

2017

МЕНЕДЖЕР

ISSN 2225-9929



№2

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

МЕНЕДЖЕР

АСТАНА



Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау
МЕНЕДЖЕРІ
МЕНЕДЖЕР
здравоохранения Республики Казахстан

Журналдың аты:

Қазақстан Республикасының
денсаулық сақтау менеджері

Бас редактор:

Ж.Қ. Исмаилов

Редакциялық кеңес:

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

Редакция хатшысы:

Г.Т. Назарова

Техникалық редакторлар:

А.Е. Тәпенова

Меншік иесі:

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

Жазылу индексі:

74608

Мерзімділігі:

жылда 4 рет

Таралымы:

500 дана

Құрылтайшылары:

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

Редакцияның мекен-жайы:

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

Наименование журнала:

Менеджер здравоохранения
Республики Казахстан

Главный редактор:

Исмаилов Ж.К.

Редакционный совет:

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

Секретарь редакции:

Назарова Г.Т.

Технические редакторы:

Тәпенова А.Е.

Собственник:

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

Подписной индекс:

74608

Периодичность:

4 раза в год

Тираж:

500 экземпляров

Учредители:

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

Адрес редакции:

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

Жарияланатын мәліметтердегі
ақпараттардың нақтылығы, авторлардың
жауапкершілігінде

Ответственность за достоверность информации,
публикуемой в журнале,
несут авторы

Уважаемые коллеги!



Сегодня самый важный вопрос – это разъяснение населению целей происходящих в стране реформ, и в первую очередь, это внедрение медицинского страхования. Основная цель этой реформы – переход на новую модель финансирования, которая должна обеспечить доступность и качество медицинской помощи.

В текущем году с целью совершенствования законодательства обязательное социальное медицинское страхование (далее – ОСМС) нами был разработан проект Закона «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам здравоохранения». Законопроект предусматривает: пересмотр размеров взносов и отчислений в Фонд социального медицинского страхования (далее – ФСМС); уточнение перечня лиц, за которых взносы в ФСМС поступают от государства, а также плательщиков взносов ФСМС; предоставление иностранцам и лицам без гражданства, постоянно проживающим на территории Казахстана, права на получение медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) и в системе ОСМС наравне с гражданами страны; определение ФСМС

единым стратегическим закупщиком медпомощи как в системе ОСМС, так и ГОБМП, упорядочение механизмов оказания медицинской помощи военнослужащим, сотрудникам правоохранительных и специальных государственных органов и членам их семей. Проект Закона поддержан в первом чтении Мажилисом Парламента РК.

Перед нами стоит еще одна задача – это обеспечение равных условий частным и государственным поставщикам медицинских услуг в рамках ОСМС для развития конкуренции с целью улучшения качества и доступности медицинской помощи населению страны. На сегодняшний день созданы механизмы взаимодействия с участниками рынка в сфере здравоохранения, проведен анализ ситуации по структуре государственных и частных медицинских организаций, объему оказываемых ими услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС, а также проводится ежеквартальный мониторинг.

Кроме того, в настоящее время Министерством совместно с представителями фармацевтической общественности проводится работа по обсуждению методики формирования и регулирования предельных цен на все лекарственные средства. Прорабатывается вопрос по внесению изменений в Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» и Предпринимательский Кодекс РК, в части наделяния Министерства здравоохранения РК компетенцией по регулированию цен на все лекарства. Также прорабатывается вопрос внедрения системы отслеживания лекарственных средств посредством нанесения уникальных для каждой упаковки продукции штрих-кодов, с разработкой информационной системы и соответствующего приложения для смартфонов. Данное мероприятие предусмотрено Планом мероприятий по реализации Госпрограммы «Денсаулық» на 2016 - 2019 годы.

Биртанов Е.А.
Министр здравоохранения Республики Казахстан

СОДЕРЖАНИЕ

Искакова А.К., Ермаханова Г.А., Султанов М.Ж.

Информация об участии в 70-й сессии Всемирной Ассамблеи Здравоохранения в г. Женева, Швейцария.....6

Ахметова С.

Public and private health expenditure in Central Asia: new evidence from panel data analysis.....8

Абдрахманова А.О., Койков В.В., Байгожина З.А., Хандиллаева Б.М., Абельдинова А.С.

Модель компетенций ппс медицинских вузов рк.....15

Абдрахманова А.О., Койков В.В., Байгожина З.А., Хандиллаева Б.М., Абельдинова А.С.

Модель поддержки компетенций профессорско-Преподавательского состава медицинских вузов19

ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАСТИИ В 70-Й СЕССИИ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В Г. ЖЕНЕВА, ШВЕЙЦАРИЯ

Искакова А.К., Ермаханова Г.А., Султанов М.Ж.

Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК

С 22 по 31 мая 2017 года во дворце Наций в г. Женеве, Швейцария проходила 70-я сессия Всемирной Ассамблеи Здравоохранения (ВАЗ). В составе казахстанской делегации в работе ВАЗ принимали участие сотрудники РГП «Республиканский центр развития здравоохранения».

В данном мероприятии были обсуждены следующие тематики вопросов:

1. Пленарные заседания Ассамблеи, 22-26 мая 2017 года:

- Открытие Всемирной Ассамблеи здравоохранения;
- Образование Комитета по проверке полномочий;
- Выборы Председателя;
- Выборы пяти заместителей Председателя, председателей главных комитетов и учреждение Генерального комитета;
- Утверждение Повестки дня и распределение пунктов между главными комитетами;
- Доклад Исполнительного Комитета о его 139-й и 140-й сессиях;
- Пост Генерального директора: процедура проведения выборов;
- Выступление Генерального директора ВОЗ Маргарет Чан;
- Выступления кандидатов на пост нового Генерального директора ВОЗ, выборы Генерального директора;
- Выступление главы казахстанской делегации на Пленарном заседании;
- Выступления стран-участников;
- Вручение наград.

2. Участие в работе заседаний Комитета А, 22-27 мая 2017 года:

- Открытие заседаний Комитета;
- Обеспечение готовности, эпиднадзор и ответные меры;
- Программные и бюджетные вопросы;
- Системы здравоохранения, включая выступление по программному пункту №13.3

«Решение проблемы глобальной нехватки вакцин и доступа к ним» 27 мая 2017 года.

На первом заседании Комитета А были проведены процедурные мероприятия, включая представление комитета и выбора вице-председателя и докладчика.

Большинство стран положительно отзывались об отчете Независимого надзорного и консультативного комитета по Программе ВОЗ по чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения и поддержали ее дальнейшее финансирование.

Делегации поддержали Глобальный план внедрения ММСП и казахстанской делегации было отмечено на сайте Европейского Регионального Бюро ВОЗ в новостном дайджесте, посвященном пятому и шестому дням Ассамблеи (<http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/news/news/2017/05/world-health-assembly-day-5-and-6-delegates-discuss-international-health-regulations,-human-resources>).

Страны высказались касательно отчета Генерального Директора о механизме государств-членов по некондиционной / поддельной / ложно маркированной / фальсифицированной / контрафактной медицинской продукции. Большое количество делегаций высказалось в поддержку замены определения «некондиционная / поддельная / ложно маркированная / фальсифицированная / контрафактная медицинская продукция» («substandard / spurious / falsely labelled / falsified / counterfeit medical products») на определение «некондиционная и фальсифицированная медицинская продукция» («substandard and falsified medical products»).

3. Участие в работе тематических внепрограммных мероприятий (side events), 23-26 мая 2017 года:

- Важная роль партнерств в практической

деятельности по построению более крепких систем здравоохранения;

Организовано при участии делегаций Китая, Эстонии, Франции, Германии, Ганы, Японии, Ганы, Мьянмы, Словении, Южной Африки, Швеции, Замбии, Зимбабве, Европейского союза, УНС2030, Р4Н, Глобального фонда борьбы со СПИД, туберкулезом и малярии, Всемирного Банка и Всемирной Организации Здравоохранения

- Партнерства в интересах трансформации системы здравоохранения: оценка опыта;

Организовано при участии делегаций Бахрейна, Эфиопии, Молдовы, Саудовской Аравии и Турции

- Борьба с туберкулезом в контексте повестки дня в области устойчивого развития;

Организовано при участии делегаций Российской Федерации и Южной Африки

- Расширение доступа к неотложной и базовой хирургической, акушерской и анестезиологической помощи в интересах укрепления систем здравоохранения и устойчивого развития;

Организовано при участии делегаций Австралии, Китая, Эфиопии, Кении, Монголии, Намибии, Никарагуа, Тонга, Объединенной Республики Танзания, США, Вьетнама, Замбии, Зимбабве, Международной Коллегии Хирургов и Всемирного Совета Церквей

Достигнутые договоренности:

Рассмотрение возможности развития между-

народного сотрудничества в рамках коллаборативной платформы Р4Н с вступлением в состав организации.

Двухсторонние встречи, проводимые в рамках мероприятия:

- Встреча с Гауденом Галеа, директором Отдела неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни ВОЗ;
- Встреча с Нелли Энверем-Бромсон, директором Программы действий по лечению рака в Департаменте технического сотрудничества ВОЗ;
- Встреча с Министром здравоохранения Ирана Хасаном Казизадехом Хашими;
- Встреча с Афшан Хан, региональным директором ЮНИСЕФ в Центральной и Восточной Европе и СНГ;
- Встреча с Недрет Эмироглу, директором Отдела инфекционных болезней и безопасности общественного здоровья ВОЗ, по вопросам инфекционных заболеваний, ЧС и ММСП;
- Встреча с новоизбранным генеральным директором ВОЗ Тедросом Адханом Гебрейесусом;
- Встреча с Dorjsuren Bayarsaikhan, старшим советником по системам здравоохранения Департамента управления и финансирования систем здравоохранения ВОЗ, по вопросам сотрудничества с организацией Р4Н (Providing for Health).

PUBLIC AND PRIVATE HEALTH EXPENDITURE IN CENTRAL ASIA: NEW EVIDENCE FROM PANEL DATA ANALYSIS

by

Saltanat Akhmetova

Data scientist at GARCH consulting, Cambridge, UK

Abstract

Health care expenditure has been low over the years in developing regions of the world. The objectives of this study are to determine the effect of health care expenditure on population health status and to examine the effect by public and private expenditure sources. The study used panel data from 1995 to 2015 covering 6 countries in Central Asia. Fixed and random effects panel data models were fitted to determine the effects of health care expenditure on health outcomes. The results show that public health care expenditure, unlike private, negatively influences health status through deteriorating life expectancy at birth, increasing death and infant mortality rates. Public and private health care spending showed opposite strong association with health status while no significant relationship was observed toward infant mortality rate. The findings imply that public health care expenditure is ineffective in enhancing health status in Central Asia countries. Increasing efficiency and better allocation of public health expenditures will be a significant step in the future health system reforms.

Keywords: public and private health care expenditure, fixed and random effects, Central Asia, Kazakhstan, Uzbekistan, Kirgizstan, Turkmenistan, Tajikistan, Azerbaijan.

Тұжырым

Денсаулық сақтау саласындағы шығындар жылдар бойы әлемнің дамыған аймақтарында бәсеңдеу барысында. Осы зерттеудің мақсаты денсаулық сақтау шығындарының халық денсаулығына тигізетін әсерін анықтау болып табылады. Зерттеу 1995 жылдан 2015 жылға дейінгі аралықта 6 Орта Азия мемлекеттерін қамтыды және тұрақты және кездейсоқ эффекттік панельдік деректер үлгілері әдісі пайдаланды. Зерттеу нәтижелері денсаулық сақтау саласында жұмсалатын мемлекеттік қаражат, жекеменшікке қарағанда, өмір сүру ұзақтығын, өлім мен өлім-жітім деңгейіне теріс әсерін көрсетті. Зерттеу, денсаулық сақтауға жұмсалатын шығындар Орталық Азия елдеріндегі денсаулық жағдайын жақсартуда тиімсіз болып табылатындығын дәлелдеді. Денсаулық сақтау саласының және денсаулық сақтауға жұмсалатын шығындарды тиімді жұмсау болашақ денсаулық сақтау жүйесін реформалауда маңызды қадамы тиісті болу қажет.

Кілтті сөздер: мемлекеттік және жеке денсаулық сақтау шығындары, тіркелген және кездейсоқ әсерлер, Орталық Азия, Қазақстан, Өзбекстан, Қырғызстан, Түрікменстан, Тәжікстан, Әзірбайжан.

Резюме

Расходы на здравоохранение за последние годы были низкими в развивающихся регионах мира. Цели этого исследования состоят в том, чтобы определить влияние государственных и частных расходов на здравоохранение, состояние здоровья населения. В исследовании использовались панельные данные за период с 1995 по 2015 год, охватывающие 6 стран в Центральной Азии. Результаты показывают, что расходы на здравоохранение, в отличие от частных, отрицательно влияют на состояние здоровья за счет ухудшения ожидаемой продолжительности жизни, увеличения смертности и младенческой смертности. Государственные и частные расходы на здравоохранение демонстрировали противоположную сильную связь со статусом здоровья, в то время как существенных отношений не наблюдалось в отношении младенческой смертности. Полученные данные свидетельствуют о том, что расходы на здравоохранение неэффективны в улучшении состояния здоровья в странах Центральной Азии. Повышение эффективности и лучшее распределение расходов на здравоохранение должно быть важным шагом в будущих реформах системы здравоохранения.

Ключевые слова: государственные и частные расходы в здравоохранении, фиксированные и случайные эффекты, Центральная Азия, Казахстан, Узбекистан, Кыргызстан, Туркменистан, Таджикистан, Азербайджан.

INTRODUCTION

The causal relationship between health expenditures and health outcomes continues to attract the attention of many [13;15;16;17]. The empirically estimation of this relationship may serve as an important monitoring indicator of health system progress. Improving the health care system in Central Asia (CA) has been a hot topic of discussion and important questions are how far public expenditure has been instrumental in bringing about the progress in health status, and what programs have been particularly effective. However, little attention has been placed on the relationship between spending on health and health outcomes in the region.

Previous studies that investigated the relationship between health resources and health outcomes are diverse in what concerns the analysed indicators, the model approach, and the countries studied [17;16;8;2;3]. Some recent studies have found a positive relationship between spending on health and health outcomes [8;11;12;13], but others did not find a significant relationship between the two variables [5;6]. The increase in the health status is different from one country to another; some of them have been very successful in changing the health status, while some have not.

At the regional level, Novignon et al [16], Anand and Ravallion [15] using panel data from 1995 to 2010 covering 44 countries in SSA and cross-country data for 22 countries, respectively, found that healthcare spending, particularly public spending on health, promotes health status. The current study is motivated by the inconclusive debate on the relationship between health expenditure and health outcomes with particular attention on CA. The purpose of the study is, therefore, to investigate the impact of total health care spending on various health outcomes after controlling for country-specific demographic structures and economic conditions. Secondly, a differential analysis of public and private health care spending is performed.

MATERIALS AND METHODS

The study pooled cross-section and

annual time series data from 1995 to 2010 for 6 countries in Central Asia. The data used in the empirical analysis were sourced from the World Bank, World Development Indicators (WDI) [1]. The study uses life expectancy at birth, infant mortality rate and death rate as health status indicators. Life expectancy at birth reflects how many years a person might be expected to live given prevailing mortality rates. Using the three indicators of health outcome will, therefore, allow for robustness in the analysis. While total, public and private health care expenditures are measured as percentage of GDP, Income per head is measured as GDP per capita at constant 2000 US\$. Higher health care expenditure is expected to relate to higher life expectancy at birth and lower infant mortality and death rates [12;13;16;17]. Finally, different population age groups namely, age below 14 years, 15 to 64 years and above 65 years were measured as percentage of total population. These were included to control for the different country demographic structures. Relative to the younger population, the population age group above 65 years is expected to reduce health outcomes by increasing death rates [16;9].

For the purposes of this study, the following model specifications were estimated;

$$HI_{it} = \alpha_i + \beta_1 PubEx_{it} + \beta_2 PrEx_{it} + \beta_3 Y_{it} + \beta_4 P1_{it} + \beta_5 P2_{it} + \beta_6 P3_{it} + \varepsilon_{it} \quad (1)$$

Where HI represents three health outcomes (Life expectancy at birth, Infant mortality rate and Death rate) in country *i* in period *t*. Ex is the total health expenditure as percentage of real national income. Y is per capita real income which acts as a control variable for the demand for health services and other economic factors.

The variables P1, 2 and 3 represents population age groups of below 14, 15–64 and above 65 years respectively expressed as a percentage of total population. α_i is time invariant and captures country-specific effect that was not included in the model. The error terms were assumed to be normally distributed. ε_{it} is the error term. Total health care expenditure is further grouped into private and public health

care expenditure. This was to allow for the analysis of the individual impact of each of these components, Where PubEx and PrEx represent

public and private health care expenditure, respectively.

Table 1 Descriptive Statistics

Variable	Mean	Minimum	Maximum	Std.Dev.
Health expenditure, total	4,9	1,9	7,9	1,3
Health expenditure per capita	98,4	3,0	582,1	123,6
Out-of-pocket health expenditure (% of total expenditure on health)	52,2	18,5	82,4	14,7
Out-of-pocket health expenditure (% of private expenditure on health)	94,5	77,7	99,8	5,7
Health expenditure, public (% of total health expenditure)	44,2	11,2	81,5	17,4
Health expenditure, public (% of GDP)	2,1	0,8	4,2	0,9
Life expectancy at birth, total (years)	65,1	56,1	72,0	3,5
Death rate, crude (per 1,000 people)	8,8	5,6	15,3	2,3
Mortality rate, infant (per 1,000 live births)	50,0	12,6	87,9	19,7
Health expenditure, private (% of GDP)	2,9	0,7	7,0	1,3
GDP per capita (constant 2010 US\$)	2747,5	364,6	10645,5	2725,1
Population ages 0-14 (% of total)	33,2	21,9	45,0	6,3
Population ages 15-64 (% of total)	60,9	49,5	72,5	6,0
Population ages 65 and above (% of total)	5,9	4,2	7,7	0,8

Health expenditure and life expectancy at birth

Results from the fixed and random effects models are reported in Tables 2, 3 and 4 for life expectancy at birth, death rate and infant mortality rate respectively. Table 2 shows that increase in

total health expenditure (as% of GDP) was more likely to increase life expectancy at birth at 10% significance level. A 1% increase in total health expenditure leads to an improvement in life expectancy at birth by approximately 0.4 years in both models (Table 4).

Table 2 Effects of health care expenditure on life expectancy at birth (years)

Variable	GLS-fixed effects model		GLS-random effects model	
	(1)	(2)	(1)	(2)
Constant	103.2(31.98) ***	104.6(32.07) ***	-169.82(-4.98) ***	35 (14.20) ***
Health expenditure, total	0.45(2.68) *		0.42(2.49) *	
Health expenditure, public (% of GDP)		-,044 (-0.15)		-,79(-3.12) ***
Health expenditure, private (% of GDP)		,78 (3.31) ***		0.4 (2.83) **

GDP per capita (constant 2010 US\$)	0.0002(2.84) **	0.002 (2.15)	0.0002(2.12)	0.000143(0.063)
Population ages 0-14 (% of total)	-0.72(-19.23) ***	-0.72 (-19.37)***	2.003(5.69) ***	2.2 (6.19) ***
Population ages 15-64 (% of total)	1.04(3.33) ***	1,294966 (4,411) ***	0.69(18.03) ***	0.56(13.12) ***
Population ages 65 and above (% of total)	-2.86(-7.43) ***	-3.08 (-7.78)***	-1.78(-5.02) ***	-0.73(-2.61) *
R-squared	0.78	0.79		
Durbin-Watson	0.173	0.161		
F-Stat.	29.33***	22.9***		
Observations	120	120		
Cross section included	6	6		

Note: ***significant at 1%; **significant at 5%; *significant at 10%. t-statistics are reported in parenthesis. (1) is model with aggregate health care expenditure. (2) is model with aggregate health expenditure decomposed into public and private.

Disintegrating the effect of total health expenditure shows that an increase in public health care expenditure decreases life expectancy at birth by about 0.8 years and in private increase 0.4 years, respectively in the random effects model and about 0.04 and 0.78 years, respectively, in the fixed effects model (Table 2).

Health expenditure and death rate

Table 3 shows that an increase in total health expenditure reduces death rate (per 1000

people) by approximately 0.23 in the fixed effects model and 0.19 in the random effects model. While public health care's expenditure is increasing the death rate by about 0.09 in fixed and 0.5 in random effects models. The private health care expenditure reduced death rate by approximately 0.45 and 0.22 per 1000 people in the fixed and random effects models, respectively, at 5% and 1%

Table 3 Effects of health care expenditure on death rate (per 1000 people)

Variable	GLS-fixed effects model		GLS-random effects model	
	(1)	(2)	(1)	(2)
Constant	-13(-6.6) ***	-14,5 (-7.04) ***	20(-13.8) ***	18(14.74) ***
Health expenditure, total	-,23(-,2.17)		-,189(-1.89)	
Health expenditure, public (% of GDP)		,09(0.5)		,48 (3.92) ***
Health expenditure, private (% of GDP)		-,45(-3) ***		-,22 (-2.76) **
GDP per capita (constant 2010 US\$)	-,0002(-,4.75) ***	-,000144 (-3,757) ***	-,000215(-4,675) ***	-,000168 (-3,824) ***
Population ages 0-14 (% of total)	0.35(14.84) ***	,322612(15,774) ***	,343530(15,177) ***	,343112 (15,899) ***
Population ages 15-64 (% of total)			-0.33(-14.73) ***	-0.32(-15.38) ***
Population ages 65 and above (% of total)	2.09(8.61) ***	2,24 (8.96) ***	1.69(8.19) ***	1.76 (12.85) ***
R-squared	0.69	0.70		
Durbin-Watson		0.173		
F-Stat.	10.34***	5.10***		
Observations	120	120		
Cross section included	6	6		

Note: ***significant at 1%; **significant at 5%; *significant at 10%. t-statistics are reported in parenthesis. (1) is model with aggregate health care expenditure. (2) is model with aggregate health expenditure decomposed into public and private.

Health expenditure and infant mortality rate

Estimation results provides evidence of other studies that have found that the influence of health expenditure on health status is either small or statistically insignificant [2;3;4;7;14;17].

Meanwhile, total health care expenditure was more likely to reduce infant mortality rate (per 1000 live births) with 1% level of significance

(Table 6). A 1% increase in total health expenditure reduced infant mortality rate by approximately 2 infants per 1000 live births in fixed effects model. While public health care expenditure reduced infant mortality rate by approximately 6 infants in both models, an increase in private health care expenditure by 1% reduced infant mortality rate by 2 infants per 1000 live births in both models (Table 6).

Table 4 Effects of health care expenditure on infant mortality rate (per 1000 live births)

Variable	GLS-fixed effects model		GLS-random effects model	
	(1)	(2)	(1)	(2)
	54.7(2.2)	41.9 (24.7)	36.11(1.75)	98.09(0.4)
Health expenditure, total	-1.95 (-3.2) ***		0.58(0.9)	
Health expenditure, public (% of GDP)		6.5 2.86) **		5.6 (2.64)
Health expenditure, private (% of GDP)		-1.2 (-0.69)		-0,87 (-0.59)
GDP per capita (constant 2010 US\$)	0.001 (1.74)	0.0007 (1.23)	0.002 (0.5)	0.0006 (1.13)
Population ages 0-14 (% of total)	-2.8(-1.13)	-2.75(-1.1)	0.95 (0.36)	-0.75(-0.27)
Population ages 15-64 (% of total)	-3.68 (-1.39)	-3.59(-1.34)	1.13 (0.68)	-0.57(-0.19)
Population ages 65 and above (% of total)		0.7(0.24)		
R-squared	0.07	0.01		
Durbin-Watson	0.173	0.161		
F-Stat.	21.705***	20.952***		
Observations	120	120		
Cross section included	6	6		

Note: ***significant at 1%; **significant at 5%; *significant at 10%. t-statistics are reported in parenthesis. (1) is model with aggregate health care expenditure. (2) is model with aggregate health expenditure decomposed into public and private.

DISCUSSION

The findings of the study suggest that efficient management of health care spending is an important step in improving health outcomes in Central Asia. The results show that the public health expenditure was negatively related to life expectancy, infant mortality and death rates. However, a positive relationship was found between the private health expenditures and all three measures of health outcomes.

However, our findings contradict earlier results of other studies that found significant positive relationship between public expenditure on health and health outcomes [13;14;16;17]. It must be noted that the pace of health expenditure growth is different for countries at different levels of economic development, while the findings of the current study provides evidence in ineffective and inefficient allocation of health care expenditures. It is possible for population

health to worsen even as health care expenditure increase in the face of misallocation and poor management.

The study is limited in the sense that most of the health outcome variables for CA did not have enough time series observation which would have improved a panel data study as this one.

Including three different health outcome measures, however, allows for robustness of results. While these limitations may be the bases for future research, they do not invalidate the results of the current study.

Conclusion

The study sought to determine the impact of health care expenditure on health status measured by life expectancy at birth, crude death rate and infant mortality rate in CA. The results provided evidence that the public health care expenditure, opposite to private, was found to have negative impact on life expectancy and death rates. But the relationship with infant mortality for both public and private health expenditures was statistically insignificant.

The findings imply that, health care expenditures effective allocation and management are essential components in improving health status in CA. These results have important implications for attaining the targets envisioned by the future reforms and to decision-making in many different contexts.

The following countries were included in the study: Azerbaijan, Kazakhstan, Kyrgyz Republic, Tajikistan and Turkmenistan.

REFERENCES

1. WB: The World development indicators. In Book The World development indicators.: The World Bank; 2012.
2. Akinkugbe O, Mohanoe M: Public health expenditure as a determinant of health status in Lesotho. *Soc Work Public Health* 2009, 24:131–147.
3. Akinkugbe O, Afeikhena J: Public health care spending as a determinant of health status: a panel data analysis for SSA and MENA. In *Applied macroeconomics and economic development*. Edited by Adenikinju A, Olaniyan O. Ibadan: Ibadan University Press; 2006.
4. Musgrove P: Public and private roles in health. In Technical report 339. Washington DC: World Bank; 1996.
5. Filmer D, Pritchett L: Child mortality and public spending on health: how much does money matter. In *World Bank Policy Research Working Paper No 1864*. Washington DC: World Bank; 1997.
6. Filmer D, Pritchett L: The impact of public spending on health: Does money matter? *Soc Sci Med* 1999, 49:1309–1323.
7. Wagstaff A, Cleason M: The millennium development goals for health: rising to the challenge. Washington DC: The World Bank; 2004.
8. Berger MC, Messer J: Public financing of health expenditures, insurance and health outcomes. *Applied Economics* 2002, 34:2105–2113.
9. Hernandez de Cos P, Moral-Benito E: Health care expenditure in the OECD countries: efficiency and regulation. In *The occasional paper series No 1107*. Madrid: Bank of Spain; 2011.
10. Baltagi BH, Song SH, Jung BC, Koh W: Testing for serial correlation, special autocorrelation and random effects. *Journal of Econometrics* 2007, 140:5–51.
11. Baldacci E, Guin-Siu MT, de Mello L: More on the effectiveness of public spending on health care and education: a covariance structure model. *Journal of International Development* 2002, 15:709–725.
12. Or Z: Determinants of health outcomes in industrialised countries: a pooled, cross-country, time series analysis. In *OECD Economic Studies No 30, 2000/1*. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2000b.
13. Or Z: Exploring the effects of health care on mortality across OECD countries. In *Labour Market and Social Policy Occasional-Papers No 46*. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development; 2000a.
14. WHOSIS. Per capita health expenditures in an average exchange rates. Geneva: World Health Organization; 2009
15. Anand, S. and Ravallion, M. (1993), “Human Development in Poor Countries: On the Role of Private Incomes and Public Services”,

The Journal of Economic Perspectives, 7(1), 133-150.

16. Novignon, J., Olakojo, S.A., Novignon, J. (2013). The Effects of Public and Private Health Care Expenditure on Health Status in Sub-Saharan Africa: New Evidence from Panel

Data Analysis. Health Economics Review 2: 22

17. Nixon, J., Ulmann, P., 2006. The relationship between health care expenditure and health outcomes. Evidence and caveats for a causal link. European Journal of Health Economics 7, p. 7.

МОДЕЛЬ КОМПЕТЕНЦИЙ ППС МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ РК

Абрахманова А.О., Койков В.В., Байгожина З.А., Хандиллаева Б.М., Абельдинова А.С.
Республиканский центр развития здравоохранения, г. Астана

В показателях деятельности и критериях аккредитации высших учебных заведений (ВУЗ) важным показателем является стандарт «Профессорско-преподавательский состав и эффективность преподавания», который отражает квалификационные требования и показатели учебно-методической и научной деятельности, вопросы профессионального развития и повышение квалификации, систему мотивации, социальные факторы и др.

Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы ставит перед системой медицинского образования задачу подготовки высококлассных педагогов, способных обеспечить триединство медицинского образования, клинической практики и научной деятельности, что требует разработки эффективной модели компетенций профессорско-преподавательского состава (ППС).

С целью разработки модели компетенций ППС был проведен анализ деятельности центров медицинского образования (ЦМО) медицинских ВУЗов РК, которые призваны обеспечивать развитие компетенций ППС, и анкетирование с целью изучения мнения преподавателей о необходимости внедрения новой модели компетенций.

Анализ деятельности ЦМО позволил сделать следующие выводы:

- перечень компетенций ППС определен каждым ВУЗом самостоятельно, не во всех ВУЗах учтены компетенции, которыми должен обладать преподаватель медицинского ВУЗа;
- во всех медицинских ВУЗах организованы курсы обучения ППС на рабочем месте преимущественно силами самого ВУЗа;
- аттестация ППС проводится ВУЗами самостоятельно, без привлечения внешних экспертов;
- на низком уровне остается участие ППС в научных исследованиях и форумах, в том числе по медицинскому образованию;
- не в полном объеме используются инновационные методы в педагогическом процессе;
- не разработаны критерии, позволяющие адекватно оценить уровень педагогических компетенций ППС ВУЗа.

Таким образом, результаты анализа деятельности ЦМО показали, что мероприятия по повышению потенциала ППС не в полной мере соответствуют современным требованиям и недостаточно эффективны в формировании компетенций педагогов. Между тем, международная практика ориентации на компетентностный подход зарекомендовала себя как перспективный метод подготовки и формирования современного эффективного педагога. Такого же мнения придерживается большинство преподавателей ВУЗов, которые высказались за совершенствование действующей модели компетенций с учетом специфики педагогической деятельности на разных уровнях медицинского образования. Результаты опроса показали следующее:

1) более 50% респондентов считают, что компетенции ППС должны ранжироваться с учетом педагогической деятельности на разных уровнях медицинского образования (бакалавриат, резидентура, магистратура, докторантура, НПР - непрерывное профессиональное развитие);

2) 75% уверены в необходимости ограничения допуска молодых специалистов с педагогическим стажем до 5 лет к преподаванию программ послевузовского и дополнительного образования, а также к руководству программами магистратуры/докторантуры;

3) 49,6% респондентов высказались за введение квалификационных уровней преподавателей медицинского ВУЗа: из них 26,3%

- за введение стажеров преподавателей и стажеров ассистентов; 23,3% - за деление ППС на три категории с учетом педагогического стажа. При этом, категория должна учитывать не только педагогический стаж, но и другие критерии, характеризующие личную заинтересованность, стремление к самосовершенствованию, профессиональному росту.

Таким образом, цель разработки единой модели компетенций ППС медицинских ВУЗов РК:

- формирование образа «Эффективный преподаватель», способного обеспечивать качественную подготовку специалистов для системы здравоохранения РК,

- разработка индикаторов оценки деятельности и профессионального роста ППС, ранжирование ППС по уровням преподавания и квалификации,

- совершенствование методов мотивации ППС к профессиональному росту (с введением уровней квалификации (компетентности) появится возможность легитимно устанавливать надбавки к заработной плате, оказывать поддержку в выполнении мероприятий, направленных на дальнейшее прогрессивное развитие ППС и повышение имиджа ВУЗа),

- поднятие престижа медицинского образования и имиджа медицинских ВУЗов РК. Для создания образа «Эффективный преподаватель», в качестве ключевых компетенций большинством ППС выбраны следующие:

- 1) профессионализм или профессионально-педагогические навыки – подразумевает наличие глубоких знаний, объема практических навыков и умений по основной специальности, необходимых для достижения высоких результатов в преподавании; навыки педагогического мастерства и эффективного преподавания, разработку образовательных программ (учебные программы, пособия, ситуационные задания, игры и прочее);

- 2) коммуникативные навыки – это эффективное общение преподавателя с обучающимися, коллегами-преподавателями, коллегами-медиками и пациентами;

- 3) эффективный пользователь ИКТ (информационно-коммуникационные техно-

логии) – умение за минимальное количество учебных часов дать максимально большую информацию, заинтересовать, увлечь обучающихся, используя новые формы и методы обучения и не теряя при этом с ними связи;

- 4) лидер/организатор – преподаватель со своим стилем управления, эффективно осуществляющий руководство обучающимися, умеющий создать эффективную мотивацию к обучению;

- 5) эксперт по оценке знаний и навыков – преподаватель, владеющий методами систематического и объективного анализа и оценки усвоения учебного материала обучающимися, применения знаний на практике; объективная оценка знаний и навыков, дает возможность установить между преподавателем и обучающимся обратную связь, внести соответствующие коррективы в организацию учебного процесса;

- 6) исследователь-ученый - преподаватель, обладающий навыками научно-исследовательской деятельности, анализа, прогнозирования и моделирования, высоким уровнем развития интеллектуального мышления, эрудиции, внедрения инноваций и результатов научных исследований в педагогическую практику; готовый организовать научно-исследовательскую деятельность обучающихся, руководство в выполнении научных исследований.

На начальном этапе молодой преподаватель должен обладать в большей степени тремя базовыми компетенциями: знать предмет, который будет преподавать, уметь пользоваться ИКТ, быть эмоционально устойчивым, уметь слушать и говорить. С приобретением новых знаний и опыта, будут «нарастать» и оттачиваться базовые компетенции и появятся новые – организаторские качества, способность к анализу и систематизации, творческие и исследовательские навыки.

Каждая компетенция должна быть измерима и детализирована по образовательным уровням: бакалавриат (Б), интернатура (И), резидентура (Р), магистратура (М), докторантура (Д), НПР, а также с учетом уровня обучения, опыта и стажа педагогической работы: до 5 лет, 5-10 и свыше 10 лет педаго-

гического стажа не зависимо от занимаемой должности и ученого звания/степени. Такой подход объясняется тем, что в ВУЗы часто приходят люди, имеющие научную степень/звание, но не имеющие стажа педагогической работы.

Декомпозиция компетенций по трем квалификационным уровням на ключевые качества, знания, умения и поведенческие характеристики с критериями контроля деятельности ППС представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Декомпозиция компетенций ППС медицинских ВУЗов

Компетенции	Определение	Содержание компетенции для каждого квалификационного уровня преподавателя	Критерии контроля	Стаж пед. работы	Квалификационный уровень преподавателя	Уровни образования, на которых может преподавать ППС
Профессионально-педагогическая (Профессионализм)	<ul style="list-style-type: none"> Наличие знаний, умений и навыков по основной специальности, а также эффективное использование их в педагогической деятельности. Реализация новых видов образовательной деятельности: проблемный и проектный подходы в обучении. Разработка образовательных программ (учебные программы, рекомендации, пособия, учебники, монографии, ситуационные задания, деловые игры и прочее). Готовность к постоянному повышению профессиональной квалификации, овладению новыми педагогическими технологиями, обобщению и трансляции собственного опыта 	<p>Требования к образованию, квалификации:</p> <ul style="list-style-type: none"> Высшее образование (по специальности) Сертификат врача (для клинических кафедр) <p>Знания, умения, навыки:</p> <ul style="list-style-type: none"> Знание ГОСО, типовых и рабочих учебных программ Знание основ доказательной медицины (научно-обоснованной практики) Знание клинических протоколов, руководств стандартов и практическое их применение в педагогическом процессе Умение передавать знания путем проведения практических и семинарских занятий, с использованием презентационного материала, ИКТ, организации самостоятельной работы обучающихся <p>Оценка деятельности:</p> <ul style="list-style-type: none"> Положительные отзывы обучающихся, коллег-врачей и коллег-преподавателей – не менее 50% 	<ul style="list-style-type: none"> Портфолио преподавателя Дипломы Сертификаты, удостоверения Отгиски статей, программ форумов Контент учебных материалов: <ul style="list-style-type: none"> образовательные программы, методические материалы Акт, протокол проведения занятия Журнал врачебных консультаций Рейтинги обучения 	до 5 лет	I уровень	Б
		<p>Требования к образованию, квалификации:</p> <ul style="list-style-type: none"> Магистр медицины II квалификационная категория (для клинических кафедр) <p>Знания, умения, навыки:</p> <ul style="list-style-type: none"> Знание современных, интерактивных, образовательных технологий Навыки передачи знаний, стимулирования активности обучающихся, формирования навыков и умений путем проведения лекционных, практических и семинарских занятий, с использованием интерактивных методов обучения. Умение использование ИКТ для создания собственного образовательного контента 	<ul style="list-style-type: none"> Данные анкетирования 	5-10 лет	II уровень	Б, И, Р, НПР
		<p>Умение использовать научно-инновационные подходы в обучении, создании собственного образовательного контента</p> <p>Навыки участия в разработке образовательных программ, методических и обучающих материалов</p> <p>Умение совершенствовать собственную преподавательскую практику на основе внедрения новейших достижений науки и практики, современных клинических протоколов, руководств</p> <p>Оценка деятельности:</p> <ul style="list-style-type: none"> Положительные отзывы обучающихся, коллег-врачей и коллег-преподавателей – не менее 75% <p>Требования к образованию, квалификации:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ученая степень/ученое звание Первая-Высшая квалификационная категория (для клинических кафедр) <p>Знания, умения, навыки:</p> <ul style="list-style-type: none"> Знание стратегий повышения эффективности обучения Знание технологий разработки учебно-методических материалов и контрольно-измерительных средств. Проведение, методологическое сопровождение, оценка занятий (лекционных, практических и семинарских, мастер-классов, тренингов) с использованием новейших образовательных технологий. Формулирование, оценка и разработка предложений по совершенствованию целей, задач, методов обучения и контроля знаний и навыков с учетом конечных результатов обучения. Разработка учебно-методических материалов, образовательных траекторий и индивидуальных учебных программ, методических материалов, наличие собственных авторских программ по спецкурсу Умение трансляции собственных знаний и опыта молодым преподавателям, коллегам (мастер-классы, семинары и др.) <p>Оценка деятельности:</p> <ul style="list-style-type: none"> Положительные отзывы обучающихся, коллег-врачей и коллег-преподавателей – не менее 90% 		более 10 лет	III уровень	Б, И, Р, М, Д, НПР

Кативные навыки	педагогическое качество, включающее способность управлять своим поведением, контролировать свои эмоции, способность к рефлексии, эмоциональную устойчивость. • Качественное состояние сотрудничества на высоком интеллектуальном уровне преподавателя с обучающимися, • коллегами-преподавателями, пациентами, • коллегами-медиками.	<ul style="list-style-type: none"> • Умение установить эмоциональный контакт с обучающимися • Умение строить отношения с участниками образовательного процесса, основанные на взаимопонимании и сотрудничестве • Умение излагать материал, направлять и строить занятие • Навыки кураторской деятельности 	<ul style="list-style-type: none"> • Журнал курации • Отчеты, фото и видеозаписи 	лет	уровень	
		<ul style="list-style-type: none"> • Активное сотрудничество со смежными кафедрами, структурными подразделениями вуза для совместного проведения занятий, построения плана занятий, др. • Навыки активного сотрудничества с персоналом подразделений клинической базы, пациентами • Умение устанавливать и развивать коммуникации, взаимопонимания, взаимодействия с обучающимися • Умение создавать ситуацию успеха для обучающихся, предвидеть возможные трудности, пути их преодоления • Обладать навыками наставнической деятельности 	<ul style="list-style-type: none"> • Контент учебных материалов: ✓ образовательные программы, ✓ методические материалы • Данные анкетирования 	5-10 лет	II уровень	Б, И, Р, НПР
		<ul style="list-style-type: none"> • Оказание помощи молодым специалистам и преподавателям • Навыки педагогического сотрудничества и сотворчества • Навыки работы в команде в условиях межпрофессионального обучения • Умение адаптироваться к меняющимся условиям социума • Умение конструировать обратную связь • Умение осуществлять грамотную педагогическую оценку, мобилизующую академическую активность • Умение строить образовательный процесс с учетом возможностей каждого обучающегося, способствуя их развитию • Разработка индивидуально-ориентированных образовательных проектов 		стаж свыше 10 лет	III уровень	Б, И, Р, М, Д, НПР
Информационно-коммуникационные технологии (ИКТ)	Умение за минимальное количество учебных часов дать максимально большую	<ul style="list-style-type: none"> • Знание и использование базовых информационных инструментов (ИК-грамотность) • Понимание закономерностей и особенностей протекания информационных процессов в педагогической деятельности • Умение применять ИКТ в решении образовательных задач. 	<ul style="list-style-type: none"> • Портфолио преподавателя: ✓ сертификаты • Контент учебных материалов: образовательные программы, презентации, электронные учеб. пособия, дистанционные образовательные программы, электронные образовательные ресурсы • Данные анкетирования 	до 5 лет	I уровень	Б
Лидерство	<ul style="list-style-type: none"> • Преподаватель, эффективно осуществляющий руководство обучающимися • Способность создать эффективную мотивацию к обучению, желание работать в новых социально-экономич. условиях. • Способность индивидуализировать образовательный процесс. 	<ul style="list-style-type: none"> • Эффективное использование ИКТ в решении образовательных задач. • Умение оперировать информационными технологиями • Умение презентировать результаты своей педагогической деятельности с использованием современных ИКТ 		5-10 лет	II уровень	Б, И, Р, НПР
		<ul style="list-style-type: none"> • Организация сетевых, очно-заочных и дистанционных форм образовательного процесса • Применение современных ИКТ в мониторинге и оценке образовательного процесса. • Умение конструировать способы освоения учебного материала с учетом его специфики и уровня компетенции каждого обучающегося. • Разработка и реализация учебных курсов на основе использования электронных образовательных ресурсов 		более 10 лет	III уровень	Б, И, Р, М, Д, НПР
		<ul style="list-style-type: none"> • Умение работы в команде • Способность организовать взаимодействие с аудиторией • Навыки управления временем (тайм-менеджмент) • Навыки управления конфликтами • Умение организовать процессы преподавания, воспитания и методической работы • Умение формирования команд • Умение контролировать процесс и меру продвижения к достижению цели. • Навыки организации процессов преподавания, воспитания, методической и научно-исследовательской работы • Умение принимать решения на основе анализа информации и результатов педагогического исследования. • Умение построения индивидуальных образовательных программ • Навыки стратегического планирования и принятия решений в образовательной практике на основе научных доказательств 	Данные анкетирования	до 5 лет	I уровень	Б
Оценка и экспертиза	Эффективное использование инструментов и	<ul style="list-style-type: none"> • Умение анализировать и оценивать процесс и результаты деятельности обучающихся и своей собственной деятельности. • Умение определять на основе анализа проблемы профессионально-личностного развития обучающихся. • Разработка оценочных листов. • Умение создать доверительные отношения с обучающимся • Умение создать систему оценки деятельности обучающихся. • Разработка и применение новых диагностических средств оценки качества образования (включая интегральный и попредметный мониторинг качества образования, рейтинговую систему оценки, динамическую систему оценки достижений, обучающихся и др.). • Внедрение инновационных методов оценки знаний и практических навыков. 	Рейтинг обучения, сопоставимый с данными оценки знаний и навыков обучающихся преподавателям и контент образовательной программы Данные анкетирования	до 5 лет	I уровень	Б
	методов оценки знаний и навыков обучающихся; выбор метода и оценки экспертизы образовательных программ.			5-10 лет	II уровень	Б, И, Р, НПР
				более 10 лет	III уровень	Б, И, Р, М, Д, НПР
Исследователь/Ученый	<ul style="list-style-type: none"> • Умение организовать экспериментальную и исследовательскую работу, в том числе в 	<ul style="list-style-type: none"> • Умение определять проблемы в сфере проф. деятельности, формулировать вопрос исследования, цель, задачи, научную гипотезу • Владение базовыми методами научных исследований • Осуществлять поиск научных доказательств (навыки работы с базами данных научной информации) по вопросам проф. деятельности 	Контент образовательных программ Портфолио исследователя/	до 5 лет	I уровень	Б

	<p>образовательном процессе.</p> <ul style="list-style-type: none"> Умение ставить нужные вопросы, видеть цель и предвидеть результаты исследования 	<ul style="list-style-type: none"> Умения написания и оформления научной публикации Применение научно-обоснованных доказательных подходов в профессиональной деятельности Владение навыками педагогического анализа Публикации, выступления – не менее 2х в год, в т.ч. по мед. образованию Участие в качестве исполнителя в научных программах, исследовательских проектах Руководство НИРС Содействие центрам медицинского образования в выполнении исследовательских работ по медицинскому образованию Обучение методам анализа и решения теоретических проблем с научной и доказательной позиций. Обучение постановке исследовательской работы и анализу результатов исследования. Исследование проблем научно-методического характера, в т.ч. проблем высшей школы. Участие/руководство НИР, НТП 	<p>ученого: оттки статьи, научных форумов</p>	<p>5-10 лет</p>	<p>II уровень</p>	<p>Б, И, Р, НПП</p>
		<ul style="list-style-type: none"> Эффективное использование научных доказательств (результатов собственной научной деятельности и доказательных источников информации) в педагогической деятельности Публикации, выступления – не менее 2-4х в год, в том числе по медицинскому образованию Выполнение исследовательских работ по медицинскому образованию, в том числе совместно с ЦМО Обучение элементам целенаправленной научно-исследовательской деятельности с творческим подходом Обучение методам решения актуальных задач в практической и коммерческой деятельности в здравоохранении с точки зрения доказательности и научного подхода. Организация НИР (научных школ) Публикации, выступления – не менее 3-4-х в год, в том числе по медицинскому образованию Научное руководство магистрантами и докторантами 		<p>более 10 лет</p>	<p>III уровень</p>	<p>Б, И, Р, М, Д, НПП</p>

МОДЕЛЬ ПОДДЕРЖКИ КОМПЕТЕНЦИЙ ПРОФЕССОРСКО-ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКОГО СОСТАВА МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

Абрахманова А.О., Койков В.В., Байгожина З.А., Хандиллаева Б.М., Абельдинова А.С.
Республиканский центр развития здравоохранения, г. Астана

Для обеспечения качества профессорско-преподавательского состава (ППС) медицинского ВУЗа требуется не только эффективная модель компетенций ППС, но и достаточно действенная модель формирования и поддержки данных компетенций.

Цель разработки модели поддержки компетенций ППС: создание условий для прогрессивного роста каждого преподавателя, рациональное использование ППС с учетом уровня подготовки, опыта и стажа.

Модель поддержки компетенций должна стать инструментом для подбора результативных траекторий и методов повышения уровня компетентности преподавателей медицинских ВУЗов.

Главные принципы модели поддержки компетенций ППС:

- ориентация на личностный подход;
- поддержка молодых преподавателей, адаптация их к социально-экономическим переменам;
- сохранение традиций высшей медицинской школы с обеспечением интеграции академических ценностей от старшего поколения ППС молодым специалистам;
- удовлетворение потребителей услуг – обучающихся и работодателей.

Модель поддержки компетенций ППС состоит из пяти этапов: дифференцированного отбора претендентов на должность преподавателя медицинского ВУЗа; планирования деятельности каждым ППС; непрерывного повышения потенциала преподавателей; контроля деятельности каждого преподавателя с выявлением слабых

сторон и поиском путей их преодоления; мотивации ППС.

1. Отбор и планирование деятельности ППС по профилю должности включает разработку каждым ВУЗом анкеты для оценки кандидата на должность ППС (при приеме на работу) с учетом ключевых индикаторов;

2. Планирование деятельности каждым ППС должно найти отражение в индивидуальной траектории профессионального

роста (ИТПР) (рис. 1) с определением цели и планированием задач по разным аспектам педагогической деятельности: учебно-воспитательной, учебно-методической, научно-исследовательской и др.

Индивидуальная траектория должна строиться с учетом профиля должности, стажа работы, желаемых результатов и профессионального роста, и становления ППС, а также с учетом миссии и плана стратегического развития ВУЗа.



3. Повышение потенциала ППС включает:

1) разработку плана и механизмов повышения потенциала ППС с учетом плана внутрикафедрального контроля, взаимопосещение занятий, мониторинг деятельности;

2) разработку стратегического плана поддержки компетенций и повышение педагогической квалификации ППС ВУЗа;

3) разработку программ повышения потенциала ППС в соответствии с уровнем квалификации. При этом целесообразно

каждому медицинскому ВУЗу разработать программу по повышению потенциала ППС по отдельно взятой компетенции и получить статус уполномоченного ВУЗа по данному направлению повышения педагогической квалификации ППС.

Программы обучения должны строиться с учетом образовательного уровня и модели компетенций и, как принято в большинстве медицинских ВУЗов республики, программы делятся на три уровня: Первый уровень – для преподавателей со

стажем педагогической работы не более 5 лет; основные требования: знание собственной дисциплины, умение планировать учебный процесс, умение пользоваться информационно-коммуникационными технологиями для эффективного представления учебного материала, навыки работы в команде, знание норм этики. Начинающие ППС со стажем 1-2 года должны быть охвачены мероприятиями по развитию педагогических компетенций в течение всего учебного года.

Второй уровень – ориентация на ППС со стажем 5-10 лет; основные требования: способность разработки учебно-методических материалов, программных модулей, формирование навыков организации и ориентации обучающихся, формирование исследовательских навыков, использование принципов научного и доказательного подхода в образовании.

Третий уровень ориентирован на преподавателей со стажем более 10 лет; основные требования: формирование навыков научного анализа, инновационной готовности, эксперта в области высшего медицинского образования, науки, оценке качества образования и др.

При составлении программ обучения ППС необходимо соблюдение следующих принципов:

- использование инновационных образовательных технологий;
- интеграция образовательных программ, научных исследований и практики;
- ориентация на личностный подход.

4. Контроль деятельности ППС осуществляются по следующим направлениям:

1) самоанализ и самооценка - систематическое проведение анализа собственной профессиональной деятельности, на основании которого преподаватель может вносить изменения и дополнения в индивидуальную траекторию своего развития;

2) систематическая оценка (анализ) должна регулярно проводиться кафедрой, деканатом, центром медицинского образования (например, по итогам семестра, учеб-

ного года); включает контроль выполнения плана индивидуальной траектории профессионального роста, выявление слабых позиций и путей их преодоления;

3) экспертная оценка - аттестация ППС раз в 5 лет с приглашением независимых экспертов/членов неправительственных организаций;

4) рейтинговая оценка – итоговая оценка по отдельным компетенциям и в целом общая.

Важным показателем в оценке деятельности ППС является оценка обучающимися и оценка, данная руководством и коллегами.

Оценка деятельности ППС должна включать учебную, методическую, научную и инновационную работу, показатели успеваемости обучающихся, оценку всех компетенций, анализ результатов анкетирования, отзывы. Важно, чтобы все формы оценки совпадали, тогда объективность рейтинговой оценки будет гарантирована. Высокие результаты самооценки по сравнению с результатами систематической, экспертной и рейтинговой оценки, свидетельствуют о завышенной самооценке. В случае если один вид оценки значительно ниже/выше других, то он нуждается в пересмотре, либо корректировке деятельности преподавателя.

Преподаватель, прошедший обучение по той или иной компетенции, но показывающий низкие результаты по итогам контроля деятельности, нуждается не только в повторном обучении, а также в проведении анализа и выявлении причин не усвоения результатов обучения.

5. Мотивация ППС и кафедр:

1) разработка механизмов стимулирования ППС к профессиональному росту и самосовершенствованию, в числе которых могут использоваться:

- поддержка руководством ВУЗа, деканатом, кафедрой индивидуальной траектории профессионального роста преподавателя, которая в процессе становления и анализа будет меняться в сторону совершенствования и

улучшения и обновления показателей деятельности;

- поддержка академической мобильности, поддержка проектов повышения квалификации (педагогической и профессиональной), поддержка научно-исследовательской деятельности;
- создание условий труда для эффективного выполнения профессиональных задач;
- поддержка и оказание помощи в адаптации молодых преподавателей, оказание наставнической помощи;
- правовая и социальная защита, соблюдение академических свобод преподавателей, обеспечения социальной и юридической справедливости в решении кадровых вопросов;
- совершенствование системы вознаграждения, возможность уменьшения субъективных факторов при установлении надбавок к заработной плате.

При этом кадровая политика ВУЗа

должна строиться с учетом принципов:

- преемственности в передаче научно-методического опыта и профессиональной компетентности от опытных преподавателей молодым ППС;
- формирования педагогической культуры;
- систематического комплексного анализа и прогнозирования потребности в педагогических кадрах;
- прозрачности и объективности методов контроля и оценки деятельности.

Разработка и внедрение эффективной модели поддержки компетенций ППС позволит (рисунок 2):

1. повысить качество педагогической деятельности;
2. снизить текучесть кадров ППС;
3. повысить адаптацию ППС к социально-экономическим переменам;
4. расширить карьерные перспективы ППС.

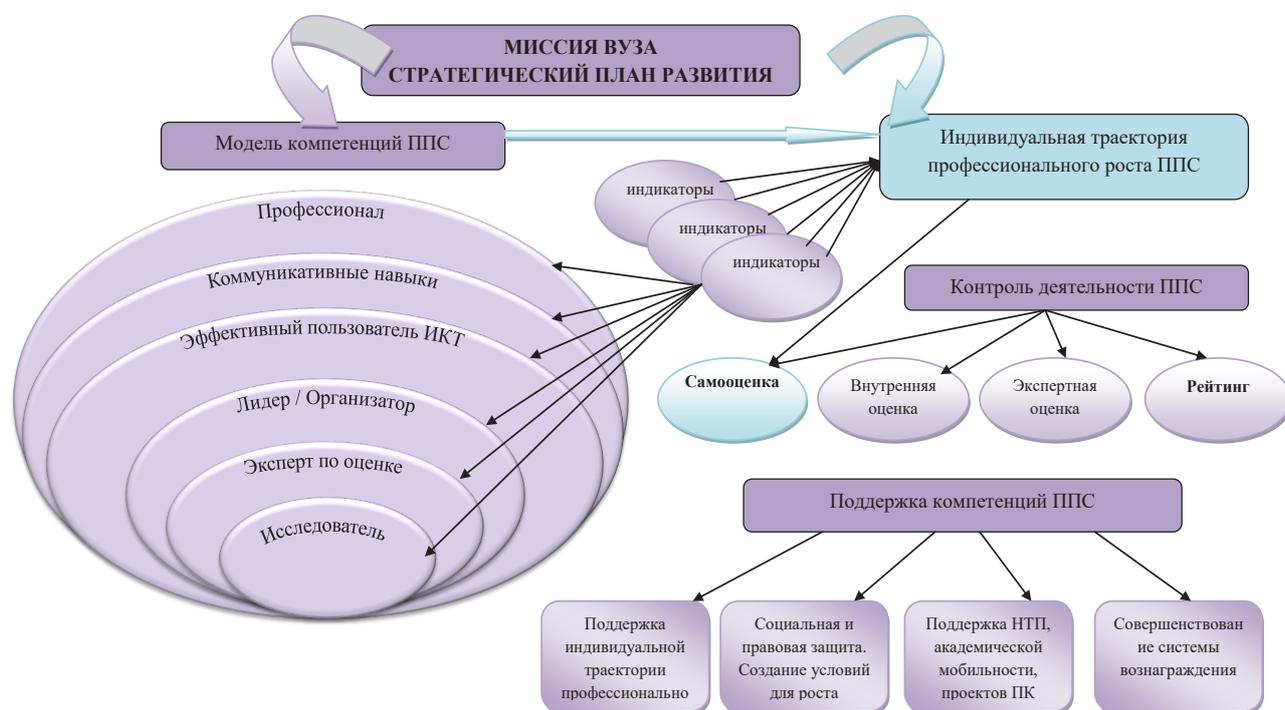


Рисунок 2. Модель формирования и поддержки компетенций «ЭФФЕКТИВНОГО ПРЕПОДАВАТЕЛЯ»