпитализаций снизится, но при этом сохранится или увеличится объем финансирования, позволяющий при оптимальных расходах обеспечить экономию финансовых средств.

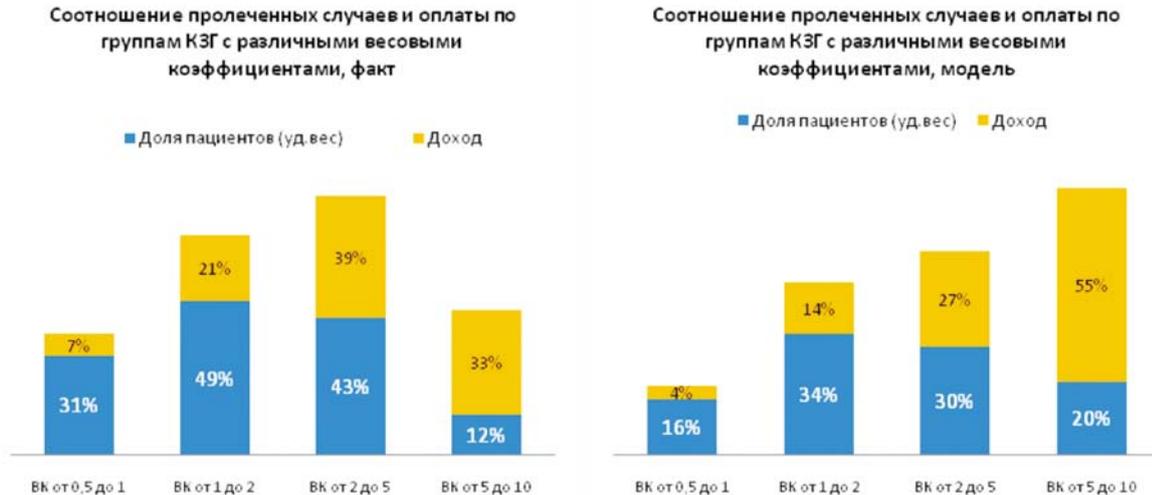


Рисунок 1 – Иллюстрация изменений в структуре дохода предприятия при повышении средней сложности пролеченных случаев (расчеты показаны в приложении 2)

**Экономическая логика менеджмента стационара в условиях оплаты по КЗГ (Ермекбаев К.К., 2012)**

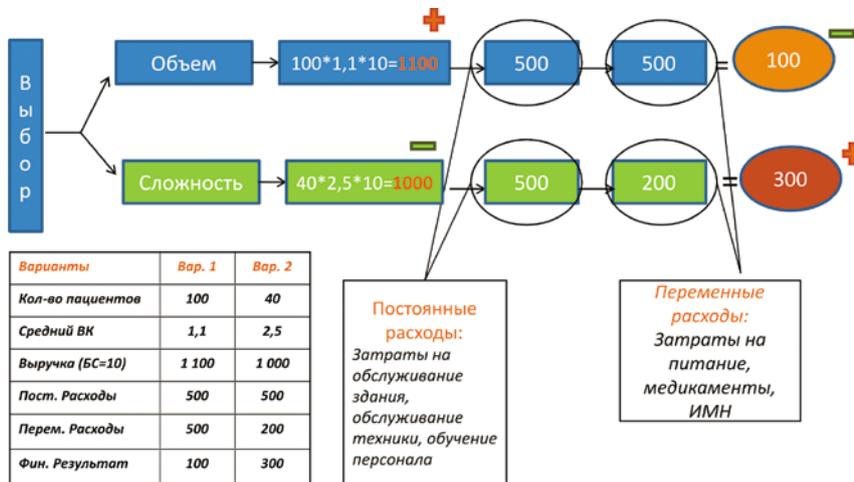


Рисунок 2 – Схема (расчеты показаны в приложении 2)

**3. Интенсификация работы предприятия**

1. Снижение средней длительности пребывания больного (средний койко-день характеризует стационар и качество лечебно-диагностического процесса и указывает на резервы повышения использования коечного фонда):

- внедрение малоинвазивных, современных и высокотехнологичных методов диагностики и лечения основных заболеваний (ВСМП);
- проведение дополнительных диагностических исследований при необходимости в 1-й день госпитализации;

- незамедлительные меры по подготовке пациентов для определенных исследований (промывание кишечника и т.д.);
- проведение оперативных вмешательств в 1-й или 2-й день при плановой госпитализации;
- начало лечения в 1-й день госпитализации;
- равномерное поступление пациентов во все дни недели;
- своевременность выписки пациентов из стационара (перед выходными днями);

Сокращение средней длительности пребывания на койке только на один день у каждого пациента в системе Единого

плательщика (в год) позволило бы получить экономию 5,5 млрд.тенге на все стационары.

**2. Перевод медицинской организации (МО) на «круглосуточное функционирование»:**

1. Пересмотр рабочего расписания основных диагностических и лечебных процедур с целью выравнивания нагрузки в течение дня (рентгенологические, ультразвуковые, лабораторные исследования, компьютерная томография, МРТ, хирургические манипуляции, консультации специалистов и т.д.);
2. Непрерывность организации деятельности

диагностических подразделений:

- создание гибкого бесперебойного графика работы всех подразделений за счет компенсации «обеда» в альтернативное время (согласовывается с персоналом);
- работа основных диагностических и лечебных подразделений в вечернее время (целевая группа – работающие люди среднего возраста, обращающиеся амбулаторно после трудового дня).

Например: Разделение графика работы персонала на 2 основные группы, время работы которых не совпадает (группа 1, группа 2)

			13:00-14:00			
Группа 1	8:00		обед		17:00	
Группа 2		9:00		обед		18:00
				14:00-15:00		

**Рисунок 2 - График работы с непрерывным процессом оказания помощи**

**Оценка эффективности использования основных средств**

**1. Анализ оснащенности медицинской техникой**

Проводится анализ эффективности использования и оснащенности медицинской техникой.

Анализируется техническое состояние парка медицинской техники, находящейся на балансе медицинской организации, по отделениям, анализируется степень ее изношенности.

Определяется потребность в видах медицинской техники (т.е. определить необходимый уровень оснащенности МО, в соответствие с видами и количеством медицинских услуг, планируемых к оказанию в медицинской организации):

1. в соответствии с первоочередной потребностью (экстренная нехватка определенных видов МТ: Рентген, УЗИ, лабораторное оборудование, ИВЛ и Анестезия);
2. в соответствии с планом по изменению структуры госпитализации, т.е с учетом планов по внедрению технологий, в т.ч. ВСМП (например: определение необходимости в МТ, обеспечивающих внедрение новых технологий: лапароскопические стойки, аппараты для литотрипсии и т.д.);
3. составляется дорожная карта на 2012, 2013, 2014, 2015 гг. по оснащению МТ на условиях финансового лизинга, а также за счет других средств.
2. Лизинговая система обеспечения

оборудованием

Показывается опыт работы с КазМедТех по лизингу:

4. указать сколько раз обращались в КазМедТех, по каким видам и наименованиям медицинской техники (МТ). Указать количество одобренных единиц МТ, количество поставленных и количество МТ, которые планируются к поставке, после прохождения конкурсных процедур;
5. в случае использование МТ, полученной на условиях финансового лизинга, показать анализ использования: Есть ли сложности в оказании услуг, количество которых установлено как нормативное (Сложности с исполнением договора)? Имеются ли случаи использования МТ сверх нормативной нагрузки, имеются ли случаи снижения нагрузки на МТ? Указать причины. Приняты ли организационные меры по выравниванию нагрузки в соответствии с условиями использования МТ;
6. указать МТ, по которой были отказы на одном из этапов Лизинга. Указать причины отказа;
7. указать какие меры были приняты по приведению в соответствие с требованиями, по уменьшению стоимости МТ, по изменению выбора МТ на более подходящую комплектацию и прочие меры по оснащению запрашиваемой МТ.

**Повышение доли внебюджетных средств в объеме дохода**

1. Платные услуги, в том числе:
  - оплачиваемые населением напрямую через кассу;

- оплачиваемые по договорам с различными организациями;
  - оплачиваемые страховыми компаниями (СК).
2. Аренда помещений.
  3. Другие доходы (гуманитарная помощь, гранты, социальные заказы и прочее).

**Раздел 4. Эффективное использование финансовых средств и ресурсов организации**

Мероприятия по снижению расходов за счет эффективного и рационального использования ресурсов предприятия:

- 1) повышение эффективности лечения и сокращение сроков лечения: совершенствование процессов лекарственного обеспечения (формуляр, использование эффективных лекарственных средств);
- 2) снижение необоснованного и нерационального назначения диагностических исследований: повышение уровня догоспитального обследования и подготовки пациентов;
- 3) снижение потери рабочего времени: повышение мотивации персонала, улучшение условий труда и расширение социального пакета персонала;
- 4) снижение потребления коммунальных услуг:
  - установка автоматизированного теплового пункта (АТП) с принудительной циркуляцией теплоносителя (экономия до 15% потребляемой тепловой энергии);

- замена существующих окон на двухкамерные стеклопакеты, что позволит снизить теплопотребление здания;
  - замена существующих ламп освещения помещений на энергосберегающие. (Лампы накаливания ЛОН заменить на энергосберегающие компактные интегрированные люминесцентные лампы Tornado T3 23W Philips (либо аналоги), которые обеспечат экономию электроэнергии до 80% при большем световом потоке. При выполнении данного мероприятия по замене ламп общая экономия электроэнергии составит приблизительно 75,399 тыс.кВт/час в год (расчеты КГП «Областной центр травматологии и ортопедии имени профессора Х.Ж. Макажанова»)).
- 5) широкое использование Аутсорсинга.

Оценка эффективности использования ресурсов осуществляется по результатам анализа расходов стационара. Структура расходов может оцениваться на основе матрицы «Значение порогового уровня затрат». Данная матрица отражает предельные объемы затрат медицинской организации в зависимости от уровня оказываемой помощи (приложение 3).

Так например, анализ затрат одной медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь на областном уровне (КГП «Областной центр ...») за 2 месяца 2012 года в сравнении с 2011 годом приведен в таблице 1.

**Таблица 1 - Структура расходов за оказанные медицинские услуги на примере КГП «Областной центр ...»**

Наименование расходов	Заработная плата	Приобретение продуктов питания	Приобретение медикаментов и прочих средств медицинского назначения	Приобретение прочих товаров	Оплата коммунальных услуг	Прочие услуги и работы	Другие текущие затраты	Приобретение основных средств
Пороговый уровень затрат в структуре расходов для областных стационаров	min 40% max 65%	min 3% max 10%	min 25% max 45%	min 1% max 5%	min 2% max 5%	min 1% max 10%	min 0% max 5%	min 0% max 0%
За январь, февраль 2012 г	59,9%	3,6%	23,3%	0,3%	6,5%	0,8%	0,0%	0,0%
Всего за 2011 г	39,7%	3,1%	39,2%	0,7%	2,7%	10,6%	0,0%	0,0%

Примечание:

1. красным цветом выделены поля, по которым имеется превышение пороговых показателей;
2. синим цветом отмечены поля, не достигшие целевого уровня;
3. желтым цветом отмечены поля с нормальной структурой затрат, соответствующей пороговым показателям.

Важно не только рассчитать и сравнить пороговое значение по каждой статье затрат, но и оценить целесообразность использования средств, возможность оказания максимальной помощи в пределах выделенных ресурсов, которые всегда ограничены. Эти вопросы решаются с помощью анализа финансовых показателей.

### **Раздел 5. Внедрение дифференцированной оплаты труда**

Только высоко мотивированный персонал способен обеспечить соответствие оказания медицинской помощи имеющимся

потребностям пациента, его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии.

Внедрение дифференцированной оплаты проводится по следующему алгоритму:

**1 ШАГ** Создается постоянно действующая комиссия.

**2 ШАГ** Разрабатывается Положение о порядке выплат дифференцированной оплаты с разработкой методики начисления фонда стимулирования, критериев оценки деятельности медицинских работников, сроки исполнения, ответственные лица.

**3 ШАГ** Разрабатывается матрица по которой должна оцениваться работа каждого сотрудника с учетом критериев оценки его деятельности.

**4 ШАГ** Оценивается доход организации за текущий период.

**5 ШАГ** Определяется фонд экономии по каждому структурному подразделению.

**6 ШАГ** Комиссией распределяется дифференцированная доплата на основании заработанных баллов.

**ПРИЛОЖЕНИЕ 1**

**ПОЯСНЕНИЕ К ПЕРЕХОДУ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НА ПХВ**

**1 этап**

Медицинская организация на праве оперативного ведения в форме казенного предприятия или государственного

учреждения, планирующая переход на право хозяйственного ведения, оценивает преимущества и риски данного процесса:



Оценив преимущества, предприятие организывает обучение бухгалтеров и финансистов международным стандартам бухгалтерского учета и финансовой отчетности

реорганизации казенного предприятия, государственного учреждения в предприятие на праве хозяйственного ведения.

**2 этап**

Медицинская организация, оценив риски, формирует и предоставляет следующую документацию в уполномоченный орган (Минздрав или областное управление здравоохранения):

- копию учредительных документов (устав, свидетельство регистрации, РНН, лицензия);
- финансовую отчетность за последние 2 года;
- копию документов руководителя о прохождении квалификации в области здравоохранения;
- копию документов главного бухгалтера (диплом, сертификаты, повышения квалификации);
- проект учетной политики в соответствии с требованиями международных стандартов финансовой отчетности (МСФО).

**3 этап**

Уполномоченный орган в течении месяца проводит анализ предоставленных документов на предмет целесообразности

**4 этап**

В случае принятия положительного решения, уполномоченный орган вносит на утверждение в Правительство или местный исполнительный орган Постановление о реорганизации государственных субъектов здравоохранения в государственные предприятия на праве хозяйственного ведения. До получения решения Правительства или местного исполнительного органа в форме постановления необходимо получить предварительное согласие Агентства Республики Казахстан по защите конкуренции (Антимонопольное агентство) при создании государственных предприятий.

**5 этап**

После утверждения и издания Постановления, Приказом уполномоченного органа управления создается комиссия из сотрудников реорганизуемого юридического лица, устанавливается срок реорганизации (не более 3 месяцев) и назначается уполномоченное лицо на подписание необходимых документов от имени вновь создаваемого юридического лица.

### 6 этап

Комиссия организует и проводит следующую работу, в рамках поставленных задач:

1) письменное уведомление о принятом решении реорганизации кредитов реорганизуемого юридического лица, а также представление отдельной налоговой отчетности и подача заявления в территориальный налоговый орган о проведении документальной проверки в связи с реорганизацией;

2) проведение полной инвентаризации имущества и обязательств реорганизуемого юридического лица;

3) проведение (при необходимости) оценки стоимости передаваемого (принимаемого) в порядке правопреемства имущества и обязательств;

4) определение порядка реализации правопреемства в связи с изменениями в имуществе и обязательствах, которые могут возникнуть после даты утверждения передаточного акта или разделительного баланса в результате текущей деятельности реорганизуемого юридического лица, а также порядка осуществления отдельных хозяйственных операций (кредитов, займов, финансовых вложений);

5) определение способа формирования (изменения) уставного капитала возникших и реорганизуемых юридических лиц;

6) истребование дебиторской задолженности и погашение кредиторской задолженности реорганизуемого юридического лица;

7) составление заключительной бухгалтерской отчетности реорганизуемого юридического лица и подготовка передаточного акта или разделительного баланса, а также необходимых приложений к ним (бухгалтерская отчетность, акты (описи) инвентаризации имущества и обязательств реорганизуемого лица, расшифровка (опись) кредиторской и дебиторской задолженности и др.);

8) разработка учредительных документов новых юридических лиц и изменений и дополнений в учредительные документы реорганизуемого юридического лица;

9) подготовка передаточного акта для предоставления на утверждение (если в республиканской собственности) в Комитет государственного имущества и приватизации МФ РК (далее - КГИП) или (если в коммунальной собственности) в местный исполнительный орган;

10) передача по акту приема-передачи имущества и обязательств реорганизуемого юридического лица по передаточному акту или разделительному балансу вновь возникшим юридическим лицам.

### 7 этап

Регистрация юридического лица, комиссия предоставляет в органы юстиции следующие документы:

1) решение уполномоченного органа

о регистрации юридического лица о реорганизации, скрепленное печатью юридического лица;

2) утвержденные передаточные акты, устав и решение уполномоченного органа юридического лица об их утверждении; указанные документы представляются на государственном и русском языках, в прошнурованном и пронумерованном виде, в трех экземплярах и скрепленные печатью, удостоверенные в порядке, установленном законодательстве Республики Казахстан;

3) документ, подтверждающий письменное уведомление кредиторов о реорганизации юридического лица либо документ, подтверждающий публикацию в печатных изданиях информации о реорганизации юридического лица, а также о порядке и сроках заявления претензий кредиторами;

4) подлинники учредительных документов, свидетельство о государственной регистрации (перерегистрации) и статистической карточки;

5) квитанция или документ, подтверждающий уплату в бюджет сбора за прекращение деятельности реорганизованного юридического лица;

6) заявление по форме, установленной Инструкцией Министерства юстиции РК, подписанные учредителем или уполномоченным учредителем лицом с отметкой (штамп) держателя Реестра государственных предприятий с участием государства (пункт 6 Инструкции по государственной регистрации юридических лиц и учетной регистрации филиалов и представительств, утвержденной приказом Министра юстиции Республики Казахстан от 12 апреля 2007 года № 112).

7) согласие антимонопольного органа (пункт 6 Инструкции по государственной регистрации юридических лиц и учетной регистрации филиалов и представительств, утвержденной приказом Министра юстиции Республики Казахстан от 12 апреля 2007 года № 112);

8) копии документов, удостоверяющих личность руководителя и учредителей юридического лица, их свидетельств налогоплательщика.

9) справка налогового органа об отсутствии (наличии) у учредителя - юридического лица налоговой задолженности и копии свидетельства о государственной регистрации (перерегистрации) и статистической карточки, свидетельство налогоплательщика (пункт 6 Инструкции по государственной регистрации юридических лиц и учетной регистрации филиалов и представительств, утвержденной приказом Министра юстиции Республики Казахстан от 12 апреля 2007 года № 112).

### 8 этап

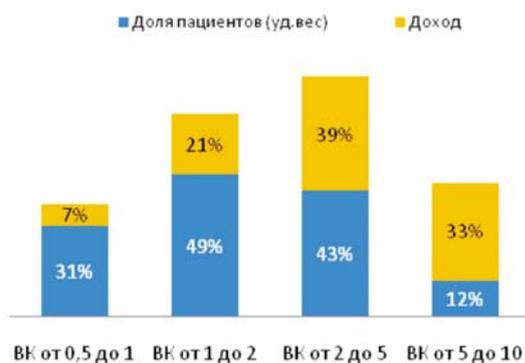
Предприятие осуществляет право хозяйственного ведения с момента государственной регистрации в органах юстиции.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

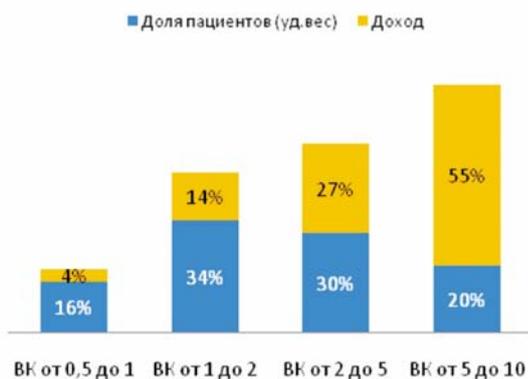
СОТНОШЕНИЕ ПРОЛЕЧЕННЫХ СЛУЧАЕВ И ОПЛАТЫ ПО ГРУППАМ КЗГ С РАЗЛИЧНЫМИ ВЕСОВЫМИ КОЭФФИЦИЕНТАМИ (факт и модель)

Поиск решения						Факт				Модель			
гра-да-ция ВК	ВК	Кол-во слу-чаев	Кол-во БС	Огра-ниче-ния	Изме-нение	Кол-во паци-ентов	Сум-ма опла-ты	Доля паци-ентов (уд.вес)	До-ход	Кол-во паци-ентов	Сумма опла-ты	Доля паци-ентов (уд.вес)	До-ход
ВК от 0,5 до 1	0,7644	152	116,1844	152	50%	304	232,3688	31%	7%	152	116,1844	16%	4%
ВК от 1 до 2	1,4219	331,1	470,78682	331,1	70%	473	672,5526	49%	21%	331	470,7868	34%	14%
ВК от 2 до 5	3,0037	294	883,09655	294	70%	420	1261,5665	43%	39%	294	883,0966	30%	27%
ВК от 5 до 10	8,9919	198,4	1784,44		164%	121	1088,0199	12%	33%	198	1784,44	20%	55%
		975,5497192	3254,5078	3254,508		1318	3254,5078			975	3254,508		
		Мини-мум	Пос-тоян-ная							-26%	0%		

Соотношение пролеченных случаев и оплаты по группам КЗГ с различными весовыми коэффициентами, факт



Соотношение пролеченных случаев и оплаты по группам КЗГ с различными весовыми коэффициентами, модель



ПРИЛОЖЕНИЕ 3

**ПРЕДЕЛЬНЫЕ ОБЪЕМЫ ЗАТРАТ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ  
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ОКАЗЫВАЕМОЙ ПОМОЩИ**

Уровни	Заработная плата		Приобретение продуктов питания		Приобретение медикаментов и прочих средств медицинского назначения		Приобретение прочих товаров		Оплата коммунальных услуг		Прочие услуги и работы, всего		Другие текущие затраты		Приобретение основных средств	
	min	max	min	max	min	max	min	max	min	max	min	max	min	max	min	max
Стационары																
Областные	40%	65%	3%	10%	25%	45%	1%	5%	2%	5%	1%	10%	0%	5%	0%	0%
Городские	50%	65%	5%	15%	15%	30%	1%	5%	2%	5%	1%	10%	0%	5%	0%	0%
Районные	60%	80%	5%	25%	5%	20%	1%	5%	2%	10%	1%	10%	0%	5%	0%	0%
Родильные дома	50%	70%	4%	10%	15%	30%	1%	5%	2%	5%	1%	10%	0%	5%	0%	0%
Республиканские	20%	40%	1%	15%	5%	40%	1%	5%	2%	5%	1%	15%	0%	5%	0%	0%
Холдинг	25%	50%	1%	5%	10%	25%	1%	10%	2%	5%	1%	20%	0%	5%	0%	0%
Онкодиспансеры	20%	40%	1%	5%	45%	65%	1%	5%	1%	5%	1%	10%	0%	5%	0%	0%
Дневные стационары	20%	35%	0%	0%	45%	75%	0%	5%	0%	5%	0%	5%	0%	5%	0%	0%

# КАСКАДНОЕ ОБУЧЕНИЕ МЕНЕДЖЕРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО ПРОЕКТУ «СЕГОДНЯ ЛУЧШИЙ – ТЫ, ЗАВТРА ВСЕ»

В рамках проекта «Сегодня лучший ты, завтра все» в городе Астана был проведен тренинг тренеров «Современные подходы к управлению здравоохранением в Республике Казахстан» в периоды с 12 по 17 марта 2012 года и в период с 26 марта по 31 марта 2012 года. Это мероприятие было первым этапом каскадного метода обучения.

На данном тренинге были рассмотрены вопросы стратегического менеджмента и маркетинга в здравоохранении, вопросы финансового управления в медицинских организациях и методах оплаты медицинских услуг в Казахстане, вопросы мотивации персонала, удержания кадров и т.д.

Преподавателями данного тренинга были ведущие специалисты Министерства здравоохранения Республики Казахстан и Республиканского Центра Развития здравоохранения, разрабатывающие основные направления развития здравоохранения в рамках реализации Стратегического плана Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2011 – 2015 годы и Проекта по передаче технологий и проведению институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан.

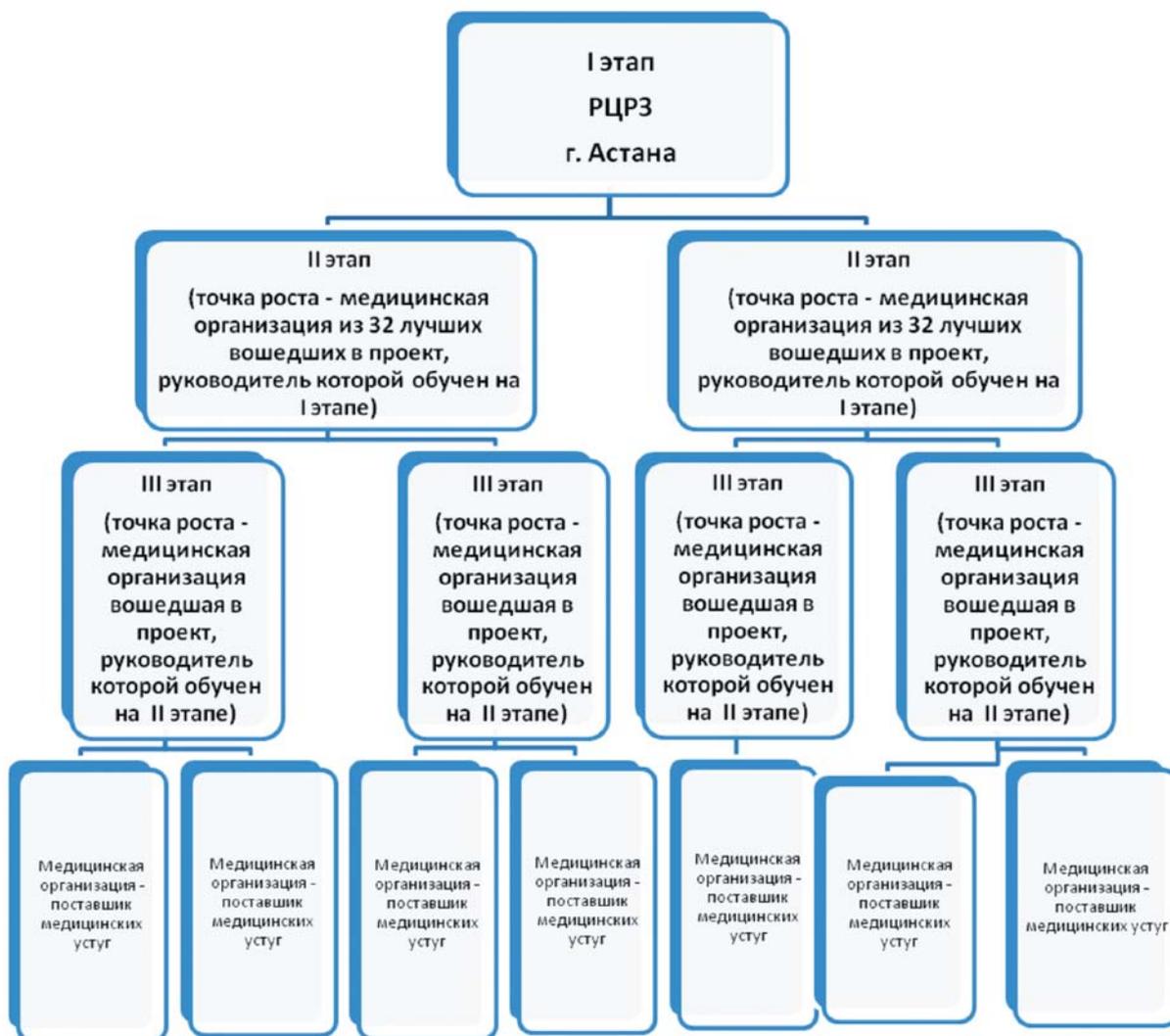
На первом этапе каскадного обучения были обучены 38 представителей

преподавательского состава ВУЗов и 32 руководителя лучших медицинских организаций проекта «Сегодня лучший – ты, завтра – все», из которых выбраны наиболее эффективные тренеры на второй этап каскадного обучения в медицинских организациях, оказывающих стационарную и амбулаторно-поликлиническую помощь в Республике Казахстан.

Сегодня идет работа по планированию второго этапа каскадного обучения, который будет проходить на базах лучших медицинских организациях – «точках роста». Вторым этапом каскадного обучения одновременно будет тренингом тренеров, потому что на третьем этапе обучения «точками роста» будут медицинские организации, вошедшие в проект «Сегодня лучший – ты, завтра – все», а слушателями завершающего этапа обучения будут представители всех медицинских организаций страны, являющихся поставщиками медицинских услуг.

Таким образом, по завершению проекта «Сегодня лучший – ты, завтра – все» будет осуществлена передача передового управленческого опыта и знаний представителям всех медицинских организаций страны, оказывающих медицинские услуги по государственному заказу.

**СХЕМА КАСКАДНОГО ТРЕНИНГА «СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К УПРАВЛЕНИЮ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ» В РАМКАХ ПРОЕКТА «СЕГОДНЯ ЛУЧШИЙ – ТЫ, ЗАВТРА – ВСЕ»**



---

# ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ:

## НОМЕР ПОСВЯЩАЕТСЯ ДНЮ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

### КАДРОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Состояние обеспеченности кадровыми ресурсами медицинских организаций в системе здравоохранения РК за 2005-2011 гг.

Передовой опыт внедрения менеджмента в клиниках Казахстана

Внедрение наблюдательных советов в управление медицинскими организациями Республики Казахстан

Результаты внедрения единой национальной системы здравоохранения на уровне ПМСП

### МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ

От политики к реальности: взгляды клинических менеджеров на организационные проблемы реформы ПМСП

### СОБЫТИЯ

4 июня – День государственных символов Республики Казахстан

Результаты проекта «Сегодня лучший – ты, завтра – все»: 2 этап каскадного обучения

Экономический форум: секция здравоохранения

Семинар по мозговому штурму: Стратегическая программа здравоохранения на 2013-2022 годы

Мероприятия, проведенные по линии Всемирной организации здравоохранения

Совещание «Климат и здоровье»

Разработка ГОСО РК по специальности магистратуры «Менеджмент здравоохранения»

Конкурс «Лучший менеджер»

Конкурс «Лучший независимый эксперт»

### ДОКУМЕНТЫ ДЛЯ РАБОТЫ МЕНЕДЖЕРА

Проект программы развития онкологической службы

Методические указания по разработке «Бизнес-плана» для ПМСП по проекту «Сегодня лучший – ты, завтра – все»



Қазақстан Республикасы,  
010000, Астана қ.  
Иманов к-сі 13, 619 каб.

Республика Казахстан,  
010000, г. Астана  
ул. Иманова 13, каб. 619

[www.rcrz.kz](http://www.rcrz.kz)



ISSN 2225-9925



9 772225 992002