

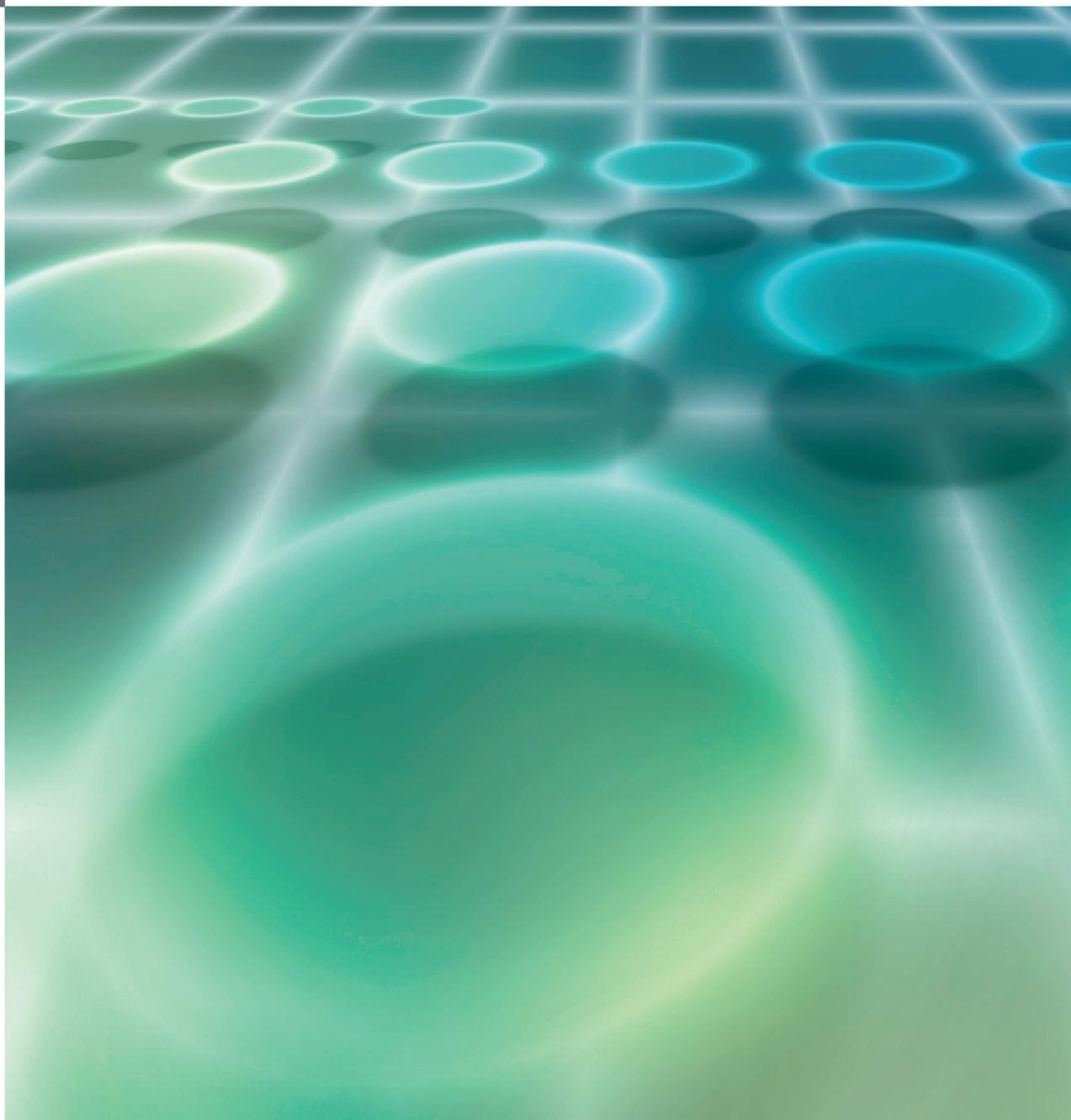
ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІНІҢ
«ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫ ДАМУ ТУ РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ»
ШАРУАШЫЛЫҚ ЖУРГІЗУ ҚҰҚЫҒЫНДАҒЫ РЕСПУБЛИКАЛЫҚ
МЕМЛЕКЕТТІК КӘСІПОРЫНЫ

Маусым 2012, № 2 (3)

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау

МЕНЕДЖЕРІ МЕНЕДЖЕР

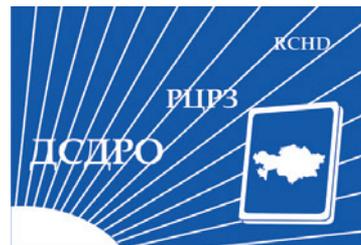
здравоохранения Республики Казахстан



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 здраво-
охранения 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

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.Е.
Ковач Л., Кулмагамбетов И.Р.
Кучеренко В.З., Омаров К.Т.
Рахыпбеков 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

ОТЗЫВЫ НАШИХ КОЛЛЕГ

АМАНЖОЛ І. А. 6

МУХАМЕДЖАНОВА Г. Б. 7

ЛИЧНОСТЬ

Интервью с Председателем правления АО «Национальный медицинский холдинг» 9

ОТ РЕДАКТОРА

65-я сессия Всемирной Ассамблеи здравоохранения 13

КАДРОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

КАПТАГАЕВА А. К., ЕСЕНГЕЛЬДИНОВА Ж. А., АЙДАРХАНОВА К. К., МУСТАФАЕВА Н. С., КАЙСАЕВА А. А. Состояние обеспеченности кадровыми ресурсами медицинских организаций в системе здравоохранения Республики Казахстан за 2005-2011 гг 18

ПЕРЕДОВОЙ ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ МЕНЕДЖМЕНТА В КЛИНИКАХ КАЗАХСТАНА

АЗЕРБАЕВА А. Ж., УМАРОВ А. М. Роль наблюдательных советов в управлении медицинскими организациями в Республике Казахстан 26

АБЕУОВ М. Е. Нам ставят задачу, мы ее решаем! 32

НУРЛЫБАЕВ Е. Ш. Мотивация персонала – лучший инструмент повышения производительности труда 35

БЕЛАН Н. Г. Менеджмент в условиях ПМСП - опыт Центральной районной больницы Абайского района 40

БАЙМЕНОВА Д. М. Результаты внедрения Единой национальной системы здравоохранения на уровне ПМСП 43

КАМБАРОВА Г. А. Внедрение стимулирующего компонента подушевого норматива в организациях ПМСП в Республике Казахстан 47

СТРАТЕГИЯ И МЕЖДУНАРОДНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

LUÍS VELEZ LAPÃO, GILLES DUSSAULT From policy to reality: clinical managers' views of the organizational challenges of primary care reform in Portugal..... 49

ЛУИС ВЕЛЕС ЛАПАО, ЖИЛЬ ДЮССО От политики к реальности: взгляды клинических менеджеров на организационные проблемы реформы ПМСП в Португалии 56

КУЛЬЖАНОВ М. К., ЕГЕУБАЕВА С. А., ТАНИРБЕРГЕНОВ С. Т., КАСКИРБАЕВА Д. М. Опыт внедрения национальных счетов здравоохранения в Республике Казахстан 65

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

МАКАШЕВ Д. М., КАМБАРОВА Г. А., КАШКЕНОВА Ж. М. Социологические исследования удовлетворенности пациентов в оценке качества медицинской помощи в Республике Казахстан..... 69

ГАРКАЛОВ К. А. Совершенствование медицинской помощи через внедрение индикаторов оценки качества медицинского процесса 73

АЙЫПХАНОВА А. Т. Удовлетворенность пациента как индикатор качества в медицинской организации..... 77

ДОКУМЕНТЫ ДЛЯ РАБОТЫ МЕНЕДЖЕРА

Проект Программы развития онкологической помощи в Республике Казахстан на 2012-2016 гг82

Методические указания по разработке «Бизнес-плана» для организаций здравоохранения (АПП)95

СОБЫТИЯ

4 июня – день государственных символов Республики Казахстан 111

Результаты проекта «Сегодня лучший – ты, завтра – все»: 2 этап каскадного обучения..... 112

30-я сессия Координационного Совета ЮНЭЙДС 114

V Астанинский экономический форум: секция «Здравоохранение» 115

Мозговой штурм по подготовке стратегической программы здравоохранения на 2013-2022 гг 117

Мероприятия в рамках сотрудничества между Европейским региональным бюро ВОЗ/Страновой офис ВОЗ в Казахстане и Министерством здравоохранения Республики Казахстан..... 118

Совещание рабочей группы по ГОСО Республики Казахстан по специальности магистратуры «Менеджмент здравоохранения» 119

Конкурс «Лучший менеджер здравоохранения»..... 120

Конкурс «Лучший независимый эксперт»..... 122

АНОНС

Читайте в следующем номере 124



М.К. Кульжанов

Генеральный директор Республиканского центра развития здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Позвольте от имени Редакционного совета, редакции и от себя лично поздравить Вас с Днем медицинского работника!

Это праздник милосердия, добра и безграничной верности долгу. Шагая в ногу со временем, чутко следя за всеми научными достижениями и новейшими медицинскими технологиями, вы помогаете людям преодолевать недуги, возвращаете им жизнь и надежду.

Сегодня в условиях модернизации здравоохранения на медицинских работников возложена особая ответственность за совершенствование отрасли. От наших слаженных действий во многом зависит качество жизни и благополучие граждан.

Желаю вам дальнейшего профессионального совершенствования, успехов в труде, оптимизма, реализации всех намеченных целей, крепкого здоровья, счастья и благополучия.

**Главный редактор
М. Кульжанов**



Т. Ш. Шарманов

*Лауреат Государственной премии РК,
Заслуженный деятель РК, академик РАМН,
академик НАН РК, доктор медицинских наук,
профессор, основатель и Президент Казахской
академии питания*

УВАЖАЕМЫЕ РАБОТНИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ!

Примите мои искренние поздравления с профессиональным праздником - Днем медицинского работника! Профессия медика - одна из самых гуманных и нужных людям. Самоотверженный труд людей в белых халатах, высокий профессионализм, отзывчивое сердце спасают жизнь и возвращают здоровье сотням тысяч казахстанцев. Милосердие, доброта, сочувствие к чужой боли - главные качества наших медицинских работников. Именно Вы знаете истинную цену здоровья человека и как никто другой понимаете, что здоровье значит для нашего общества.

В современном мире нет большей ценности, чем жизнь и здоровье человека, и именно на работников медицины возложена огромная ответственность за будущее страны и нации.

Сегодня в нашей жизни присутствуют и новейшие разработки, и технический прогресс, и современное оборудование, но никакая современная техника не заменит профессионализм наших медицинских работников.

Большое спасибо вам за беззаветную преданность своему делу, терпение и заботу о людях! Желаю вам, вашим родным и близким крепкого здоровья, счастья, благополучия и реализации всех намеченных планов!

КАЗАКСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ
ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ
РЕСПУБЛИКАЛЫҚ МЕМЛЕКЕТТІК
КАЗЫНАЛЫҚ КӘСПОРЫНЫ



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ
КАЗЕННОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ

“ЕҢБЕК ГИГИЕНАСЫ
ЖӘНЕ КӘСІБИ
АУРУЛАР ҰЛТТЫҚ
ОРТАЛЫҒЫ”

“НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ГИГИЕНЫ ТРУДА
И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ”

100012, Қарағанды қ., Мұстафина көшесі, 15
Қазақстан Халық банкі Қарағанды облыстық филиалының
есепшоты ИИК КЗ 196010191000012405
БЖК HSBKКЗКХ, БЖН 011240005745
КБЕ 16 СТН 302000220556
Тел.: (721-2) 56-52-63, факс: 56-10-21
e-mail: ncgtpz@gmail.com

100012, г. Караганда, ул. Мустафина, 15
Областное управление Народного банка
ИИК КЗ 196010191000012405
БИК HSBKКЗКХ, БИН 011240005745
КБЕ 16 РНН 302000220556
Тел.: (721-2) 56-52-63, факс: 56-10-21
e-mail: ncgtpz@gmail.com

MINISTRY OF HEALTHCARE OF THE
REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

REPUBLICAN STATE GOVERNMENTAL ENTERPRISE “NATIONAL CENTRE
OF LABOUR HYGIENE AND OCCUPATIONAL DISEASES”

15 Mustafina str., Karaganda, 100012
tel: (721-2) 56-52-63, fax: 52-10-21
e-mail: ncgtpz@gmail.com

Салидат Зекенқызы № 4-1-6-441
на № _____ от _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрі
С.З.Қайырбековаға.

Құрметті Салидат Зекенқызы!

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігінің Еңбек гигиенасы және кәсіби аурулар ұлттық орталығы Сізді Медицина қызметкерлерінің кәсіби мерекесімен шын жүректен құттықтайды.

Бұл мерекені адам тәнінің қиналысы мен қасіретін жүрегімен сезіне білетін денсаулық сақтау саласының барлық қызметкерлерінің ерен еңбегінің дүйім жұртшылықпен бағаланатын күні деп есептеуге болады.

Жақсылыққа деген сенімдеріңіз артып, кәсіби парыз бен өз мамандығыңыз үшін мақтаныш сезімі әрдайым алға жетелесін. Сіздің медицина саласындағы жарқын біліктілігіңіз, егеменді елімізде денсаулық сақтау саласында ұйымдастырушылық қабілетіңіз, беделіңіз арта түссін.

Осындай игілік нұрын төгіп, бүгінгі көлеңкесі қатар жүретін кезеңде ерінбей еңбек етіп, халыққа қызмет ете білгеніңіз үшін алғысымыз шексіз.

ҚР ДСМ «ЕГ мен КАҰО»
РМҚК директоры
м.ғ.д., профессор



Аманжол
І.А.Аманжол

603474

АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ
 ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ БАСҚАРМАСЫНЫҢ
 ШАРУАШЫЛЫҚ ЖҰРГІЗУ ҚҰҚЫҒЫНДАҒЫ
 «№6 ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНАСЫ»
 МЕМЛЕКЕТТІК
 КОММУНАЛДЫҚ КӘСПОРНЫ



УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
 ГОРОДА АЛМАТЫ
 ГОСУДАРСТВЕННОЕ КОММУНАЛЬНОЕ
 ПРЕДПРИЯТИЕ НА ПРАВЕ
 ХОЗЯЙСТВЕННОГО ВЕДЕНИЯ
 «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №6»

050062, Алматы қ-сы, 4 ықш., Алтынсарин д-лы, 3а
 Тел./факс: 8 (727) 276-08-77

050062, г. Алматы, мкр. 4, пр. Алтынсарина, 3а
 Тел./факс: 8 (727) 276-08-77

0101 № 148
 16.05.2012г.

Уважаемая Салидат Зекеновна!

Позвольте выразить признательность Вам за предоставленную возможность участия в инновационном проекте «Сегодня лучший – ты, завтра – все».

Как руководитель с 30 летним стажем в практическом здравоохранении хочу отметить, что реформы, касательно нашей отрасли имеют по истине «революционный» - прорывной характер. В частности, акцент на первичную медико-санитарную помощь: оптимизация участковой службы, мотивация медицинских работников посредством стимулирующего компонента в виде ощутимой доплаты по индикаторам качества работы, усиление участковой службы вторыми, третьими медсестрами, введение социальных работников, психологов, развитие стационарозамещающей помощи для населения, все это дало большой импульс в деятельности поликлиник.

Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Казакстан» на 2011-2015гг. отвечает всем запросам охраны здоровья населения. Широко развернута в своих масштабах скрининговая программа, диспансеризация и оздоровление, бесплатное лекарственное обеспечение. Это на самом деле современная казахстанская модель стратегического развития здравоохранения.

Особая благодарность за организованную поездку в Хельсинки руководителей ПМСП. Надо отметить, что скандинавская модель социально-ориентированной системы развития здравоохранения, программы по усовершенствованию амбулаторной помощи, медицинских услуг первичного звена внедрялись в течение 25 лет. Бесспорно, есть наработанный опыт по разработке пациент-ориентированных подходов, а также высокая профессиональная ответственность медицинских работников, обеспечивающих качественную медицинскую помощь. Поразительно, что основная работа первичного звена амбулаторной службы выполняется средним медицинским персоналом - это ощутимая поддержка для врачей. Главная особенность, всей европейской модели здравоохранения, солидарная ответственность пациентов за свое здоровье, которая проявляется в сооплате за предоставленные медицинские услуги.

01/21 02-8836
 05 2012 ж
 0000177
 ДП - Запасы

Все это и многое другое дало понимание, что истина познается в сравнении. Реформы в нашей отрасли своевременны и необходимы. Сегодня настало время менеджеров здравоохранения. Полученный опыт двухгодичного обучения «Менеджмент системы здравоохранения» в Мидлсекском университете Великобритании в 1997 году дал теоретическую базу и только сегодня настало время применения знаний и принятия управленческих решений для улучшения качества медицинских услуг.

Актуальным и важным направлением совершенствования управления системы здравоохранения является подготовка менеджеров здравоохранения на основе лучшей практики и международных стандартов. Целью обучающей поездки явилось повышение осведомленности менеджеров первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) по организации сети услуг первичного звена здравоохранения Финляндии, управлению и администрированию с целью переориентации системы здравоохранения Республики Казахстан от инфраструктурно-ориентированной модели к пациент-ориентированной модели. Весь процесс обучения, приемы и посещения больниц имели высокий уровень организации.

И это в целом, Салидат Зекеновна, Ваша заслуга, как главного топ - менеджера здравоохранения. Нам руководителям Вашей команды «повезло» в большом и главном – в выборе профессии. Работать невероятно сложно, но надо отметить, что работать стало намного интереснее. Главное требование – качество оказываемых медицинских услуг, ориентированные на пациента. «Лед тронулся» и есть результаты. Прежде всего благодарность населения, поверьте, есть позитивные отзывы и их большинство. За последние 3,5 года практически произошел переворот всей системы здравоохранения и это созвучно со стремительной индустриализацией нашей страны. Есть и в нашем отечестве команда управленцев, создающие собственные наработки по совершенствованию работы поликлиники с применением IT-технологий, объективной оценки рейтинга деятельности служб, врачей, медицинских сестер. Планируем предоставить материалы на 2 тур конкурса «Поликлиника без очередей».

С большим желанием мы стремимся оправдать Ваш «зонтик доверия».

В преддверии профессионального праздника «Дня медицинского работника» Вам, Салидат Зекеновна, самые наилучшие пожелания **ЗДОРОВЬЯ, УСПЕХА И ВСЕНАРОДНОГО ПРИЗНАНИЯ ВАШИХ ДОБРЫХ ДЕЛ ВО ИМЯ И ВО БЛАГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЗАХСТАНА.**

С уважением,
главный врач ГКП на ПХВ
«Городская поликлиника №6»
г. Алматы



Гульнара Балтабаевна
Мухамеджанова



Е. А. Биртанов

Председатель правления
АО «Национальный медицинский холдинг»

ИНТЕРВЬЮ С ПРЕДСЕДАТЕЛЕМ ПРАВЛЕНИЯ АО «НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ХОЛДИНГ»

Биртанов Елжан Амантаевич – доктор медицинских наук, автор более 50 научных работ. С отличием окончил Алма-Атинский государственный медицинский институт. Обучался в Университете штата Аризона в США по специальности «интенсивная терапия и токсикология»; в Российской медицинской академии по специальности «менеджмент в здравоохранении»; в университетской клинике «Шарите» в Берлине по специальности «менеджмент больничного дела»; имеет диплом по специальности «экономика» университета «Туран». Награжден нагрудными знаками «Отличник здравоохранения», «Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау ісінің үздігі».

С 2008 года – Советник Премьер-Министра Республики Казахстан, затем заместитель председателя правления Акционерного общества «Национальный медицинский холдинг», в должности вице-министра здравоохранения работал с декабря 2008 года. С 22 апреля 2010 года - Председатель правления АО «Национальный медицинский холдинг».

Тема обсуждения: «Развитие системы здравоохранения Республики Казахстан: настоящее и перспективы».

- Елжан Амантаевич, накануне профессионального праздника - дня медицинского работника, хотелось бы представить нашим читателям видение одного из успешных топ-менеджеров здравоохранения Республики Казахстан. Вы проработали на разных должностях во многих медицинских организациях, у Вас богатейший опыт работы в сфере здравоохранения, это бесспорно нелегкий путь. Скажите, как Вам удалось добиться таких успехов, ведь сфера здравоохранения, если не самое сложное направление, то одно из таковых в жизни общества?

- Я не считаю, что добился больших успехов в своей профессии. Безусловно, в моем багаже есть достижения, успехи реализации тех или иных проектов. В целом, если говорить о

том, что приводит к успеху, прежде всего, это преданность своей профессии. Если вспомнить, то начинал я как практический врач, и мне очень жаль, что пришлось уйти с клинической практики. Но, видимо все-таки больше пользы принесу, работая менеджером, нежели врачом практиком. Разумеется, помимо любви к профессии, это возможность и удовольствие общаться с людьми, которые в этой сфере работают. Мне в этом плане крупно повезло, первым учителем был мой отец, который тоже был организатором здравоохранения. Все люди, которые работают в нашей системе здравоохранения, начиная с Министра здравоохранения, все коллеги, которые работают в разных организациях на различных уровнях предоставления медицинской помощи - профессионалы, преданные своему делу. С ними всегда можно посоветоваться

и это, конечно, позволяет дополнительно обогащаться знаниями и опытом.

- Врач - это не просто профессия, это призвание, не каждый человек может стать врачом, ведь для настоящего врача необходимо владеть не только знаниями и практическим опытом, а должны быть и внутренние личные качества человека, такие как любовь к людям, забота, милосердие. Помимо этих, какими качествами, по Вашему мнению, должен обладать врач?

- Все основные качества вы перечислили. Мне всегда нравилось и нравится во врачебной работе возможность общения с людьми, поскольку любой человек интересен. Врачи работают с людьми, и в этом есть величайшие преимущества. Во-первых, это обогащает в личном, профессиональном плане, во-вторых, разумеется, сам формат этого общения связан с тем, что ты должен, по своему профессиональному долгу оказать им помощь, поддержку. К сожалению, многие врачи не осознают это преимущество. Человек приходит с большой надеждой и если врач этого не понимает и человек не получает удовлетворения от оказанной ему помощи, то у пациента возникает недоверие не только к врачу и лечению, но и к самой системе в целом. Еще хуже, когда потеряв доверие к медицине пациент начинает заниматься самолечением, в конечном итоге лечение не дает такого эффекта, которое оно могло бы дать при профессионально оказанной помощи. Самое главное, что нужно врачу помимо знаний и практики - это умение идти на контакт с пациентом и получать удовлетворение от общения с пациентом, от сознания необходимости профессии врача.

- Как Вы оцениваете нынешнее состояние системы здравоохранения нашей страны?

- Нынешнее состояние системы здравоохранения в целом довольно динамично развивается, но уверен, что еще есть большие резервы, большие возможности и большие достижения. В то же время известен факт многофакторности системы здравоохранения, нельзя одним словом сказать про всю систему. Некоторые сферы, к примеру, инфраструктура традиционно хорошо развивается, строятся новые объекты, приобретается современное медицинское оборудование, т.е. инфраструктура системы здравоохранения модернизируется, восстанавливается. Но есть и другие компоненты, которые требуют экстренного вмешательства. Прежде всего, это человеческие ресурсы системы здравоохранения, которые на сегодняшний день находятся не в самом лучшем состоянии. Человеческие ресурсы – это самое основное, инфраструктура и материально-техническая база – это уже вторичное, поскольку мы, медработники работаем мозгами и руками, то понятно, что самый главный компонент успеха –

это состояние человеческого ресурса. Поэтому думаю, что потенциал здесь очень большой. В стране достаточное количество медицинских работников, просто его нужно развивать. Во многих сферах, в той же индустрии просто не хватает людей - инженеров, техников. В нашей системе специалистов достаточно, но нужно правильно использовать эти ресурсы и тогда, можно добиться гораздо больших успехов.

- Как Вы думаете, будучи Национальным медицинским холдингом и оказывая помощь на все регионы страны, существовали различия в организации медицинской помощи населению в этих регионах?

- Разумеется, есть региональные системы и у каждого региона есть свои показатели эффективности оказания медицинской помощи. В целом показатель здоровья в том или ином регионе зависит от многих факторов, не только от управления в этом регионе, но и от общей республиканской политики, от многих факторов: экологии, населенности, миграция и т.д. Мы как холдинг, который работает на уровне национального масштаба, работаем со всеми регионами страны. Есть уровни здравоохранения - первичный сектор и сектор специализированной помощи. Мы, как холдинг, стараемся делать все от нас зависящее, чтобы укреплять эти уровни в большей степени в части стационарных методов диагностики и лечения заболевания, высокотехнологичной медицины.

- На сегодняшний день в нашей стране дефицит квалифицированных медицинских кадров. Молодежь боится вступать на путь здравоохранения. Их пугает большая ответственность, риск за жизнь человека. Бытует мнение о низкой заработной плате. Что бы Вы посоветовали нашим абитуриентам? Как можно их мотивировать выбирать профессию врача?

- Во-первых, дефицита кадров в стране нет, это моя оценка ситуации. Во-вторых, если молодежь боится ответственности и риска за жизнь, тогда им нечего делать в медицине. В медицину люди должны идти по убеждению и основная задача системы медицинского образования - подбирать таких людей, которые способны сопереживать, убеждены, что могут быть полезны в оказании помощи больным людям, готовы идти в медицину даже при наличии высокой ответственности за жизнь и маленькой заработной платы. Сложно ожидать, конечно, от человека в 16-17 лет четкого убеждения быть врачом, поскольку, как правило, они имеют смутное представление об этом. Недостатка абитуриентов в медицинских ВУЗах также нет. Насколько знаю ежегодно, как минимум несколько человек на место подают заявление при поступлении в ВУЗы. Мы даже «перепроизводим» молодых врачей, если смотреть по статистике. Вопрос лишь в качестве, а для того, чтобы было качество

на выходе, качество должно быть на входе. Соглашусь с мнением многих специалистов, о том, что нужно производить отбор людей не на знания истории или химии, а на психоэмоциональные качества абитуриента. В принципе существуют такие методики, ничего сложного в этом нет и нужно отбирать людей, которые хотят быть врачами. Затем вкладывать в них знания, тогда будет результат. А низкой зарплатой бояться не надо, зарплата медицинских работников имеет тенденцию к повышению. Министерство здравоохранения предпринимает для этого немало шагов. Ответственность есть в любой профессии, не бывает работы без ответственности. Поэтому посоветую абитуриентам, если хотите быть врачами, поступайте учиться. Желаю удачи!

- Что Вы думаете об уровне образования молодых специалистов? Насколько качественные кадры выпускаются в наших ВУЗах?

- Во многих странах видел системы образования. Когда, например, речь идет о врачах, то врачебные кадры выпускают не ВУЗы, они выпускаются на уровне постдипломного обучения, резидентуры, во всем мире это специализация. И качество выхода врачей общей практики, хирургов, реаниматологов, акушер-гинекологов, и т.д. зависит не от ВУЗа, где преподают в большей степени основы, а зависит от той базы, где он проходит клиническую практику, т.е. от клиник и больниц. И я в этом вижу проблему. Сегодня страдает качество врачей на выходе, поскольку нет качественной резидентуры, она не везде на высоком уровне. В чем особенности резидентуры? В том, что знания дают молодым специалистам не преподаватели-теоретики, а практикующие врачи. Соответственно мы должны развивать качество преподавания клинических дисциплин преподавателями – врачами. Что касается медицинских ВУЗов, то они дают базовую подготовку – теоретические дисциплины. Они тоже имеют прямое отношение к клинике. Очень важно - быть в прямом контакте с медицинскими базами, клиниками. В целом сегодня проблема существует и с выпускниками медицинских ВУЗов и с выпускниками-резидентами, которые уже более или менее квалифицированы. Существуют рейтинговые оценки для сравнения. Как известно, всё познается в сравнении, насколько качественные выпускники выходят из медицинского университета и что, происходит, когда они выходят из резидентуры? Раньше эта программа называлась клинической ординатурой, сейчас резидентурой, насколько она хороша? Сложно сказать, но исходя из восприятия моих коллег, которые непосредственно занимаются приемом на работу, особенно в сельских регионах и в региональных клиниках, в целом, конечно, хотелось бы, чтобы выпускники были более квалифицированными. Но,

все взаимосвязано, считаю, что крупные клиники, областные или республиканские не могут обвинять медицинские ВУЗы в низком качестве подготовки, поскольку они сами непосредственно должны быть вовлечены в этот процесс, и им в рамках резидентуры нужно лучше обучать. Для того чтобы генерировать новое поколение врачей, необходимо предусмотреть технологии передачи знаний и опыта на рабочих местах. Это не так легко осуществить в реальности.

- Внедренная в Казахстане с 2010 года Единая национальная система здравоохранения позволяет пациентам самостоятельно выбирать поликлиники, стационары и лечащих врачей. В чем, по Вашему мнению, преимущества и недостатки этой системы?

- Что касается Единой национальной системы здравоохранения – это на мой взгляд лучшее решение для бюджетной модели здравоохранения, т.е. когда есть единый бюджет здравоохранения, есть необходимость справедливой тарифной политики, ориентированной не на процесс оказания медицинской помощи, а на качество оказания помощи и на результат, в зависимости от затрат на те или иные виды медицинских услуг, т.е. справедливое и прозрачное распределение денег, которые выделяются на медицинские расходы в стране. Сама по себе модель, считаю, правильная и ее нужно развивать дальше. Преимущества этой системы в том, что есть возможность давать финансовую гарантию гражданам на тот или иной пакет услуг, не зависимо от места его проживания, в крупном городе или маленьком районе. Государство гарантирует всем единый набор медицинских услуг, каждый вид услуги имеет фиксированную стоимость. Раньше этого не было, многие регионы не могли себе этого позволить.

Другая сторона этого вопроса в том, что помимо потребителей есть еще и поставщики услуг, а это большая армия клиник, неважно государственных или негосударственных. Производство медицинских услуг - это сектор, построенный на принципе экономической и финансовой эффективности, поэтому она не может быть в принципе убыточной, иными словами растущие расходы, которые несут клиники, должны адекватно возмещаться. Правительство должно учитывать и понимать это. Расходы по оказанию помощи будут всегда расти. И необходимо установить эффективную и прозрачную систему возмещения расходов. При этом, разумеется, нужно понимать, что одним из главных факторов, которые мы озвучили при принятии ЕНСЗ - это свободный выбор. Это основная ценность Единой национальной системы здравоохранения, она должна быть непоколебима. Человек имеет право сам выбрать – лечиться или не лечиться, у кого лечиться, где лечиться. Нельзя привязывать

пациента к месту проживания, делать выбор - его право как налогоплательщика. Вокруг этой основной ценности нужно развивать мотивационные механизмы для участников системы с прозрачной и стабильной системой возмещения затрат.

- Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» набирает обороты. Успешная реализация Программы позволит вывести состояние здравоохранения Республики Казахстан на качественно новый, более высокий уровень. Каковы приоритеты Программы?

- Я сам руководил рабочей группой по разработке данной программы, работая в Министерстве. Поэтому скажу, все государственные программы - это важный инструмент стратегического планирования. Без планирования любая система, в том числе система здравоохранения может превратиться в хаос. Данная программа проработана, сбалансирована. Ее приоритетом является направленность на развитие первичного сектора, поддержка модернизации специализированной медицинской помощи, поддержка инноваций, менеджмента. Но основным плюсом именно этой программы является то ноу-хау, которое в ней заложено, это так называемое межсекторальное сотрудничество. Мы разработали инструмент, который впервые был применен в рамках программы «Саламатты Қазақстан» - это финансовый механизм, обеспечивающий межведомственное взаимодействие по реализации тех или иных проектов, например по снижению травматизма, по другим направлениям, которые разработаны в рамках программы. Это важный механизм объединения усилий всех ведомств для реализации общих целей в области охраны здоровья. Многие программы уже сейчас успешны. Думаю, что, при успешной реализации, модель данного принципа можно внедрять на уровне региональных, областных систем здравоохранения, когда местные органы управления здравоохранением могут выступить в роли не просто координатора, но и администратора бюджета тех или иных проектов. Поэтому важный приоритет сегодня – это региональное межведомственное взаимодействие в стране.

- Елжан Амантаевич, последний вопрос, как Вы видите систему здравоохранения в ближайшие 5-10 лет? Можно ли уже сегодня делать прогноз на будущее?

- Прогнозы не можно, а нужно делать, всегда, и 5-10 лет – это стандартный период прогнозирования, мы имеем детальный прогноз развития, в частности, нашей

компании до 2020 года. Это уровень доходов, который мы хотим иметь в 2020 году, структура услуг и т.д. Что касается прогнозирования показателей медицинских, демографических, здесь прогноз благоприятный, поскольку уровень благосостояния населения в нашей стране в целом улучшается, это взаимосвязано с социально-экономическим состоянием страны. Улучшение социального благополучия приводит к улучшению возможностей, в том числе в части укрепления здоровья, продолжительности жизни. Тоже самое можно говорить об управляемых заболеваниях, социально-значимых заболеваниях, т.е. в целом прогноз благоприятный. Имеется четкая политика правительства «Саламатты Қазақстан» по управлению системы, эти индикаторы заложены в программах, и в программе «Казақстан – 2030», в частности в программе «Стратегия и перспективы развития Казахстана до 2020 года» и «Саламатты Қазақстан». Другое дело, прогнозы, касающиеся эффективности модернизации системы здравоохранения с точки зрения ключевых рисков факторов. В этом случае прогноз зависит оттого, насколько мы готовы идти на риски, с которыми мы сталкивались, сталкиваемся и будем сталкиваться в будущем 5-10 лет. Недостаточный уровень качества человеческих ресурсов - это тот фактор, который нельзя забыть и поставить на второй план. Например, если мы хотим улучшить качество подготовки врачей, у которых учеба в ВУЗе займет 5-6 лет, на практику уйдет 3-4 года, а общий горизонт составит 10 лет. Если мы сейчас сделаем «супер» медицинское образование, то только через 10 лет получим ощутимый результат, а мы сейчас, на мой взгляд, пока не готовы обеспечить «супер» образование. Для этого нам надо лет 5-7 как минимум, и только после этого оно даст результат, т.е. считайте, что общий горизонт 15-20 лет, поэтому нужно не только прогнозировать, нужно и планировать конкретные действия.

- Чтобы Вы пожелали медицинским работникам в их профессиональный праздник?

- Медицинским работникам в их профессиональный праздник пожелал бы здоровья, ведь это самое главное.

- Елжан Амантаевич, от имени редакционного совета и редакции журнала «Менеджер здравоохранения Республики Казахстан» разрешите поздравить Вас с профессиональным праздником - Днем медицинского работника. Мы желаем Вам успехов и надеемся на наше дальнейшее плодотворное сотрудничество.

Беседовала А. Султанова

65-Я СЕССИЯ ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

21 -26 мая 2012г. в Женеве прошла 65-я сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения (ВАЗ), в которой приняли участие министры и специалисты здравоохранения из 194 государств-членов ВОЗ, представители специализированных учреждений ООН, различных международных организаций, фондов, ассоциаций, неправительственных организаций и наблюдателей. Делегацию Казахстана возглавлял Генеральный директор Республиканского центра развития здравоохранения Министерства

здравоохранения Республики Казахстан Максут Кульжанов.

Председателем данной сессии ВАЗ была избрана профессор Терез Н'Дри-Йоман, Министр здравоохранения и борьбы против СПИДа Кот-д'Ивуар. Ее заместителями назначены представители Афганистана, Индонезии, Парагвая, Республики Молдова (Министр здравоохранения Андрей Усатый) и Соломоновых Островов.

От имени делегации Казахстана выступил Кульжанов Максут Каримович.

**«Madam President!
Your Excellency Dr. Chan!
Ladies and gentlemen!**

First of all let me express my gratitude for the opportunity to address the session. I would like to join all congratulations on the occasion of the election of Professor N' Dri -Yoman as a President of the 65th World Health Assembly and wish Her successful and productive work. I am confident that under the leadership of Professor N' Dri -Yoman the Assembly will successfully implement the objectives and adopt all necessary resolutions.

Madam President, let me also join the congratulations with unanimous election of Dr Chan for a second term as a Director General; Kazakhstan is positive that under the strong leadership of Dr Chan WHO will overcome all difficulties and face challenges imposed by the World health and new trends in population health.

Evolution of the contemporary world poses special requirements to sustainable development and safety of any country, which are both based on the health of population.

Thus, public health and health development are priorities for the Government of Kazakhstan.

Kazakhstan gradually implements resolutions adopted by the Assembly, WHO Executive Board and at the international conferences on health, and committed to the attainment of the Millennium Development Goals.

In this regards, Dr Margaret Chan, WHO Director General, has deserved respect and appreciation of our people for supporting joint efforts in improvement of population health in the Republic of Kazakhstan.

In the address to the Nation (January 2012) Mr. Nazarbayev, the President of the Republic of Kazakhstan, had set precise tasks to the Government of Kazakhstan to improve well-being and health of the nation.

Kazakhstan health policy includes system activities aimed at supporting and protecting people's health, and especially targeted at vulnerable populations. There is a State 5-year program in place for 2011-2015, which has 6 main directions. The first, and may be the most important, is intersectoral collaboration to address of population health needs. Seven Ministries (and Departments) of the country signed the cooperation agreement in the area. Each of them has specific objectives, funding and indicators for evaluation.

The rest 5 directions of the State program are aimed to increase access to primary, secondary and tertiary healthcare; to improve its quality and effectiveness; introduce advanced technologies and information systems; strengthen health personnel capacity building, particularly - primary health care staff.

During the last 5 years we have observed stable improvement of some demographic indicators, like increase of birth rate and growth of life expectancy. At the same time maternal and infant mortality decreased by 30%. In order to further improve maternal and infant mortality indicators, permanent monitoring has been established, especially among risk groups. Measures on early diagnosis and management of pregnancy risk factors have contributed to some positive results.

It is well known that Kazakhstan is among countries with high burden of tuberculosis (TB), especially MDR TB. The strategy and regimens stipulated in recent national strategy (April 2011) are based on the WHO approved guidelines. The National TB Programme is implementing a large scale TB and MDR-TB control activities with technical support of several partners, including WHO, where main external financial donor currently is Global Fund. And it is important to note that now TB morbidity and mortality has gradually begun to decrease.

Cardio-vascular diseases are in the list of Kazakhstan priorities. The Government approved "Cardiology and cardio surgery development program". We achieved sustainable decrease in mortality caused by these diseases. Success in this area is achieved not only because of introduction of new technologies, opening of new units, and training qualified staff, but mainly because of active implementation of prevention programs, especially at PHC level, community and NGO participation in this field.

Special governmental attention is also paid to oncologic diseases. A new Program is being developed – with main directions on active involvement of PHC personnel to ensure early detection of cancer, and addressing risk factors, as well as introduction of advanced technologies and treatment.

Financing

Healthcare system of Kazakhstan is currently going through some structural reforms and increasing funding from the government. For the last 5 years the amount of public expenditures for health increased in absolute numbers by more than 4 times. Per capita health expenditures increased by 3 times. The issue of shared responsibility for health between the Government, employers and individuals is currently being widely discussed.

We pay special attention to the development of PHC. Our country gradually implements all principles of the WHO and UNICEF Alma-Ata Declaration on Primary Health Care, 1978.

In 2013 we will celebrate the 35th anniversary of the Alma-Ata Declaration. Kazakhstan proposes that the conference is held in Almaty in October 2013 under the aegis of the WHO and UNICEF. If WHO Regional Office for Europe adopts a renewed geographically dispersed offices (GDO) strategy for European Region, Kazakhstan would be ready to promote establishment process for the new GDO on PHC in Almaty and launch it right before proposed Conference in October, 2013.

Madam President,

In conclusion let me emphasize that in 21 century the role of Health sector in the global development is increasing and we are sure that we can contribute to sustainable and dynamic development of our countries.

Kazakhstan took active participation in discussion of the Health 2020 policy, and all key directions of the document have been taken into consideration. Country - wide discussion of this document revealed the fact that strategic directions of National health development were complementary with the world trends.

The Government of Kazakhstan hopes for strengthening equal cooperation with World Health Organization and other partners both on regional and global levels; and is intended to increase investments in health and building safer future.

Thank you for your attention! ».

**«Г-жа Председатель! Ваше превосходительство д-р Чен!
Дамы и господа!**

Прежде всего, позвольте выразить признательность за возможность выступить на сессии. Я хотел бы присоединиться ко всем поздравлениям по случаю избрания профессора Н'Дри-Йоман в качестве Председателя 65-й сессии Всемирной Ассамблеи здравоохранения и пожелать ей успешной и плодотворной работы. Я уверен, что под руководством профессора Н'Дри-Йоман Ассамблея успешно реализует поставленные цели и примет все необходимые резолюции.

Г-жа Председатель, позвольте мне присоединиться к поздравлениям единогласного избрания д-ра Чен на второй срок в качестве Генерального директора, Казахстан убежден, что под сильным руководством д-ра Чен, ВОЗ преодолет все трудности и будет рассматривать проблемы, которые стоят перед Мировым здравоохранением и новые тенденции в системе общественного здравоохранения.

Эволюция современного мира порождает особые требования к устойчивому развитию и безопасности любой страны, что основано на здоровье населения.

Таким образом, вопросы общественного здравоохранения и развитие здравоохранения являются приоритетными для Правительства Республики Казахстан.

Казахстан постепенно реализует резолюции, принятые Ассамблеей и Исполнительным комитетом ВОЗ на международных конференциях по вопросам здравоохранения и стремится к достижению Целей тысячелетия в области развития.

В связи с этим, Генеральный директор ВОЗ - д-р Маргарет Чен заслуживает уважение и признательность нашего народа за поддержку совместных усилий по улучшению здоровья населения в Республике Казахстан.

В обращении к народу (январь 2012 года) Глава Государства – Н. А. Назарбаев, поставил конкретные задачи для Правительства Республики Казахстан по улучшению благосостояния и здоровья нации.

Политика Казахстана в области здравоохранения включает в себя систему мероприятий, направленных на поддержку и защиту здоровья населения, особое внимание уделяется уязвимым группам населения. Государственная 5-летняя программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг. имеет 6 основных направлений. Первое, и, возможно, самое главное - направление межсекторального сотрудничества для решения потребностей здоровья населения. Семь министерств (и ведомств) страны подписали соглашение о сотрудничестве в этой сфере. Каждый из которых имеет конкретные цели, средства и показатели по оценке.

Остальные 5 направлений Государственной программы нацелены на расширение доступа к первичной, вторичной и третичной медицинской помощи; для улучшения ее качества и эффективности, внедрения передовых технологий и информационных систем, укрепление потенциала сотрудников здравоохранения, в особенности персонала, оказывающего первичную медико-санитарную помощь.

За последние 5 лет мы наблюдаем стабильное улучшение некоторых демографических показателей, таких как увеличение рождаемости и рост продолжительности жизни. В то же время материнская и младенческая смертность снизилась на 30%. В целях дальнейшего улучшения показателей материнской и младенческой смертности, был установлен постоянный мониторинг, в частности среди групп риска. Меры по раннему выявлению и лечению факторов риска беременности способствовали некоторым положительным результатам.

Хорошо известно, что Казахстан входит в число стран с высоким уровнем заболеваемости туберкулезом (ТБ), в частности МЛУ-ТБ (МРФ ТБ). Стратегии и режимы, предусмотренные в последней национальной стратегии (апрель 2011) основаны на методических рекомендациях, утвержденных ВОЗ.

Национальная программа по борьбе с туберкулезом реализует крупномасштабную контрольную деятельность по борьбе с ТБ и МЛУ-ТБ с технической поддержкой ряда партнеров, включая ВОЗ, где основным внешним финансовым донором в настоящее время является Глобальный фонд. Необходимо отметить, что в настоящее время заболеваемость туберкулезом и смертность постепенно начали снижаться.

Сердечно-сосудистые заболевания находятся в списке приоритетных задач Казахстана. Правительство утвердило "программу развития кардиологии и кардиохирургии". Мы добились устойчивого снижения смертности, вызванной этими заболеваниями. Успех в этой области достигается не только благодаря внедрению новых технологий, открытию новых подразделений и подготовки квалифицированных кадров, но в основном и за счет активной реализации программ по профилактике, в частности на уровне ПМСП, общественных и неправительственных организаций в этой области.

Особое внимание Правительство уделяет и онкологическим заболеваниям. Новая программа направлена на активное участие персонала ПМСП для обеспечения раннего выявления рака, решение проблем, связанных с факторами риска, также внедрение передовых технологий и лечение.

Финансирование

В системе здравоохранения Республики Казахстан в настоящее время происходят некоторые структурные реформы и увеличение финансирования со стороны правительства. За последние 5 лет объем государственных расходов на здравоохранение увеличился в абсолютных числах более чем в 4 раза. Количество расходов на душу населения увеличено в 3 раза. В настоящее время широко обсуждается вопрос о совместной ответственности за здоровье между правительством, работодателями и физическими лицами.

Особое внимание мы обращаем на развитие ПМСП. Наша страна постепенно реализует все принципы ВОЗ, ЮНИСЕФ и Алма-Атинской декларации по первичной медико-санитарной помощи, принятой в 1978 году.

В 2013 году мы будем отмечать 35-летие Алма-Атинской декларации. Казахстан предлагает проведение конференции в г. Алматы в октябре 2013 г. под эгидой ВОЗ и ЮНИСЕФ. Если Региональное бюро ВОЗ в Европе примет стратегию нового географического распределения офисов (ГРО) Европейского региона, Казахстан готов содействовать созданию процесса нового ГРО на ПМСП в г. Алматы и запустить его прямо перед предложенной конференцией в октябре 2013 года.

Г-жа Председатель,

В заключение позвольте мне подчеркнуть, что в 21 веке роль сектора здравоохранения в глобальном развитии возрастает, и мы уверены, что можем внести вклад в устойчивое динамичное развитие нашей страны.

Казахстан принимает активное участие в обсуждении политики здравоохранения 2020 года, и все основные направления этого документа были приняты во внимание. Всенародное обсуждение документа показало, что стратегические направления развития национального здравоохранения с мировыми тенденциями дополняют друг друга.

Правительство Республики Казахстан надеется на укрепление равноправного сотрудничества с Всемирной организацией здравоохранения и другими партнерами на региональном и глобальном уровнях, также планируется увеличение инвестиций в здравоохранение и построение более безопасного будущего.

Спасибо за внимание!».

В рамках данной сессии делегация Казахстана провела ряд двусторонних встреч. Глава делегации М. Кульжанов, в частности, встретился с Министром здравоохранения Литовской Республики Раймондасом Шукис (Raimondas Šukys). Глава здравоохранения Литвы выразил желание посетить Казахстан с целью более детального ознакомления со всеми уровнями системы здравоохранения, от учреждений ПМСП до специализированных клиник. Особый интерес Р. Шукис проявил к казахстанскому Национальному медицинскому холдингу - самому крупному больничному комплексу в Центральной Азии, в состав которого входят: Республиканский научный центр нейрохирургии, Республиканский детский реабилитационный центр, Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи, Национальный научный центр материнства и детства, Республиканский диагностический центр и Медицинский университет Астана. В ходе предполагаемого визита Министр здравоохранения Литвы также планирует обсудить возможность создания в Казахстане литовского учебного Центра по повышению квалификации медицинских кадров.

В ходе встречи казахстанской делегации с Директором Европейского регионального бюро ВОЗ Жужанной Якаб (Zsuzsanna Jakab) М. Кульжанов проинформировал Регионального директора о проведенной в стране работе по укреплению служб ПМСП и о планах организовать в 2013 году конференцию в ознаменование 35-й годовщины Алма-Атинской декларации по первичной медико-санитарной помощи. Ж. Якаб поддержала казахстанскую инициативу, пообещав всемерную поддержку со стороны ВОЗ в проведении юбилейной конференции. Дала высокую оценку деятельности Казахстана в совершенствовании национальной системы здравоохранения.

На заключительном пленарном заседании Ассамблеи Генеральный директор ВОЗ отметила, что государства-члены достигли договоренностей по проблемным вопросам глобального здравоохранения, которые позволят странам иметь лучшие возможности для управления чрезвычайными ситуациями, укрепить национальные системы здравоохранения и усилить борьбу с хроническими заболеваниями.

Перевод с английского А. Султановой

А. К. Каптагаева*Руководитель Центра образования в здравоохранении РЦРЗ МЗ РК***Ж. А. Есенгельдинова***Ведущий специалист отдела обеспечения учебного процесса ЦОЗ РЦРЗ МЗ РК***К. К. Айдарханова***Начальник отдела обеспечения учебного процесса ЦОЗ РЦРЗ МЗ РК***Н. С. Мустафаева***Главный специалист отдела обеспечения учебного процесса ЦОЗ РЦРЗ МЗ РК***А. А. Кайсаева***Специалист отдела методологии образовательных программ ЦОЗ РЦРЗ МЗ РК*

СОСТОЯНИЕ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ КАДРОВЫМИ РЕСУРСАМИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ЗА 2005-2011 ГГ.

В настоящее время реформирование здравоохранения во многом определяется уровнем его ресурсного обеспечения, которое оказывает воздействие на все стороны медицинской помощи: объем, качество, ее стоимость и, как следствие, удовлетворенность пациентов уровнем медицинского обслуживания. При этом под ресурсами медицинской организации понимается обеспеченность кадрами, материально-техническим оснащением и финансами.

Отечественная и международная практика свидетельствует о том, что при проведении разнообразных воздействий по совершенствованию и укреплению системы здравоохранения, наиболее результативными являются меры по оптимизации использования подготовленных кадров. Как самый весомый из всех видов ресурсов, человеческий потенциал, необходимый для развития системы здравоохранения, должен соответствовать своему предназначению. Даже при идеальной ситуации в будущем, где, в адекватной потребностям мере, будут присутствовать финансовые средства и инфраструктура, но не будет соответствующих кадров, система здравоохранения работать не сможет [1].

Придание большого значения управлению кадрами обусловлено большим удельным весом затрат из бюджета здравоохранения на профессиональную подготовку и на оплату труда персонала, которые даже в развитых странах составляют до 50% общих

ассигнований службы здравоохранения, а в слаборазвитых этот показатель достигает 80%. Поэтому чрезвычайно важным моментом в управлении здравоохранением является научное обоснование кадровой политики, направленное на достижение соответствия потребностей населения во врачебных кадрах различных специальностей и равномерности их распределения по регионам страны [2].

Таким образом, неперенным условием совершенствования распределения и практического применения кадровых сил и возможностей является процессный подход к их изучению, мониторинг показателей обеспечения системы трудовыми ресурсами. Кадровая политика занимает особое место в отраслевых программных документах. Основная ее цель состоит в обеспечении сбалансированного развития и поддержания необходимого уровня эффективности здравоохранения в целом.

В рамках проекта Концепции развития кадровых ресурсов здравоохранения на 2012-2020 годы МЗ РК одной из важных составляющих укрепления систем здравоохранения является стратегия развития кадровых ресурсов [3]. В новых условиях кадровая политика должна быть направлена на разработку и внедрение эффективных методов и инструментов для ее реализации. Программа модернизации здравоохранения, напрямую связана с участием медицинских кадров и актуальное значение приобретает углубленный, на основе данных последних

лет, анализ региональной и субъектовой обеспеченности кадровым персоналом, его способности к выполнению поставленных задач [4,5].

В 2012 году в рамках 001 программы Центром образования в здравоохранении Республиканского центра развития здравоохранения была начата исследовательская работа, посвященная мониторингу эффективности и совершенствованию кадровой политики в системе здравоохранения Республики Казахстан.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ состояние медицинских кадров оценивается по следующим аспектам:

- финансирование;
- образование;
- управление;
- разработка политики.

Критерии характеристики человеческих ресурсов ВОЗ следующие:

- численность;
- тип;
- распределение;
- показатели деятельности;
- миграция;
- привлекательность профессии;
- мотивация работников.

Мониторинг медицинских кадров в Республике Казахстан проводится постоянно для прояснения ситуации и состояния системы здравоохранения в стране.

Для мониторинга и отчета кадров в Республике Казахстан на уровне Министерства здравоохранения ведется учет медицинских кадров на региональном и на республиканском уровнях в АСУ «Кадры», разработанной АО «Мединформ». Дополнительно по медицинским кадрам ведутся учетно-отчетные формы (УОФ) МЗ РК, которые сдаются ежегодно в территориальный Департамент здравоохранения. По итогам года информация по всем регионам аккумулируется и составляется статистический сборник, в котором содержатся данные о медицинских кадрах. Информация по медицинским кадрам имеется и в одной из шести систем ЕИСЗ - Системе управления ресурсами (СУР).

Для проведения анализа обеспеченности кадровыми ресурсами организаций в системе здравоохранения за 2005-2011гг. нами были исследованы системы учета медицинских кадров АСУ «Кадры», УОФ МЗ №17, №30 и СУР.

Исследовательской группой Центра образования в здравоохранении РЦРЗ был проведен на первом этапе анализ обеспеченности кадровыми ресурсами организаций в системе здравоохранения за 2005-2011гг. по АСУ «Кадры».

Ведомственные программные комплексы «АСУ-Кадры» предназначены для автоматизации анализа и учета врачебных, средних медицинских работников (СМР),

научных кадров здравоохранения Казахстана. Программный комплекс предназначен для поддержания базы данных на региональном и республиканском уровне и получения различных выходных форм на основе этих данных. В данной подсистеме реализованы две отдельные программы АСУ «Кадры» и АСУ «СМР». В целом они идентичны, различие состоит только в наборе заносимой информации по врачам и СМР. Программы работают в среде Windows-95 и выше и написаны в инструментальной среде VisualFoxPro 5.0.

Созданные базы данных позволяют получать информацию о списочном и количественном анализе состава государственных и частных медицинских организаций, для решения вопросов подготовки и переподготовки кадров, контроля обеспеченности кадрами в том или ином регионе.

Имеющиеся отчеты по персоналу:

- список работников;
- качественный анализ состава врачей (по численности, стажу, специальности, возрасту и полу);
- планирование аттестации на определение уровня знаний, получение и подтверждение категорий, повышение квалификации;
- сводные сведения о молодых специалистах, их прибытии в места распределения;-сведения о движении врачебных кадров;
- причины увольнения врачебных кадров;
- сведения о национальном составе врачей и руководящих кадров в разрезе областей;
- список лиц имеющих почетные звания и награды врачей Республики Казахстан;
- количество научных кадров.

Результаты, проведенного анализа кадровых ресурсов по АСУ «Кадры», численность врачей системы здравоохранения Республики Казахстан в 2011 году составила 56 600 человек, тогда как в 2005 году их количество было 42 972, что на 24% меньше чем в 2011 году.

Увеличение численности кадров здравоохранения зависит от многих факторов: политических, экономических, демографических и прочих. Основные факторы, повлиявшие на изменение кадрового потенциала:

- экономический рост и развитие процессов демократизации, политика правительства РК была направлена на обеспечение доступности и всеобщего охвата населения медицинской помощью;
- важным фактором в росте обеспеченности врачами системы здравоохранения является финансирование, которое с каждым годом увеличивалось. Расходы на финансирование здравоохранения в сравнении с 2005 годом (144,1 млрд. тенге) выросли более чем в 4,5 раза и составили в 2011 году 640 млрд. тенге;
- изменилось и количество демографических показателей, если в 2005 году численность населения составляла 15 219 291 человек, то

в 2010 году составила 16 441 959;
 • с целью обеспеченности всеобщего охвата населения медицинским обслуживанием, ежегодно увеличивалось количество выпускников медицинских вузов, что сыграло свою роль в увеличении кадров здравоохранения.

Сравнительная ситуацию по областям,

республике и городам Алматы и Астане выявлено, что в период с 2005 по 2011 годы в г. Алматы, Южно-Казахстанской и Карагандинской областях наблюдается рост числа врачей. Территориальный дисбаланс распределения врачей, характерен для всего анализируемого периода из-за миграционных процессов (рисунок 1).

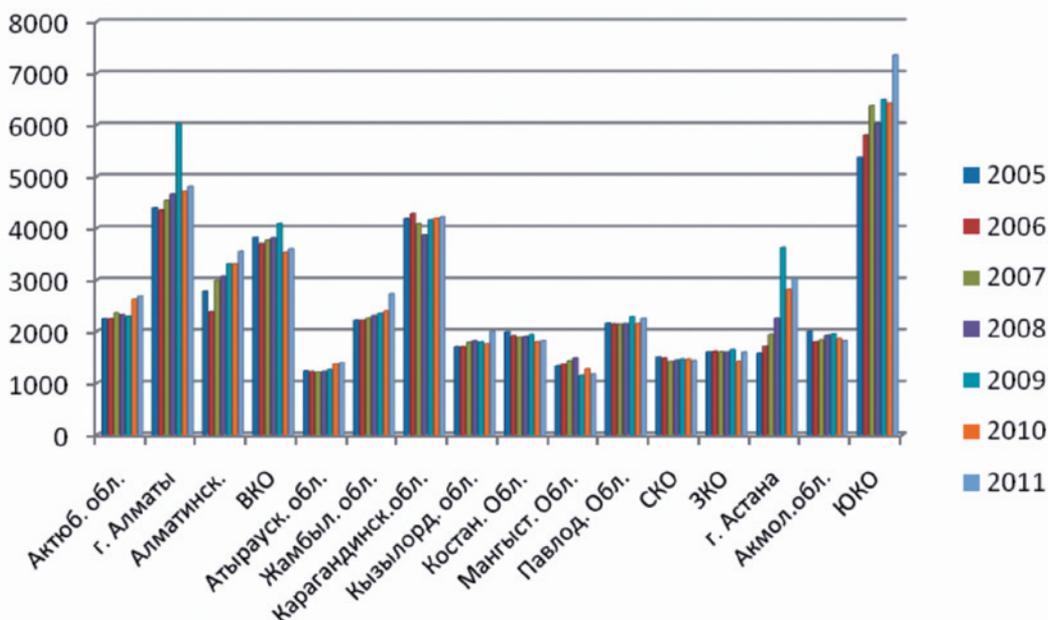


Рисунок 1 - Общая численность врачей (PK)

Анализ соотношения кадров между городом и селом показал следующие результаты: на селе показатель численности кадров здравоохранения значительно ниже, чем в городах. Сельское здравоохранение в республике представлено 10 299 врачами. В городе их численность в 4 раза больше.

Но при сравнении численности врачей в селе с 2005 года по 2011 год наблюдается тенденция к росту. В 2005 году в сельской местности численность врачей здравоохранения составила 7 130 человек, а к 2011 году увеличилась до 10 299, на 44,4% (рисунок 2).

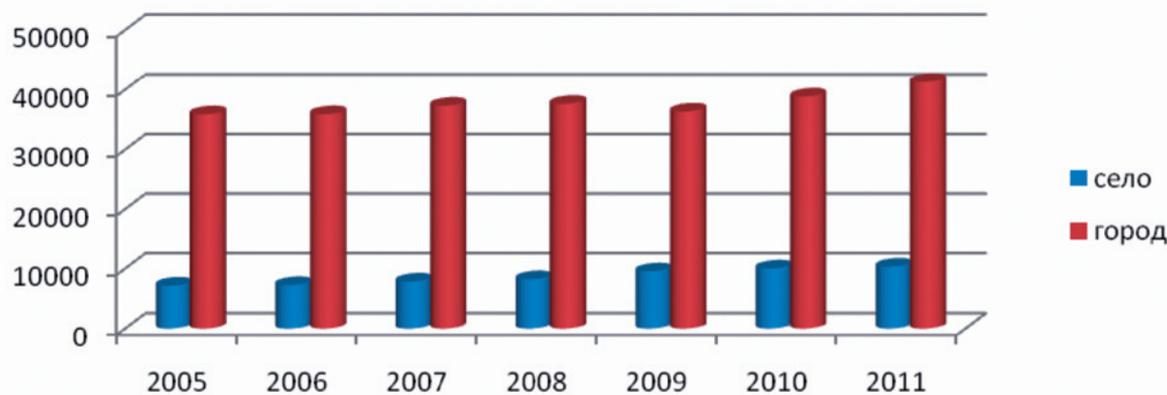


Рисунок 2 - Сравнительная характеристика соотношения численности врачей в городе и на селе

Актуальной проблемой остается недостаточный уровень повышения квалификации. Высокий процент врачей, более пяти лет не прошедших курсы повышения квалификации, в 2011 г.: в Кызылординской области он составляет - 17,48% от общего числа врачебных кадров, в г. Алматы -

17,13%, Алматинской области -15,96%, в г. Астана -12,40%, в Западно-Казахстанской области -12,35%, в Актюбинской области -12,11%. Более благополучны по этому показателю: Павлодарская область, где этот показатель равен - 5,54% и СКО -1,14% (рисунок 3).

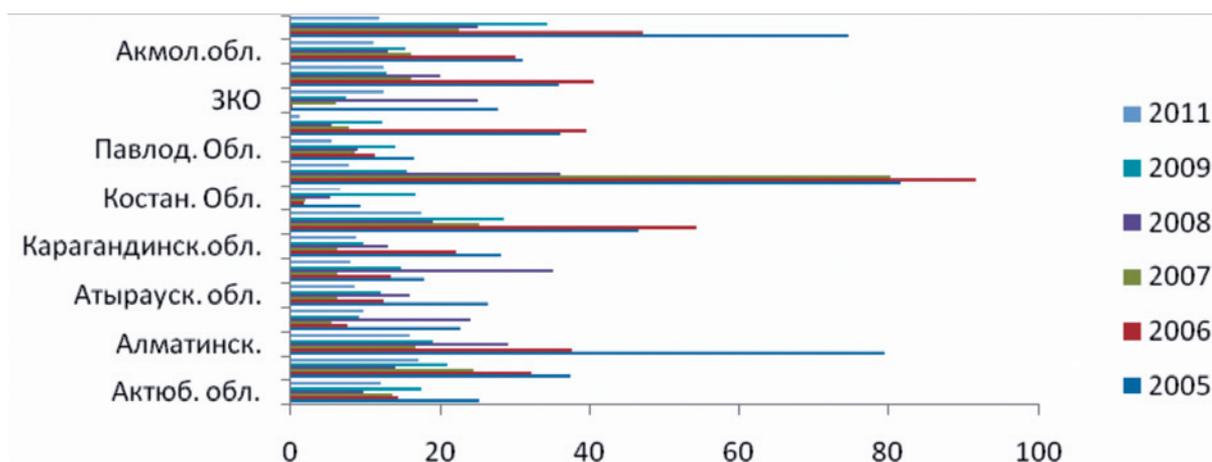


Рисунок 3 - Количество врачей, не проходивших курсы повышения квалификации более 5 лет

Анализ кадровых ресурсов здравоохранения по Республике показал, что в последние годы отмечается тенденция к увеличению численности врачей, имеющих квалификационную категорию. Если в 2005 году численность врачей, имеющих квалификационную категорию, составляла 17 156 человек, то в 2011 году эта цифра возросла до 24 134. В разрезе категорированности численность врачей с первой категорией преобладает над количеством врачей с высшей категорией.

Самая малочисленная группа - врачи со второй квалификационной категорией. В 2005 году количество врачей, имеющих высшую категорию, в Казахстане составляло 5 743 человека, вторую - 4 213, первую - 7 200, а к 2011 году этот показатель изменился следующим образом: высшую - 8 021, вторую - 3 610, первую - 12 503 человека.

На рисунке 4 представлены данные по категорированности врачей в разрезе регионов.

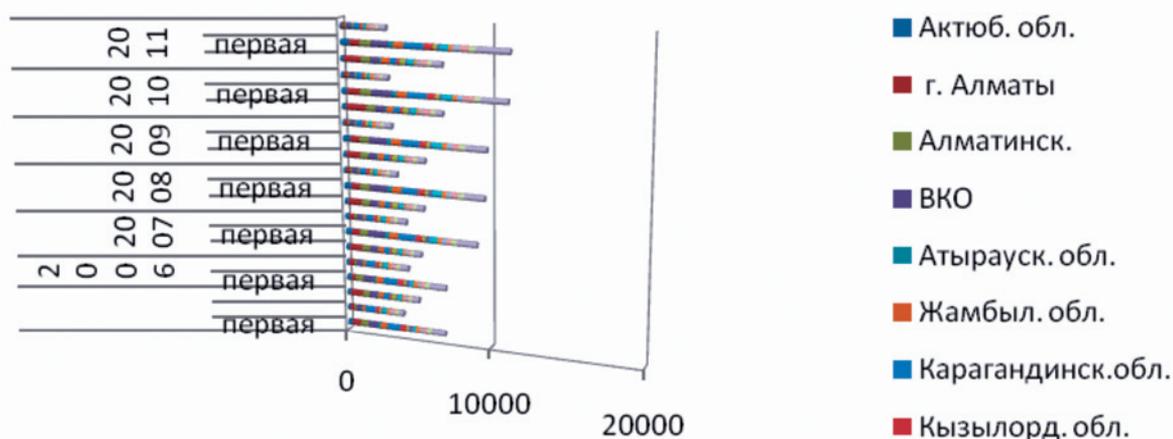


Рисунок 4 - Количество врачей, имеющих квалификационную категорию (регион)

Анализ основных врачебных специальностей по категориям за 2011 год показал, что самой многочисленной профессиональной группой врачей с высшей категорией являются инфекционисты - 23,78 %, организаторы здравоохранения - 22,3%, самый низкий процент специалистов с высшей категорией составляют стоматологи - 4%; со второй категорией многочисленными являются санитарные врачи - 11,2%, врачи скорой помощи - 10,6%; самый большой процент специалистов с первой категорией составляют - дерматовенерологи - 35,89%, фтизиатры - 34,8%, офтальмологи - 32,15%. Среди специалистов не имеющих категорию на первом месте отмечены

стоматологи - 82,9%, на втором терапевты - 60,1%, далее эпидемиологи - 57,35%, хирурги - 56%, педиатры - 54%. Анализ по сведениям о прохождении аттестации показал, что высок процент врачей, не аттестованных более 5 лет, в Кызылординской области (17,48 %), в г. Алматы (17,13%) и Алматинской области (15,96%).

Сравнение основных врачебных специальностей с периода 2005 года по 2011 год показало, что самой многочисленной является профессиональная группа врачей терапевтического профиля 8 002 человек, педиатров - 5 225 и акушер гинекологов - 422 (рисунок 5).

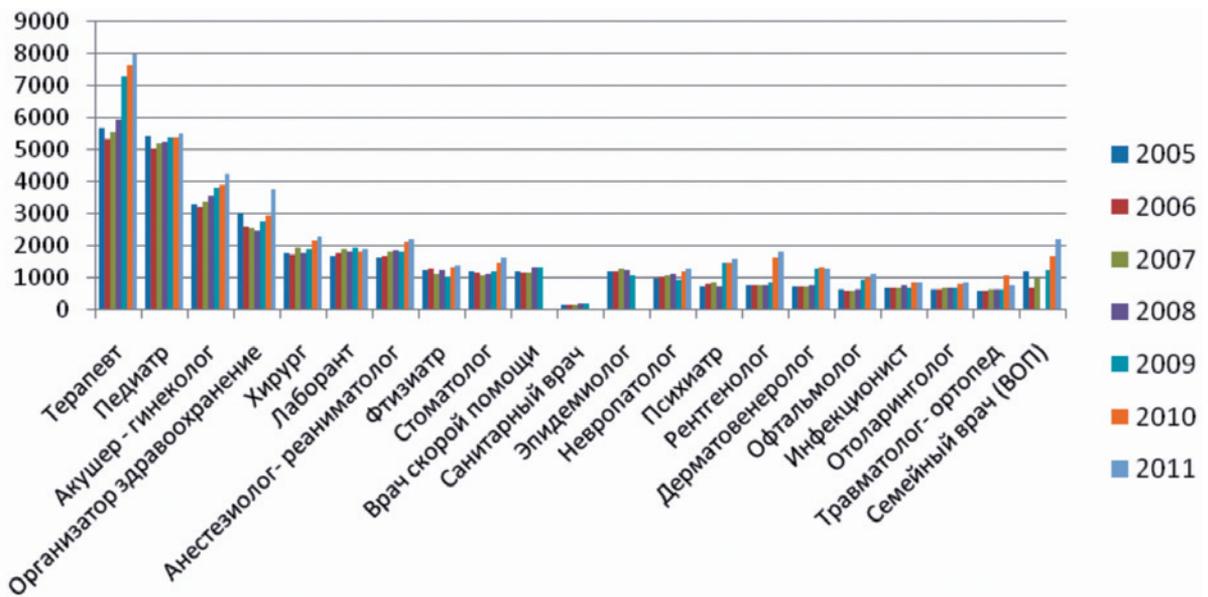


Рисунок 5 - Количество врачей в разрезе основных специальностей

Особую обеспокоенность вызывает возрастная состав кадров здравоохранения. С 2005 года по 2011 год количество врачей, старше 56 лет увеличилось. Если в 2005 году их было 3 397, то в 2011 году эта цифра составила 4 501. Число работающих врачей пенсионеров в здравоохранении Республики Казахстан

с 3 921 человека в 2005 году возросло до 6 408 человек к 2011 году, это на 74 % больше чем в 2005 году. Самый большой показатель работающих пенсионеров в Карагандинской области 691 человек, в г. Алматы 646 человек и Восточно-Казахстанской области 503 человека (рисунок 6).

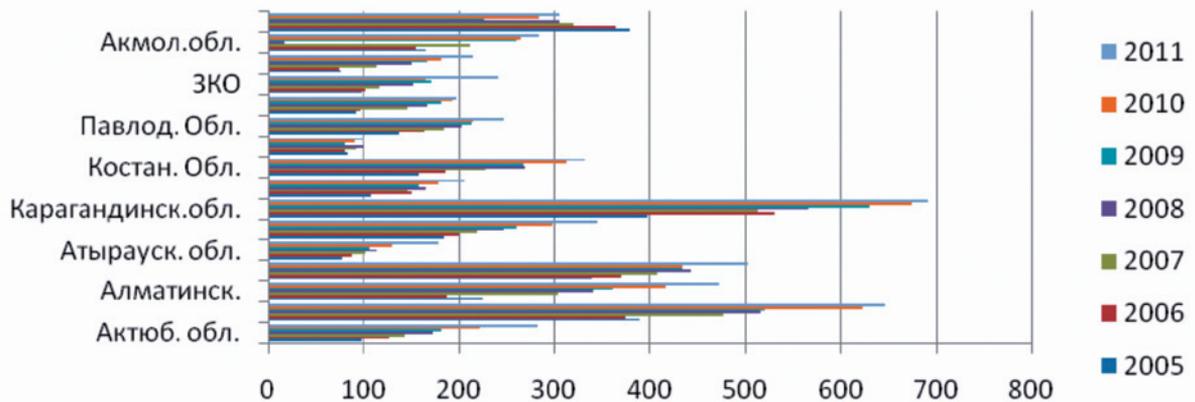


Рисунок 6 - Работавшие пенсионеры (регион)

Доля врачей в возрасте от 25 лет до 30 лет, является показателем привлекательности профессии. За исследуемый период выявлено, что отношение общего числа

молодых специалистов с 2005 года 2 287 к 2011 году составило 4 901 человек, их численность увеличилась на 30% (рисунок 7).

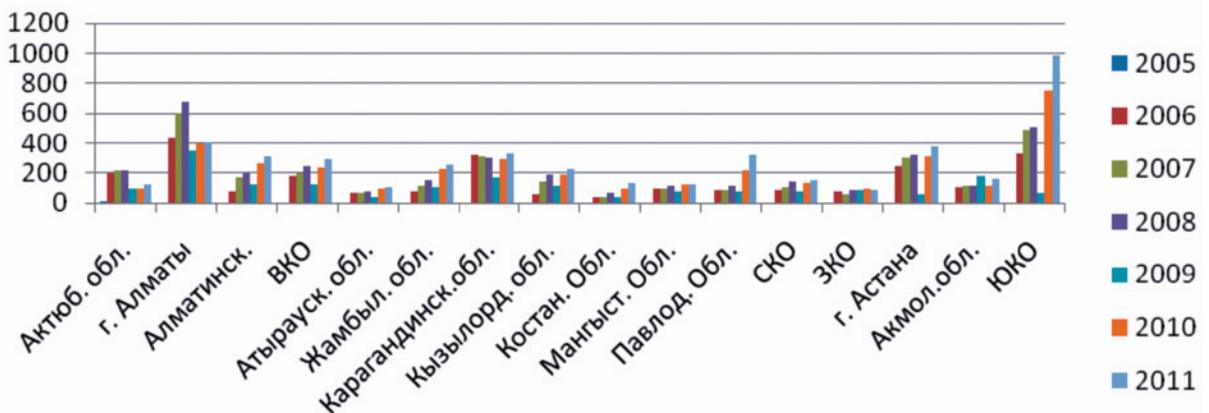


Рисунок 7 - Сводные сведения о молодых специалистах в разрезе областей

Научные кадры Республики Казахстан в 2005 году состояли из 4 418 сотрудников, а в 2011 году эта цифра достигла 5 020. Выявлена тенденция уменьшения кандидатов медицинских наук за период с 2005 по 2011гг., что является закономерным, так как в результате проведенных реформ в сфере образования, наша страна перешла на трехуровневую систему подготовки кадров: бакалавры, магистры, PhD. В связи с чем были закрыты советы по защите кандидатских диссертаций. Анализ состава врачебных кадров показал, что из 56 600 человек ученую степень имеют 3 228, что составляет 5,7% от общего числа.

Проведенный нами анализ, показал, что по Республике во всех областях в период с

2005 года по 2011 год количество среднего медицинского персонала также возросло. Так, в Республике Казахстан на конец 2011 года количество СМР составляло 135 281 человек, за период с 2006 по 2011 год увеличение произошло на 18%. Наибольший показатель количества среднего медицинского персонала зарегистрирован в Южно-Казахстанской области - 19 824 человек, в Восточно-Казахстанской области – 11 759 и Карагандинской области - 10 941; наименьшие показатели отмечены в г. Астана - 4 787 человек, в Атырауской области - 4 043 и Мангыстауской области - 3 822.

На рисунке 8 представлена динамика роста состава специалистов со средним медицинским образованием в разрезе регионов.

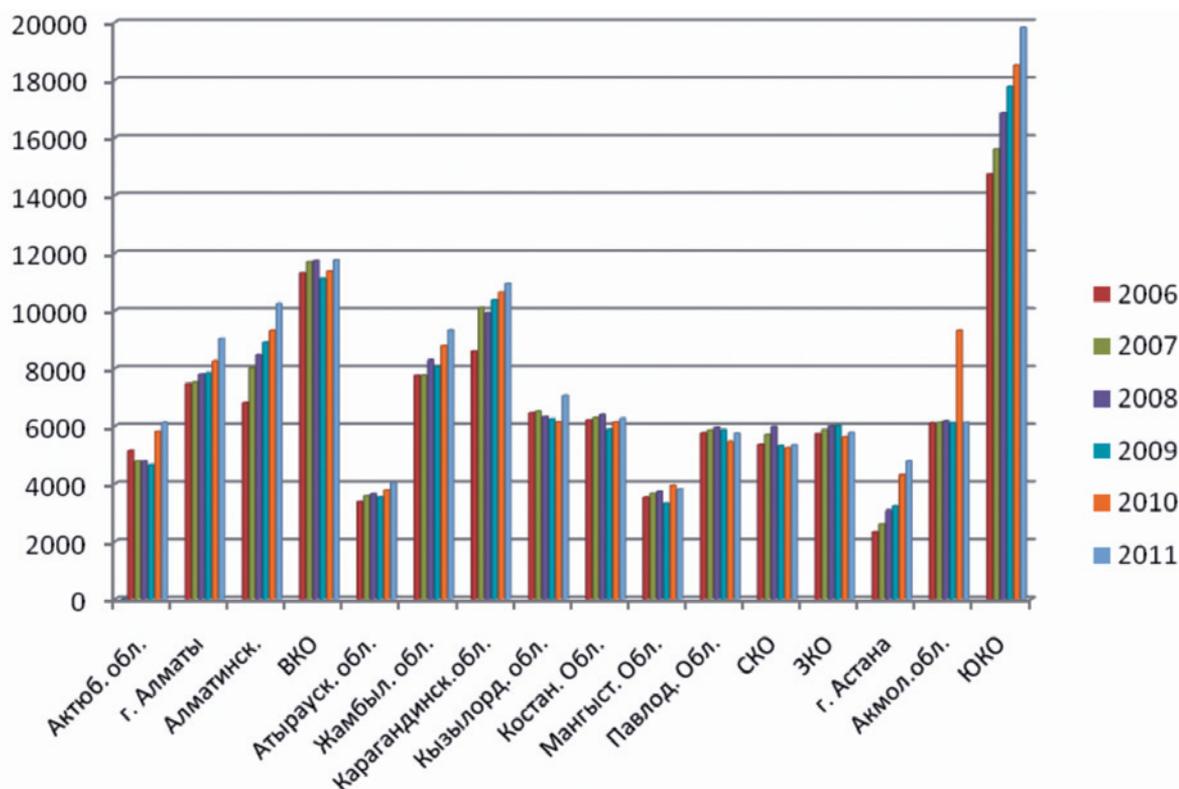


Рисунок 8 - Кадровый состав специалистов со средним медицинским образованием в разрезе регионов

В последние годы отмечается тенденция к повышению уровня квалификации среднего медицинского персонала. Количество медицинских работников со средним образованием, имеющих квалификационные

категории увеличилось с 2005 года к 2011 году на 9 %.

На рисунке 9 показана динамика численности СМР, имеющих квалификационную категорию в разрезе регионов.

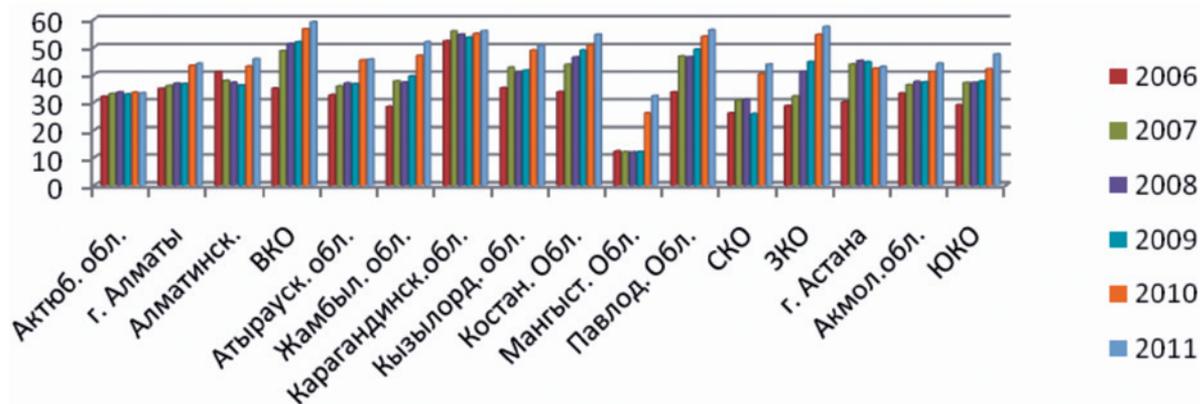


Рисунок 9 - Численность СМР, имеющих квалификационную категорию в разрезе регионов

Таким образом, проведенный анализ состояния кадрового обеспечения в масштабе страны и отдельных регионов по АСУ «Кадры», показал, что в целом по стране увеличилась численность врачей системы здравоохранения на 24%. Положительная динамика прироста медицинских кадров наблюдается не только в городских учреждениях здравоохранения, но и в сельских. При этом отмечается территориальный дисбаланс обеспеченности врачебными кадрами внутри страны. Наибольшее количество врачей наблюдается в Южно-Казахстанской области (12,97%), в г. Алматы (8,49%) и Карагандинской области (7,45%). Самый низкий показатель обеспеченности врачами наблюдается в Мангыстауской (2,07%) и Атырауской областях (2,45%).

За исследуемый период увеличился удельный вес врачей, имеющих квалификационную категорию. В 2005 году их было 18 207 (42,36%). В 2011 году, данный показатель увеличился на 2,35% и составил 25 308 (44,71%), со значительным преобладанием в городских учреждениях здравоохранения. Сравнительно высокие показатели отмечаются в Южно-Казахстанской, Восточно-Казахстанской и Алматинской областях, в то время как в Мангыстауской и Атырауской областях эти показатели были ниже.

Увеличился приток молодых специалистов в государственную систему здравоохранения: в 2005 году этот показатель составлял 2 287 человек, а к 2011 году составил 4 901, с увеличением на 53%.

Количество специалистов со средним медицинским образованием за анализируемый период возросло на 18,38% и составило в 2011 году 135 281 человек.

Основные причины увольнения врачебных кадров по убыванию следующие: переход в другие учреждения, семейные обстоятельства, выезд за пределы (Республики, области, района, города), переход на пенсию по старости, переход в другие ведомства, переход в коммерческие структуры, смертность, желание сменить профиля работы, желание заниматься научной работой, низкая заработная плата, сокращение штатов, переход на пенсию по

инвалидности, отсутствие жилья, нежелание работать в сельской местности.

В настоящий момент наиболее подробная информация, необходимая для всестороннего анализа по медицинским кадрам содержится в АСУ «Кадры». Определяя показатели обеспеченности населения медицинскими кадрами, мы оцениваем имеющиеся возможности для оказания медицинской помощи. Количественные показатели потребления медицинских услуг при дополнении и сравнении их с данными об эффективности служб могут вскрыть недостатки и, наоборот, чрезмерное потребление медицинской помощи, когда в этом нет необходимости.

Таким образом, повышенное внимание к рациональному использованию медицинских кадров позволяет обеспечить относительное сокращение расходов на здравоохранение и эффективное управление кадровыми ресурсами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Н. В. Данилова. Анализ состояния медицинских кадров на этапе обновления региональных систем здравоохранения. ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрав соцразвития России, Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения» Москва 2012 г.
2. Е. Б. Смолькин «Оптимизация мониторинга врачебных кадров и трудоустройства выпускников медицинского Вуза на региональном уровне с использованием компьютерных технологий». Автореферат на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию. Воронеж 2008 год.
3. Проект Концепции развития кадровых ресурсов здравоохранения на 2012-2020 годы МЗ РК.
4. Андреева И. Л. Стратегические направления кадровой политики в условиях модернизации системы здравоохранения // Социальные аспекты здоровья населения

[Электронный научный журнал]. 2010. Том 13. № 1. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/165/30/lang,ru/> (Дата обращения: 05.06.2011).

5. Гайдаров Г. М., Ленский А. А.

Опыт работы Иркутского отделения Российского общества организаторов здравоохранения в развитии кадровых ресурсов региона // Менеджер здравоохранения. 2008. №3. С.26-30.

ТҮЙІНДЕМЕ

2005-2011 жылдардағы Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесіндегі медициналық ұйымдардың кадрлық ресурстармен қамтамасыз етілу жағдайы

Мақалада Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесінде медициналық ұйымдардың кадрлық ресурстармен қамтамасыз етілуінің жай-күйін "Кадрлар" БАЖ ақпараттық бағдарламасының 2005-2011 жылдардағы деректеріне сәйкес жариялаған. Өткізілген талдау негізінен ел бойынша денсаулық сақтау жүйесі дәрігерлерінің саны көбейгенін көрсетті. Денсаулық сақтаудың қалалық мекемелерінде ғана емес, ауылдардағы дәрігерлік кадрлардың өсуінің де оң динамикасы байқалады. Ел ішіндегі дәрігерлік кадрлармен қамтамасыз етудің аймақтық дисбалансы, білікті дәрігерлердің және орта білімді медицина мамандарының үлес салмағының артқандығы атап өтілген.

SUMMARY

The state provision of human resources for health care organizations in the health system of the Republic of Kazakhstan

The article contains data analysis of the availability of human resources for health care organizations in the health system of the Republic of Kazakhstan for 2005 to 2011. According to a news program (Automated control system) ACS "Personnel". Analysis showed that in the whole country has increased the number of physicians of health system. Positive growth trend of medical personnel observed not only in urban health facilities, but also in rural areas. There is a territorial imbalances supply medical staff within the country, increased the proportion of qualifying physicians and specialists with secondary medical education.

А. Ж. Азербаета

Начальник отдела исследований в области менеджмента Центра менеджмента здравоохранения РЦРЗ МЗ РК

А. М. Умаров

Ведущий специалист отдела прикладных экономических исследований Центра экономических исследований РЦРЗ МЗ РК

РОЛЬ НАБЛЮДАТЕЛЬНЫХ СОВЕТОВ В УПРАВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Развитие экономического оборота в сфере здравоохранения РК ставит необходимость реализации процедур, повышающих надежность управления и контроля в медицинских организациях на первый план. Особенно это актуально в условиях развития автономии поставщиков медицинских услуг и их деятельности в условиях конкуренции. Учитывая специфику отрасли, от которой зависит социально-политическое благополучие страны, в организациях здравоохранения производственная деятельность осуществляется непрерывно, соответственно, управление ею должно быть надежным и квалифицированным. В таких условиях важнейшую роль играет структура органов управления организации, где центральным звеном является орган, по своим функциям схожий с советом директоров акционерного общества.

Именно от деятельности совета директоров во многом зависит нахождение необходимого баланса между эффективностью развития организации и защитой прав лиц, инвестировавших материальные ресурсы в его деятельность, а также других заинтересованных сторон.

В рамках Государственной Программы развития здравоохранения Республики Казахстан реализуется внедрение наблюдательных советов в управление медицинскими организациями, что является первым шагом к широкому внедрению корпоративных принципов управления сфере здравоохранения Казахстана.

Одним из принципов корпоративного управления является отделение функции управления от функции контроля за управлением. При этом следует уточнить, что речь идет о контроле как не этапе управления, а о функции контроля над лицами, принимающими управленческие решения, с целью предотвращения злоупотреблений и неквалифицированного

управления. Несмотря на то, что само понятие наблюдательный совет несет в себе значение как органа контролирующего, более того данный термин употребляется при описании контрольных органов управления зарубежных моделей корпоративного управления. В Казахском законодательстве он выражает по сути функционал, заложенный в понятие – совет директоров. Возможно, стереотипное мышление и некоторая неосведомленность в терминологии является основой негативного отношения ряда руководителей к этому новшеству, так как внедрение наблюдательных советов воспринимается как внедрение дополнительного контролирующего органа над организацией здравоохранения, получившей совсем недавно небольшую степень автономии.

Международный опыт реализации корпоративного управления

Различия подходов по решению задачи разделения функции управления от функции контроля стало одним из оснований возникновения, так называемых, «систем корпоративного управления».

Выделяются две основные модели корпоративного управления: аутсайдерская и инсайдерская. Аутсайдерская модель преобладает в тех странах (США, Великобритания), где финансирование компаний преимущественно осуществляется не через банковские кредиты, а через фондовый рынок. Акции распределяются между группами институциональных инвесторов (взаимных пенсионных фондов, страховых компаний и т.д.). При инсайдерской модели контроль над компанией сосредоточен у определенной группы лиц, тесно с ней связанных. Роль мелких акционеров в управлении практически сведена к нулю, а их финансовые интересы, как правило, игнорируются.

Каждой из моделей корпоративного управления соответствуют либо двойные

(двухпалатные), либо единые (унитарные) советы директоров.

Традиционно, когда речь идет об унитарных советах директоров, то указываются, прежде всего, такие страны, как США и Великобритания, а при упоминании двухуровневых советов – Германия.

Одноуровневая модель совета директоров в Великобритании вверяет как контроль, так и управление в руки совета директоров, который наделен всеобъемлющими полномочиями. В более крупных компаниях управленческие полномочия могут передаваться группе директоров (комиссиям) или лицам более низкого уровня, чем совет директоров.

Директора определяют структуру текущего управления компанией. Они вправе создавать любые комитеты, включающие одного или нескольких директоров. В состав совета входят директора, занимающие должности менеджеров (называемые исполнительными директорами), а также директора, не занимающие никаких исполнительных должностей (называемые неисполнительными директорами).

Основные черты американского корпоративного управления заимствованы из английской традиции. Вместе с тем, широкое распространение корпоративной формы для организации предпринимательской деятельности было самостоятельным процессом, развивающимся по правилам, свойственным лишь США, так как предпринимательские корпорации появились лишь в начале XIX века, то есть уже после обретения США независимости.

В связи с этим, взгляды на положение совета директоров в США не связаны исключительно с английской моделью и зависят от многих факторов, происходящих внутри страны. В частности, в последнее время в литературе появляются мнения о необходимости ограничения полномочий совета директоров.

На европейском континенте система унитарных советов используется, например, в Швейцарии и Швеции, а в Азиатском регионе – в Сингапуре и Японии.

Швейцарский обязательственный закон от **30 марта 1911 г.**, дополняющий Швейцарский гражданский кодекс, определяет, что по всем вопросам, которые не отнесены к компетенции общего собрания акционеров законом или уставом, решения принимает административный совет. Он управляет делами общества в той мере, в какой он не делегировал управление. К исключительной компетенции административного совета относятся высшее руководство и установление необходимых предписаний; определение организационной структуры; определение принципов бухгалтерского учета и финансового контроля; назначение и отзыв лиц, уполномоченных для управления и представительства, а также осуществление высшего надзора за ними,

иные полномочия.

В **Швеции** действует система унитарных советов, но в отличие от англо-американского варианта, здесь законодательно закреплено участие представителей «низшего» уровня служащих компании, в то время как участие менеджмента сведено к включению в совет директоров президента компании.

Закон о компаниях **Сингапура** требует от каждой компании наличия совета директоров. Законодательство не предусматривает наличия наблюдательного совета или комиссии, которые принимают на себя функцию контроля за директорами. Контроль за советом директоров по существу остается за акционерами и, в некоторой степени, за регулируемыми органами, кредиторами и иными заинтересованными лицами. То, что установлено Законом, – это формальная юридическая модель, предусматривающая наличие совета директоров, вовлеченного в ежедневное управление делами компании и коллективное принятие решений. На практике же советы крупных публичных компаний, чьи акции котируются на бирже, выполняют скорее контрольные, чем управленческие функции, определяя политику компании в целом.

Главные обязанности совета директоров состоят в определении и обеспечении выполнения общей политики в соответствии с целями, закрепленными в меморандуме компании и учредительных документах. Совет также отвечает за назначение ключевых исполнительных должностных лиц, предполагается, что он наблюдает за данными лицами и проверяет их деятельность и размер их вознаграждения.

Большим своеобразием отличается модель корпоративного управления в **Японии**. В условиях, характеризующихся наличием пожизненного найма, перекрестного участия в советах директоров и большой концентрацией акционерного капитала в руках банков, в практике сложилась так называемая система кейретцу, для которой типично отсутствие прямого влияния на управление корпорацией со стороны ее акционеров и, напротив, неискоренимость модели, при которой функционирование корпорации определяется особым сообществом менеджеров, тесно связанных с работниками. При этом для того, чтобы дослужиться до уровня менеджера, работник должен доказать преданность корпорации, отработав 8-10 лет в должности мелкого клерка, лишь затем, возможно, он начнет движение по карьерной лестнице. Менеджер в свою очередь может добиться карьерного роста лишь при условии пожизненного служения одной корпорации.

Важной особенностью совета директоров японского акционерного общества является то, что он состоит почти полностью из исполнительных директоров, руководителей крупных отделов компании. В Японии

традиционно отставные чиновники министерств назначаются в состав совета директоров корпорации (речь идет о традиции - «амакудари» - переход вышедших в отставку правительственных чиновников в государственные корпорации, банки и правления директоров частных компаний, что обеспечивает этим организациям гарантию того, что их интересы будут учтены при формировании государственной политики).

Двухуровневую модель совета директоров ассоциируют, прежде всего, с устройством германских акционерных обществ, хотя во многом элементы этой модели используются в Австрии, Нидерландах, некоторых Скандинавских странах, а также в европейских странах с переходной экономикой.

Законодательство Германии не предусматривает наличие органа с названием «совет директоров», но при этом немецкую модель построения совета директоров рассматривают как двухуровневую, включая сюда как правление, так и наблюдательный совет.

Схематично структуру взаимодействия правления и наблюдательного совета можно определить следующим образом. Правление управляет обществом под собственную ответственность и представляет его в судебных и несудебных делах. Полномочия правления на представительство во внешних отношениях не ограничены и не могут быть ограничены. Наблюдательный совет среди прочих своих задач назначает и отзывает правление, осуществляет регулярные проверки исполнения правлением его функций. В особую обязанность правления входит отчет о его деятельности перед наблюдательным советом, в то время как наблюдательный совет наделен правом на получение информации и правом на проверку деятельности правления. Наблюдательный совет оказывает содействие в проверке годового баланса. Количественный состав наблюдательного совета колеблется между тремя и двадцатью членами - в зависимости от размеров общества.

За последнее время модель совета директоров акционерных обществ в **Италии** существенным образом сблизилась с германской моделью. Сводный итальянский закон о финансовом посредничестве 1998 года ввел особые правила для компаний, чьи акции включены в листинг. Согласно традиционной структуре компанией управляет административный совет (consigliod'amministrazione). Второй обязательный орган - аудиторский совет (collegiosindacale) - является органом внутреннего аудита. Нововведение заключается в расширении задач аудиторского совета до контроля за соблюдением законов и уставных документов, касающихся организационной структуры компании, а также системы отчетности в компании. Расширение

контрольных функций сближает аудиторский совет с германским наблюдательным советом. Тем не менее, контрольные обязанности не включают определение бизнес стратегии и, таким образом, не наделяют совет серьезными совещательными функциями.

И если унитарную модель образно можно обозначить фразой «управляй и отвечай за результат», то к двухуровневой более подходит формула «управляй под наблюдением».

Российская система корпоративного управления по форме больше похожа на германскую модель двухуровневого совета, где в совет директоров включены два органа: управленческий (правление) и контрольный (наблюдательный совет). Но совершенно очевидно, что структуру двухуровневого совета в чистом виде нельзя соотнести с современной российской моделью. Во-первых, потому что совет директоров (наблюдательный совет) обладает скорее управленческими функциями, чем контрольными, а во-вторых, потому что если рассматривать российскую модель в качестве двухуровневой, то совершенно непонятно, как взаимодействуют друг с другом совет директоров (наблюдательный совет) и коллегиальный исполнительный орган (правление).

В структуре органов управления должно быть четкое разделение управленческих и контрольных функций. В связи с этим возникла необходимость подробно регламентировать компетенцию и деятельность органов корпоративного управления.

Вывод таков, что по опыту многих стран возникает необходимость включения контролирующего корпоративного органа в организациях с распыленностью акционерного капитала, наличием множества заинтересованных лиц в деятельности компании, сложности и недостаточной эффективности контроля за исполнительными органами со стороны инвесторов. Логично, что в такой ситуации появляется орган, который наделяется определенными контрольными полномочиями и следит от имени заинтересованных лиц за управлением организации.

Текущая ситуация нормативно-правового обеспечения деятельности наблюдательных советов в Казахстане:

Наблюдательный совет – нашим нормативно-правовым документам это коллегиальный орган управления, решения которого обязательны для исполнения руководителем государственного предприятия, однако это орган не контролирующий, которым обозначено это понятие в двухуровневой модели совета директоров, а орган, определяющий стратегическое развитие.

Постановлением Правительства РК от 27 июля 2011 года №712 «Об утверждении критериев, предъявляемых к государственным предприятиям на праве хозяйственного

ведения, в которых создаются наблюдательные советы» п. 2 определены критерии организаций, которым необходимо введение наблюдательных советов в действующих предприятиях в сфере здравоохранения:

1) размер уставного капитала предприятия не менее 50 000 (80,9 млн.тенге) – кратного размера месячного расчетного показателя, установленного на соответствующий финансовый год;

2) общая численность штатных работников предприятия составляет не менее 150 человек, за исключением случаев создания предприятия с наблюдательным советом;

3) совокупный годовой доход предприятия за один год, предшествующий текущему финансовому году составляет не менее 30 000 (48,5 млн. тенге) - кратного размера месячного расчетного показателя, установленного на соответствующий финансовый год, за исключением случаев создания предприятия с наблюдательным советом;

4) доход от основной деятельности предприятия составляет не менее 70 % от совокупного годового дохода, за исключением случаев создания предприятия с наблюдательным советом.

Постановление Правительства РК от 22 июня 2011 года №686 «Об утверждении Правил создания наблюдательного совета в государственных предприятиях на праве хозяйственного ведения, требований, предъявляемых к лицам, избираемым в состав наблюдательного совета, а также Правил конкурсного отбора членов наблюдательного совета и досрочного прекращения их полномочий» п. 3 наделило уполномоченный орган следующими функциями:

1) утверждает положение о наблюдательном совете, порядок его созыва и проведения заседаний;

2) проводит конкурсный отбор кандидатов в члены наблюдательного совета в соответствии с Правилами конкурсного отбора членов наблюдательного совета предприятия на праве хозяйственного ведения, утвержденными Правительством РК;

3) формирует и утверждает состав наблюдательного совета.

Данным Постановлением Правительства РК определены требования, предъявляемые к лицам, избираемым в наблюдательный совет:

1) опыта работы не менее десяти лет в сфере здравоохранения;

2) опыта руководящей работы (руководитель юридического лица или его заместители) не менее пяти лет в сферах образования или здравоохранения;

3) являющегося членом общественного объединения в сфере здравоохранения.

В качестве члена наблюдательного совета не может быть избрано лицо:

1) имеющее непогашенную или неснятую судимость в установленном законодательством

Республики Казахстан порядке;

2) являвшегося руководителем юридического лица более одного года до принятия решения о признании данного юридического лица банкротом;

3) ранее совершившее коррупционное правонарушение;

4) находящееся в отношениях близкого родства и свойства с другим членом наблюдательного совета или руководителем государственного предприятия.

Число членов наблюдательного совета в ГП на ПХВ должно быть нечетным и составлять не менее пяти человек. Члены наблюдательного совета не входят в штат работников ГП на ПХВ, за исключением руководителя организации.

Председатель наблюдательного совета избирается из числа членов наблюдательного совета большинством голосов. Руководитель ГП не может быть избран Председателем наблюдательного совета.

Срок полномочий членов наблюдательного совета ГП на ПХВ составляет три года.

Согласно приказу и.о. Министра здравоохранения РК от 10 сентября 2011 года №601 «Об утверждении Положения о наблюдательном совете, Правил созыва и проведения заседаний наблюдательного совета государственного предприятия на праве хозяйственного ведения в области здравоохранения» п. 7 определены полномочия наблюдательных советов:

1) дает заключение уполномоченному органу (местному исполнительному органу) по проекту плана развития государственного предприятия, по внесению изменений и дополнений в него;

2) согласовывает проект отчета о выполнении плана развития ГП;

3) принимает решение о распределении спонсорской и благотворительной помощи и средств, полученных из дополнительных источников, в том числе части чистого дохода, оставшегося в распоряжении ГП;

4) беспрепятственно знакомится с документацией ГП и его структурными подразделениями для контроля целевого использования бюджетных средств и средств, полученных из дополнительных источников;

5) согласовывает предложения уполномоченного органа (местного исполнительного органа) по вопросам назначения руководителя ГП и расторжения трудового договора с ним;

6) участвует в разработке коллективного договора и принимает решения в части установления работникам, руководителю государственного предприятия, его заместителям, главному бухгалтеру надбавок к должностным окладам, премирования и оказания материальной помощи из дополнительных финансовых источников в пределах средств, утвержденных планом развития;

7) назначает, определяет срок полномочий

и размер заработной платы секретаря НС, досрочно прекращает его полномочия;

8) вносит предложения уполномоченному органу (местному исполнительному органу) о внесении изменений и дополнений в устав ГП;

9) вырабатывает предложения по приоритетным направлениям деятельности ГП;

10) вносит предложения уполномоченному органу (местному исполнительному органу) об участии ГП в других юридических лицах;

11) вносит предложения уполномоченному

органу (местному исполнительному органу) по созданию и закрытию филиалов, представительств ГП.

Текущая ситуация по реализации внедрения наблюдательных советов в медицинских организациях Республики Казахстан:

На сегодняшний день внедрение наблюдательных советов по стране выглядит следующим образом (Рис.1).

Таблица 1 - Количество МО в форме ГП на ПХВ где введены НС местными исполнительными органами

№	Область	Количество введенных НС в МО на ПХВ на 1 апреля 2012 года
1	Акмолинская	1
2	Актюбинская	25
3	Алматинская	3
4	Атырауская	не введены НС
5	ЗКО	16
6	Жамбылская	1
7	Карагандинская	не введены НС
8	Костанайская	не введены НС
9	Кызылординская	1
10	Мангистауская	не введены НС
11	Павлодарская	1
12	СКО	1
13	ВКО	4
14	ЮКО	не введены НС
15	г.Астана	не введены НС
16	г.Алматы	5
	Всего	58

По представленным данным видно, что наиболее активно реализуют внедрение наблюдательных советов в Актюбинской и Западно-Казахстанской областях.

На сегодняшний день идет только пилотное внедрение наблюдательных советов по стране, однако внедрение элементов корпоративного управления в государственных предприятиях приведет к:

- Повышению эффективности использования кадровых, материально-технических и финансовых ресурсов за счет рационального стратегического планирования развития;
- Солидарной ответственности руководителя организации и наблюдательного совета;
- Привлечению инвестиций и расширению источников финансирования текущей деятельности государственных предприятий здравоохранения за счет повышения доверия инвесторов;
- Усилению ответственности за конечный результат деятельности, повышению результативности и прозрачности финансирования сферы здравоохранения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гританс Я. М. Корпоративные отношения: Правовое регулирование организационных форм. - М.: Волтерс Клувер, 2005. - 160 с.
2. Кибенко Е. Р. Корпоративное право Великобритании. Законодательство. Прецеденты. Комментарии. - Киев: Юстиниан, 2003. - 363 с.
3. Кочетков Г. Б., Супян В. Б. Корпорация: американская модель. - СПб.: Питер, 2005.- 320 с.
4. Агеев А. Б. Акционерное законодательство Швейцарии: постатейный комментарий. - М.: Статут. 2005. - 237 с.
5. Майфат А. В. Особенности инвестирования в предпринимательскую деятельность. Вопросы теории и право применения. - Екатеринбург. 2001. - 188 с.
6. Беликов И. Независимые директора: контролеры или стратеги? // Рынок ценных бумаг. - 2002. №3.

ТҮЙІНДЕМЕ

Қазақстан Республикасында медициналық ұйымдарды басқарудағы байқау кеңестерінің рөлі

Мақалада бірлесіп басқару түсінігі, қағидаттары мен оны жүзеге асырудың халықаралық тәжірибесі сипатталады. Сондай-ақ Қазақстандағы байқау кеңестерінің қызметін нормативтік-құқықтық қамтамасыз етудің ағымдағы жағдайы көрсетілген.

SUMMARY

The role of supervisory boards in the management of medical organizations in the Republic of Kazakhstan

The article describes the concept, principles and international experience in implementation of corporate management. It also shows the current situation of regulatory legal support of supervisory boards in Kazakhstan.

М. Е. Абеуов

Директор Карагандинской областной клинической больницы

НАМ СТАВЯТ ЗАДАЧУ, МЫ ЕЕ РЕШАЕМ!

Абеуов Марат Ертаевич – директор Областной клинической больницы г. Караганды, кандидат медицинских наук, доцент, награжден почетной грамотой Акима Карагандинской области в 2004 г.

В 1980 году окончил Карагандинскую государственную медицинскую академию. 1980-1985 гг. работал в районной больнице Тургайской области сначала на должности хирурга, затем на должности заведующего хирургическим отделением. 1985-1987 гг. работал в клинической ординатуре при Карагандинском государственном медицинском институте. 1987-1991 гг. был на должности ассистента, после защиты кандидатской диссертации получил звание доцента кафедры госпитальной хирургии в КГМИ. 1991-1998 гг. работал на должности главного хирурга в Карагандинском Областном отделе здравоохранения. 1998-2006 гг. занимал должность заведующего кафедрой общей хирургии. С 2006 г. по настоящее время возглавляет КГКП «Областная клиническая больница».

- Марат Ертаевич, у Вас богатый профессиональный опыт, Вы работали и в образовательной и в клинической сферах здравоохранения. Как Вы оцениваете систему здравоохранения на сегодняшний день? Чего мы добились за годы независимости?

- Медицина не может существовать в отрыве от общества. С улучшением качества жизни населения потребности в медицинских услугах растут. И перед сферой здравоохранения стоит задача удовлетворять эти нужды. В то же время, не существует общества, полностью довольного своей медицинской службой. Где-то не устраивает качество услуг, где-то их физическая и финансовая доступность. Не случайно в последнее время медицинский туризм выходит на второе место по популярности среди других причин выезда за границу.

И в этой ситуации страдают те страны, которые сами не могут предложить своим гражданам качественное лечение: это и отток денег из экономики, это и снижение доверия общества к государству. Поэтому развитие медицины сейчас превращается в стратегическую задачу.

Казахстан активно движется в этом направлении. В послании Главы государства была поставлена задача вывести казахстанское здравоохранение на уровень, полностью удовлетворяющий спрос граждан на качественные медицинские услуги, по крайней мере, в лечении распространенных видов заболеваний. Программа «Саламатты Қазақстан» нацелена на выполнение этой

задачи к 2020 году. Сейчас у государства появились финансовые возможности, и было закуплено новое оборудование, внедрены новые технологии оперативных вмешательств.

- Какие заболевания чаще всего являются причиной летального исхода пациентов? Как можно сократить число смертности населения? Какие для этого предпринимаются меры?

- В Казахстане наиболее частой причиной смертности и сокращения продолжительности жизни являются заболевания сердца и систем кровообращения, онкологическая патология, травмы. В настоящее время целенаправленно идет усиление возможностей оказания высокоспециализированной медицинской помощи именно по этим направлениям. В Карагандинской области большие средства вкладываются в развитие кардиоцентра, онкодиспансера и травматологии.

Но в то же время, около 70% случаев заболеваний остается в ведении не специализированной, а общей медицины. Этими пациентами традиционно занимаются многопрофильные клинические больницы, которые сейчас также стремительно развивают свои возможности.

Областные клинические больницы традиционно считаются и организационными, и методическими центрами медицины. Так сложилось, что если возникал неясный случай, все прибегали к помощи областных клинических больниц. И по сей день наша помощь остается очень

востребованной населением. А если люди приходят и требуют помощи, естественно, это заставляет коллектив искать пути удовлетворить этот спрос. Поэтому, как только организационные и финансовые механизмы со стороны государства были включены, мы начали развивать определенные виды востребованной помощи. Почему наши граждане должны ехать лечиться куда-то за границу? Тут уже речь идет о профессиональной гордости. И сейчас мы можем говорить о том, что располагаем возможностями оказывать такие виды помощи, которые в Казахстане оказываются либо всего в нескольких местах, либо вовсе только у нас.

- Во всем мире идет модернизация и усовершенствование оказания высокоспециализированной помощи населению. Внедряются ли в Вашей организации новые технологии? И каковы результаты?

- Клиника одной из первых в республике внедрила щадящие, малотравматичные доступы в абдоминальной, торакальной хирургии, гинекологии и урологии. Мы пересмотрели существующие тактические и технические аспекты ведения и оперативного пособия у многих групп хирургических больных. Так, активное ведение с максимальным круглосуточным динамическим диагностическим охватом больных (УЗИ, КТ, лапароскопия, торакокопия, прямые методы контрастирования желчных и мочевых путей и т.д.) позволили значительно сократить дооперационное пребывание больных, свести до минимума количество послеоперационных осложнений и в конечном счете получить значительный социально-экономический эффект.

- Проводится ли обучение персонала? Насколько эффективно обучение кадровых ресурсов? Каковы достижения в области образования на сегодняшний день?

- Путем непрерывного обучения специалистов и внедрения новых технологий, больница достигла мировых стандартов в лечении желчекаменной, мочекаменной, язвенной болезней, панкреатита, кишечной непроходимости, травм живота и груди, заболеваний женской половой сферы.

В течении многих лет в Карагандинской области сто с лишним больных с рубцовыми ожогами пищевода страдали от беспомощности. Люди не знали радости глотания пищи и питались через «отверстие» в животе. Мы поставили перед собой задачу – решить эту проблему. И выполнили ее. Сформировали бригаду, подготовили ее, отправив на специализацию в московские клиники, которые наряду с японскими,

считаются лучшими в пищеводной хирургии. Наши врачи научились делать замену пищевода и желудочной трубки. Когда это невозможно, выполняется обходное шунтирование толстой или тонкой кишкой. Всю категорию таких больных по области мы прооперировали в течении 3-4 лет, и сейчас такой проблемы больше не существует.

Аналогичные примеры по другим видам хирургического вмешательства можно продолжать и продолжать. Например, еще в 1991 году областная клиническая больница начала делать лапароскопические операции, но в то время не было финансовых возможностей проводить их в массовом порядке. Когда государство создало условия, больница закупила серию оборудования,



Рисунок 1 – Защита Бизнес-плана, Абеуов М.Е.

врачи освоили новые методики – и сейчас такие операции выполняются регулярно. Причем, существенно расширен и перечень хирургических вмешательств. Например, частая патология у женщин – доброкачественные опухоли яичников и матки. До определенного времени операция была очень травматичной и труднопереносимой, сейчас же она делается через проколы.

Благодаря поддержке государства, врачам удалось освоить передовые методики оказания помощи, которые в прежние времена представлялись невозможными, и лечить болезни, считавшиеся неизлечимыми. К примеру, операции на печени при эхинококковой паразитарной болезни. В прежние времена пациентам с таким диагнозом мы вливали много крови и лекарств, проводили антипаразитарное лечение. Но проблема оставалась и была она в том, что мы не могли удалить саму оболочку эхинококкового паразита в печени. Болезнь давала либо метастазы, либо желчные свищи. Больной много лет жил с этими гнойными свищами, в которые приходилось вставлять дренажи. Сейчас мы освоили методы отключения печени от системного кровотока, что когда-то наши учителя преподносили как нечто невозможное. Теперь мы вскрываем печень, выполняем операцию, сшиваем. И

больные через неделю выписываются домой, а еще через неделю приступают к рабочей деятельности.

Хирурги областной клинической больницы освоили и другие операции, считающиеся «высшим пилотажем» - удаление части желудка при опухолевых патологиях, поджелудочной железы, желчных путей, части печени. Вряд ли любая другая больница в стране может похвастаться такими результатами.

Нельзя не упомянуть о такой проблеме, как помощь при ожирении. Избыточный вес – проблема цивилизации, и специалисты считают, что со временем от нее будут страдать 25-30% населения Земли. В 90% причина избыточного веса – булимия, то есть прием большего объема пищи, чем требуется организму. Избыточная масса иногда доходит до 100% от нормативного веса. Это становится причиной самых разных сопутствующих болезней. В первую очередь, страдает скелет, сердце, поджелудочная железа и развиваются сахарный диабет второго типа, гипертония, инсульт, инфаркт. Итог самый плачевный. Многим больным бороться с ожирением своими силами практически невозможно. Диеты дают лишь временный эффект, а потом проблема возвращается. В кругу коллектива мы обсудили эту проблему, с целью найти решение для оказания помощи больным. Есть разные способы хирургического вмешательства, направленные на уменьшение просвета желудка введением баллонов, либо установкой манжет. И в итоге, мы ввели в практику операцию желудочного шунтирования, направленную на уменьшение объема желудка и площади всасывания тонкой кишки. Все результаты великолепные – пациенты теряют вес, избавляются от сахарного диабета и гипертонии, снижают вероятность инфаркта и инсульта. Они возвращаются к полноценной жизни в семье и к работе.

- Оказывают ли в Областной клинической больнице «уникальные» услуги медицинской помощи, которые не оказывают другие медицинские организации?

- Областная клиническая больница оказывает такую уникальную помощь, как реплантация отчлененных конечностей. Этого в Казахстане больше практически нигде не делают. Здесь же с советских времен выполняются такие операции, и за годы «разрухи» методика не была утрачена. Такие операции нечастые, но полтора десятка в год бывает. Для нас каждый случай принципиальный, мы всегда бросаемся на помощь человеку. В случае необходимости пересаживаем большой палец стопы на руку – только бы сохранить функцию схвата.

- Марат Ертаевич, расскажите о Ваших дальнейших планах развития больницы.

- Если говорить о планах дальнейшего развития больницы, то они связаны как раз с возможностями хирургов проводить сложнейшие операции. Течение многих болезней приводит к тому, что тот или иной орган перестает функционировать. Почки, печень, легкие... Окончательным финалом этого является смерть от органной недостаточности. Поэтому сейчас остро встает вопрос о замене органов.

Следующим этапом повышения качества медицинского обслуживания, мы считаем внедрение трансплантации органов. Если мы выполняем реплантацию, сшиваем сосуды, нервы толщиной с волос, - то для нас нет никакой технической сложности – сшить сосуды печени толщиной с карандаш. Мы готовы к проведению такого рода операций. Если нам поставят такую задачу, мы ее решим!

Беседовала А. Султанова

Е. Ш. Нурлыбаев

Директор Областного центра травматологии и ортопедии
им. профессора Х. Ж. Макажанова

МОТИВАЦИЯ ПЕРСОНАЛА – ЛУЧШИЙ ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ ПРОИЗВОДИТЕЛЬНОСТИ ТРУДА

«Повышение уровня здоровья и качества жизни на основе оптимизации специализированной госпитальной, высокоспециализированной и реабилитационной помощи и единение коллектива вокруг достижения стратегических целей».

Нурлыбаев Ержан Шакирович – кандидат медицинских наук, доцент, директор Областного центра травматологии и ортопедии им. Проф. Х. Ж. Макажанова. Окончил Карагандинскую государственную медицинскую академию в 1998 г. по специальности «Лечебное дело», Карагандинский экономический университет в 2011 г. по специальности «Менеджмент». Награжден знаками отличия «За вклад в развитие хирургии Республики Казахстан», «За вклад в развитие здравоохранения», Победитель Республиканского конкурса «Лучший менеджер здравоохранения 2012 года».

Из истории

Карагандинский областной центр "ОЦТ и О им. проф. Х. Ж. Макажанова" существует с 1995 года и образовался в результате реорганизации ГКБ № 3, которую длительное время возглавлял выдающийся травматолог - ортопед, ученый Хафиз Жанабаевич Макажанов.

Клиника специализируется на оказании экстренной и плановой, стационарной и амбулаторной, травматологической и ортопедической помощи населению г. Караганды и Карагандинской области, также на ее базе расположена кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии Карагандинской государственной медицинской академии.

Особенностью клиники является концентрация в ней всей травматологической службы города. Расположение, оснащенность, врачебные и сестринские кадры позволяют полностью обеспечить качественную, квалифицированную помощь всем категориям населения области. По видам консервативного и оперативного лечения клиника не имеет себе равных, такие отделения, как ожоговое, детская ортопедия являются единственными в области. Амбулаторная помощь оказывается в отделении амбулаторной травматологии, которое расположено в здании клиники, что позволяет своевременно направить больных с тяжелой патологией в стационарные отделения, проводить своевременную

реабилитацию, анализировать результаты лечения, что в итоге сказывается на снижении процента проявления осложнений.

О деятельности центра

В центре оказывается специализированная травматологическая и ортопедическая помощь населению Карагандинской области и больным с других областей Республики.

К нам поступают больные с различными видами травм – это всевозможные переломы: кисти рук, ключицы и голени, костей таза и бедра, позвоночника, ЗЧМТ, после автодорожных катастроф, вывихи и разрывы связок, приобретенной и врожденной патологией опорно-двигательного аппарата. С приобретением клиникой аппарата "артроскоп" и эндопротезов с инструментами для операции, выполняются сложнейшие операции по эндопротезированию тазобедренного сустава и артроскопии коленного сустава.

С ноября 2008 года в клинике оказывается высокоспециализированная медицинская помощь по эндопротезированию тазобедренного сустава. В 2011 году в клинике, совместно с ведущими специалистами СНГ и НИИТО г. Астаны, внедрены и проводятся операции по эндопротезированию коленного сустава. Пропускная способность клиники в отношении протезирования суставов составляет более 500 операций в год. С 2011 года в клинике проводится блокирующий интрамедуллярный остеосинтез длинных

трубчатых костей. В настоящее время данный метод лечения является «Золотым стандартом» в выборе метода остеосинтеза. В 2011 году, впервые в Казахстане, на базе КГП «ОЦТ и О им. проф. Х. Ж. Макажанова» открыт Центр реабилитации и восстановительной медицины для больных травматологического профиля на 35 коек. Центр укомплектован



Рисунок 1 – Защита Бизнес-плана, Нурлыбаев Е.Ш., Ниткалиев К.У.

современным моторизованным оборудованием производства Германии и Великобритании. Использование данного оборудования позволяет минимизировать последствия травм опорно-двигательного аппарата с максимальным восстановлением функций верхних и нижних конечностей.

В клинике проводятся артроскопические оперативные вмешательства на коленном суставе, в том числе пластика передней крестообразной связки.

Ежегодно около 1 тыс. детей с травмами и врожденной патологией опорно-двигательного аппарата проходят стационарное лечение

в условиях отделения детской травмы и ортопедии. Проводится диспансерное наблюдение детей.

На базе КГП «ОЦТ и О им. проф. Х. Ж. Макажанова» развернуто отделение ожоговой травмы на 40 коек. В отделении накоплен большой опыт лечения пациентов с комбинированной ожоговой травмой, лечения последствий ожогов. Специалисты отделения проходят ежегодную стажировку в условиях федерального ожогового центра Российской Федерации. Также на базе нашего центра располагается кафедра травматологии и ортопедии Карагандинского государственного медицинского университета.

О мотивации персонала

Областной центр травматологии и ортопедии одним из первых внедрил дифференцированную оплату труда. С IV квартала 2011 года в клинике работает эта система. Мы создали постоянно действующую комиссию, состоящую из представителей профсоюзного комитета предприятия и разработали Положение о порядке выплат дифференцированной оплаты в соответствии с «Правилами оплаты труда медицинских работников организаций здравоохранения в зависимости от объема и качества оказываемой медицинской помощи в организациях здравоохранения по оказанию медицинской помощи населению за счет сложившейся экономии бюджетных средств и платных медицинских услуг», утвержденным приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 мая 2011 года № 310. В разрезе каждого отделения были разработаны критерии оценки деятельности отделений, врачей, среднего, младшего персонала (Табл. 1).

Таблица 1 - Информация по дифференцированной оплате труда за 2010 – 2012 годы

Наименование расходов	2010 г.	2011 г.	Уд. вес	2012 г.	Прогнозное кассовое исполнение 2012г.	Уд. вес
Поступление средств	375 560	718 272		192 749	788 500	
Всего расходов	375 560	714 264		47 036	788 500	
Заработная плата	210 585	269 633		43 599	315 967	
Оплата труда	210 585	240 297		35 028	281 967	
Дополнительные денежные выплаты	5 039	29 336		8 571	45 835	
В т.ч. дифференцированная оплата	0	18 036	6,7%	7651	34 000	10,7%
Врачи	0	3 565		1 913	8 494	
Средний мед. персонал	0	7 166		3 214	14 270	
Младший медперсонал	0	3 913		1 300	5 772	
Прочий персонал	0	3 392		1 224	5 464	

По итогам IV квартала 2011 года по дифференцированной оплате труда клиникой выдано средств на сумму 18 036,0

тыс. тенге. В среднем это составило 150% должностного оклада персонала.

По итогам I квартала текущего года

выдано средств на сумму 7 651,0 тыс.тенге, что составляет в среднем 70% должностного оклада персонала. Прогнозируем, что к завершению 2012 года дифференцированная

оплата труда сотрудников будет составлять не менее 100% от бюджетного должностного оклада (БДО) ежеквартально.

Таблица 2 - Анализ роста средней заработной платы персонала, в связи с применением дифференцированной оплаты труда

Наименование персонала	2010 год	2011 год		% роста	2012 год		% роста
	средняя з/п	средняя з/п	средняя з/п с диф. оплатой		средняя з/п	средняя з/п с диф. оплатой	
Врачи	73 405	87 110	92703	6,4	100 177	109 577	9,3
Средний персонал	45 784	57 688	61 149	6,0	71 045	76 871	8,2
Младший персонал	23 822	27 661	29 321	6,0	30 520	33 267	9,0
	47670	57 486	61 058	6,1	67 247	73 238	8,8

Заработная плата персонала выросла в 2011 году на 21%. Это связано с увеличением с июля 2011 года на 30% БДО (15%), а также с повышением квалификации специалистов. С введением дифференцированной оплаты в 2011 году заработная плата выросла на 6% по сравнению с 2010 годом на 28%. В 2012 году средняя заработная плата выросла на 10%, в том числе среднему персоналу на 16%, в связи с доведением психоэмоциональных доплат до 100%. В апреле текущего года была выдана дифференцированная оплата, что увеличило среднюю зарплату почти на 9% (Табл. 2).

В сравнении с 2011 годом расходы на заработную плату выросли в связи с доведением до 100 % доплат за психоэмоциональные нагрузки среднему персоналу, увеличением штатных единиц в связи с возросшим объемом оказываемых медицинских услуг, а также с выплатой дифференцированной оплаты труда.

В «ОЦТ и О имени профессора Х. Ж.

Макажанова», в сравнении с I кварталом 2011 г., в I квартале 2012 г. отмечается сокращение средней продолжительности пребывания пациентов в круглосуточном стационаре с 14,6 до 13,2.

С целью сокращения сроков пребывания пациентов на койках круглосуточного стационара приняты следующие меры:

1. Внедрены малоинвазивные, высокоэффективные методы лечения трубчатых костей с использованием операционных рентгенологических установок. Средние сроки пребывания пациентов данной категории сократились в среднем на 30%.

2. В соответствии с современными требованиями травматологии и ортопедии расширены показания к хирургическому лечению травм опорно-двигательного аппарата, что позволяет производить раннюю активизацию больного, и, как следствие этого, осуществлять его ранний перевод на амбулаторное долечивание (Рис.2).

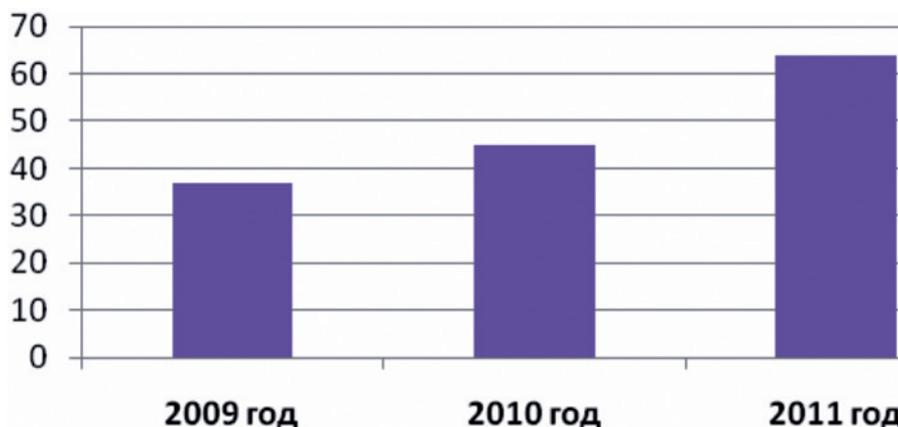


Рисунок 2 – Рост хирургической активности

3. В 2012 г. в штатное расписание клиники введены дополнительные единицы: врач-анестезиолог и врач - травматолог для оказания хирургической помощи в ночное время. Таким образом, оперативное

лечение травм опорно-двигательного аппарата начинается в первые часы от момента поступления, что в среднем сокращает сроки пребывания на 2-3 дня (Рис. 3).

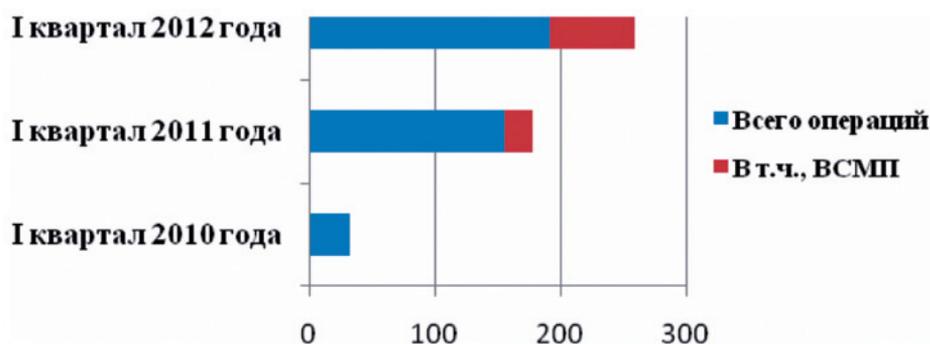


Рисунок 3 – Рост количества операций, проведенных в ночное время

4. По итогам первого квартала 2012 г. среднее пребывание в отделение реабилитации составило 12 койко-дней. Принято решение об организации работы отделения физиотерапии и лечебной физкультуры в выходные дни с целью обеспечения непрерывного лечения (в субботу, воскресенье) пациентов находящихся на ранней послеоперационной реабилитации. Указанные меры позволят сократить среднее пребывание пациентов до 10 койко-дней, без ущерба качеству лечения.

Финансы и ресурсы

В 2010 году доход по платным услугам составлял 7 184,5 тыс. тенге (2% от общего дохода). В 2011 году доход по платным услугам вырос в 4,4 раза и составил сумму 31 695,4 тыс. тенге (4% от общего дохода). Увеличение доходов по собственным средствам связано с расширением спектра

В клинической практике лечения пациентов в «ОЦТ и О им. проф. Х. Ж. Макажанова», с целью рационального использования антибиотикотерапии, разработан и применяется в ежедневной практике алгоритм лечения скелетных травм, который включает рациональный выбор и своевременное профилактическое введение антибактериальных средств для сокращения

числа послеоперационных нагноений, что должно привести к снижению экономических затрат в среднем на 1,5 млн. тенге в год.

В январе 2012 г. в штатное расписание врачей введена дополнительная единица дежурного травматолога с целью оказания круглосуточного оперативного лечения пациентов, что сокращает пребывание пациентов в стационаре.

Клиникой внедрено использование одноразового хирургического и постельного белья, что снизило коммунально-хозяйственные затраты на 3 млн.тенге в год.

Также, в рамках аутсорсинга, клиникой производится закуп готового питания у юридического лица, имеющего лицензию на данный вид деятельности. В среднем, экономия за счет делегирования данных полномочий составляет 1 млн.тенге в год.

Управление качеством

С января 2011 г. в клинике функционирует служба внутреннего аудита (СУКМП), деятельность которой направлена на улучшение качества оказания медицинской помощи. В результате проводимой работы по итогам 2011 года отмечается сокращение суммы штрафных санкций за дефектные случаи с 51 326 602 тенге в 2010 году до 3 268 000 тенге в 2011 году (Рис. 4).



Рисунок 4 – Сокращение суммы штрафных санкций за дефектные случаи

Планы на будущее

Мы не собираемся останавливаться на достигнутом, планируем и дальше уверенно двигаться вперед, а именно:

- увеличить долю пациентов с ВК 2 и выше на 30% и, как следствие этого, увеличить доход предприятия на 20% в результате внедрения новых хозяйственных механизмов, современных методов диагностики, интенсификации труда сотрудников по итогам 2012 г.
- по итогам 2012 г. на дифференцированную оплату труда направить не менее 10% от общего фонда оплаты труда;
- приобретение современной медицинской техники на общую сумму свыше 60 млн. тенге, при использовании механизмов лизинга медицинского оборудования;
- сокращение количества пациентов на 10%,

госпитализируемых для получения СМП, за счет перевода части пациентов на уровень СЗП.

Подводя итоги, необходимо подчеркнуть, что во многих случаях результат лечения зависит от своевременной и правильно оказанной первой помощи, которую чаще оказывает средний медицинский персонал, дальнейший результат лечения зависит от врачей. Профессионализм персонала, организация и практическое осуществление своих обязанностей по обслуживанию пациентов согласно всем требованиям, проявляется в квалифицированной помощи пациенту, поэтому объективная оценка работы персонала, всевозможные поощрения труда являются стимулом для всех медицинских работников, о чем следует помнить всегда. Хороший работник – мотивированный работник!

ТҮЙІНДЕМЕ

Персоналды уәждеу – еңбек өнімділігін арттырудың үздік құралы

Мақалада «Профессор Х. Ж. Мақажанов атындағы облыстық травматология және ортопедия орталығының» базасындағы менеджмент көрсетілген. 2010-2012 жылдар үшін дифференциалды еңбекақы, персоналдың орташа жалақысының өсімі бойынша мәліметтер келтіріледі. Сондай-ақ 2009-2011 жылдарға арналған хирургиялық белсенділікке талдау жасалған.

SUMMARY

Staff motivation - the best tool to improve productivity

The article shows the management on the basis of "Regional center of traumatology and orthopedics named after Professor H. J. Makazhanov". The data on differential pay and the growth of average staff wages for the years 2010-2012 were presented. It also shows the analysis of surgical activity for the period 2009-2011.

Н. Г. Белан

Директор КГП «Центральная районная больница» Абайского района Карагандинской области

МЕНЕДЖМЕНТ В УСЛОВИЯХ ПМСП – ОПЫТ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ АБАЙСКОГО РАЙОНА

Центральная районная больница Абайского района оказывает медицинское обслуживание сельского населения района. В состав Абайской ЦРБ входит стационар на 84 коек, консультативно-диагностическая поликлиника (КДП) на 138 посещений, 4 семейно-врачебных амбулаторий (СВА), 79 фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП), 17 медпунктов. Примечательна организация тем, что осуществила 100% переход специализированной первичной медико-санитарной помощи на специализированную врачебную практику.

Прием в КДП осуществляется по 19 специальностям, в СВА по трем специальностям. В состав КДП входит отделения функциональной диагностики (электрокардиограмма (ЭКГ), фиброгастроудоденоскопия (ФГДС), спирография, ультразвуковое исследование (УЗИ)), рентгенологическая служба, лабораторная служба, дневной стационар, физиотерапевтический массаж.

В больнице имеется изолятор для осмотра пациентов с высокой температурой и другими неотложными состояниями, при которых медрегистратор вызывает врача и сопровождает пациента на фильтр.

На всех этажах поликлиники обновлены информационные стенды, на которых размещены правила гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП), графики работы врачей, порядки обращения за медицинской помощью, информация о внедрении Единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ), номера телефонов и время приема директора и его заместителей.

В отделе регистратуры за год штат медрегистраторов увеличили до 5 человек. С 2011 года работают социальные работники и психолог. Всего в районной больнице работает 343 человека, в том числе врачей - 47, средних медицинских работников - 150, младшего медицинского персонала - 79, прочих - 67. В 2011 году в штаты приняли 16 молодых специалистов, в том числе врача хирурга, врача общей практики, 4 фельдшеров, 10 медицинских сестер.

На протяжении более 30 лет в больнице работают заведующий КДП - Джунусова Б. Т.,

заведующий организационно-методическим кабинетом (ОМК) - Брояк А. М., врач акушер-гинеколог-Иноземцева О.М., врач невропатолог - Васильев А. Н., врач лаборант - Дусупова Р. Ш., фельдшера врачебных амбулаторий: Чурбакова Т. Я., Сулейменова А. Ж., Франковская Н. Р., фельдшера скорой помощи: Ковтун Т. И., Толстолицкая Г. Я., средние медработники Недорезова Л. В., Нестерович Л. А., Жовнер Н. П., Сыздыкова Д. В стенах нашей организации трудятся 2 отличника здравоохранения: Белан Н. Г. и Тесанюк Л. И. Награждены грамотами Министерства здравоохранения Республики Казахстан: заместитель директора - Г. А. Смаилова, заведующая КДП - Б. Т. Джунусова, врач невропатолог - Васильев В. Н. Грамотами Акима области награждены Малибекова Н. Б., Сулейменова А. Ж. В 2010 году заведующая КДП - Джунусова Б. Т. была награждена дипломом в номинации «Лучший сельский врач» и премией Акима области. В 2011 году директор Белан Н. Г. была удостоена звания «Лучший организатор здравоохранения» и награждена премией Акима области.

Переход на общую врачебную практику был нелегким. Потребовалось 7 лет для переобучения персонала по специальности «врач общей практики» (ВОП). С мая 2011 года все участки переведены на обслуживание врачами общей практики. Всего 12 участков. Со второго полугодия 2011 года были заключены договора с областными специалистами и по субботам проводились семинары по программам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «Обеспечение безопасной беременности» и «Интегрированное ведение болезней детского возраста», семинар по планированию семьи и оказание профилактической неотложной помощи взрослому населению. В январе месяце проводилось семинарское занятие по циклу «Интегрированное ведение болезней детского возраста» с приглашением доцента института педиатрии и детской хирургии Оспановой З. М. и проведением последующей аттестацией каждого медицинского работника с выдачей сертификатов. В рамках реализации Единой национальной системы здравоохранения все врачи терапевты и педиатры прошли 6-ти

месячные курсы повышения квалификации по циклу «Врач общей практики». Педиатры проходили повышение квалификации по циклу «Терапия» в течение месяца, терапевты - по циклу «Педиатрия». Все врачи были направлены на месячные курсы по повышению квалификации в Образовательно-клинический центр по циклу «Новое в кардиологии».

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан проведена реконструкция отдела регистратуры поликлиники, установлен дополнительный телефон для справки и предварительной записи на обследования (УЗИ, ФГДС, спирография и т.д.).

Все врачи общей практики укомплектованы средними медицинскими работниками (1/3) медсестрами №1, №2, №3.

В 2011г. КГКП "Центральная районная больница Абайского района" участвовала в проекте «Сегодня лучший - ты, завтра - все» и вошла в число 100 лучших больниц Республики.

Постоянно проводятся тренинги по программе ВОЗ «Безопасное материнство и перинатальный уход», «Интегрированное ведение болезней детского возраста». В 2011 году акушеры принимали участие в мастер-классе, тренингах и семинарах в Областном родильном доме (ОРД). В августе 2011 года проведена аттестация врачей и средних медицинских работников по оказанию неотложной помощи. Внедрены новые технологии исследования: реовазография сосудов головного мозга, исследования на гепатит «В» и «С», на гормоны щитовидной железы, УЗИ сердца.

Медицинскими работниками районной больницы достигнута положительная динамика показателей. Увеличилась рождаемость с 15,9 в 2010 г. до 16,4 в 2011 г. Снизилась общая смертность с 14,9 в 2010 г. до 12,8 в 2011 г. в том числе от болезней системы кровообращения с 789,6 в 2010 г. до 391,9 в 2011г. Увеличился естественный прирост населения с +1,0 в 2010 г. до +3,6 в 2011 г. На протяжении многих лет наблюдается нулевой показатель структуры материнской смертности. Показатель младенческой смертности снизился с 7,9 в 2010 г. до 7,3 в 2011 г. Нет заболеваемости ВИЧ инфекцией, из года в год идет снижение показателя заболеваемости туберкулезом. Нет запущенных случаев туберкулеза. Отмечается снижение показателя заболеваемости болезнью системы кровообращения (БСК), глаукомой, сахарным диабетом.

Для оказания организационно-методической, плано-консультативной и профилактической помощи еженедельно по четвергам осуществлялись выезды на сельские участки согласно графику. За 2011г. произведен 31 выезд, осмотрено 13 776 человек. В мае месяце работал передвижной маммограф, осмотрено 1 084 женщин, на всех сельских участках выявлено 130 женщин, диагноз подтвердился

у 25 женщин. По договору ООО «Фтизиатрия» работал передвижной флюорограф на всех участках. Осмотрено 6941 человек, выявлено с подозрением на туберкулез 33 человека, диагноз подтвердился у 2 человек. В октябре месяце был сформирован малый передвижной медицинский комплекс (врач УЗИ с медсестрой, ЭКГ и врач функциональной диагностики), выезжавший на участки. Было проведено 1 283 УЗИ исследований и 963 ЭКГ. Согласно государственной программы и по заданию Акима области в 2011 году в районе проведен 100% массовый профилактический осмотр населения. Осмотру подлежало – 21 019 человек, осмотрено – 24 030, выявлено патологий – 2 764, взято на «Д» учет 1 189.



Рисунок 1 - Защита Бизнес-плана, Белан Н.Г.

В структуре выявленных патологий при профессиональном осмотре:

- на 1 месте – БСК;
- на 2 месте – болезни мочеполовой системы;
- на 3 месте – болезни дыхательных путей.

По итогу 2011г. в районе вакциноуправляемые инфекции не регистрировались. Охват прививками целевых групп населения по району - 97,8%.

В январе месяце 2011 г. в поликлинике открыта аптека с низкими ценами на медикаменты для розничной торговли и выдачи бесплатных и льготных лекарственных препаратов. Во всех населенных пунктах района открыты аптеки. Для проведения мониторинга лекарственных препаратов создан регистр диспансерных больных, получающих бесплатный и льготный лекарственный препарат на амбулаторном уровне. За 2011г. освоено лекарственных препаратов на сумму 18 207 694 тенге, в том числе по бесплатному фонду – 17 029 847, по льготному – 1 177 847 тенге.

Таким образом, подводя итоги за первый год реализации программы Главы государства следует отметить, что за период 2011-2012 гг. выполнена успешная реализация поставленных задач, но коллектив Центральной районной больницы не останавливается на достигнутом и планирует поэтапное решение целей, стоящих перед ними.

ТҮЙІНДЕМЕ

**БМСК жағдайындағы менеджмент–
Абай ауданының орталық аудандық
ауруханасының тәжірибесі**

Мақалада Абай ауданының орталық аудандық ауруханасының тәжірибесі бойынша БМСК жағдайында басқару сипатталады. Денсаулық сақтауды дамытудың «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасын жүзеге асырудың бірінші жылының қорытындылары көрсетілген.

SUMMARY

**Management in primary care conditions -
the experience of the Central district hospital
of Abai district**

The article describes how to manage in primary care conditions according to the experience of Central district hospital of Abay district. The first year results of implementing the State program of the Health development "Salamatty Kazakstan" were presented.

Д. М. Байменова

директор центра семейного здоровья г. Жезказган, Карагандинской области

РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ ЕДИНОЙ НАЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА УРОВНЕ ПМСП

В своих ежегодных посланиях Глава государства уделяет особое внимание вопросам охраны здоровья граждан, отнеся их в ранг государственных приоритетов.

И одним из главных приоритетов развития системы здравоохранения согласно плана мероприятий по реализации Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы определено - «Создание эффективной и доступной системы оказания медицинской помощи». Важным звеном такой системы является первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), где сосредоточена основа профилактической деятельности. Для создания мотивации совершенствования профилактической работы (раннее выявление заболеваний, отсутствие осложнения болезней) внедряется двухкомпонентный подушевой норматив, который предусматривает стимулирующую составляющую к тарифу ПМСП и выравнивание расходов на уровне ПМСП по регионам. При этом стимулирующий компонент подушевого норматива (далее - СКПН) распределяется с учетом результатов деятельности организации первичной медико-санитарной помощи.

Цель внедрения стимулирующего подушевого норматива для первичного звена здравоохранения – это дополнительное финансирование услуг ПМСП. Планирование затрат на формирование дополнительного компонента к тарифу ПМСП направлено на выполнение следующих задач:

1) определение стимулирующей составляющей подушевого норматива для финансирования организаций ПМСП за достигнутые результаты, направляемые на материальное поощрение медицинских работников ПМСП;

2) повышение квалификации медицинских работников ПМСП.

Организации ПМСП, как участники системы выплаты дополнительного компонента к тарифу осуществляют следующие функции: повышение качества оказания ПМСП, принятие управленческих решений и совершенствование системы непрерывного повышения качества медицинских услуг и целевое использование средств дополнительного компонента к тарифу ПМСП.

Итоги деятельности организации ПМСП учитываются посредством индикаторов оценки достигнутых результатов работы согласно приложениям 2 и 3 к Методике формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

Индикаторы: материнская смертность, беременность женщин с ЭГП, подростковая беременность, уровень аборт по отношению к родам, детская смертность от ОКИ, запущенные случаи туберкулеза легких, ЗНВЛ, уровень госпитализации с осложнениями ССС, жалобы со стороны пациентов на качество оказания услуг. Оценка индикаторов, достигнутых в результате работы организаций ПМСП, осуществляется путем сравнения данных отчетного периода с предыдущим аналогичным периодом.

При этом мониторинг индикаторов осуществляется на основе выходных данных программных комплексов здравоохранения:

- портала регистра прикрепленного населения (РПН);
- портала стимулирующего компонента подушевого норматива (СКПН);
- онкорегистр;
- регистр туберкулезных больных;
- регистр беременных;
- регистр больных сахарным диабетом;
- регистрация материнской смертности;
- регистрация младенческой смертности.

В соответствии с Постановлением Правительства Республики Казахстан № 1174 от 4 августа 2009 года «Об утверждении Плана мероприятий по реализации Единой национальной системы здравоохранения Республики Казахстан» в нашем центре семейного здоровья совершенствуется система оказания первичной помощи населению, и широко используется возможность свободного выбора пациентом стационарной медицинской помощи.

Среди населения постоянно ведется информирование по вопросам работы портала бюро госпитализации, при поддержке средств массовой информации, проведением круглых столов, а также оформлением в организации ПМСП наглядных стендов с подробной информацией и указанием адреса, телефонов портала бюро госпитализации по г. Жезказган и

Карагандинской области.

Проведено обучение руководителей организации, менеджеров, врачей и операторов. По программному комплексу портала бюро госпитализации семейные врачи в режиме «онлайн» имеют возможность каждый день просматривать данные о наличии свободных мест в стационарах, листы ожидания госпитализации по плановым пациентам, получать информацию о госпитализации направленных больных, а также об отказах в госпитализации.

Плановая госпитализация проводится по следующему алгоритму: пациент обращается в выбранную организацию ПМСП (семейная амбулатория или центр семейного здоровья), где он уже зарегистрирован в базе данных населения и в Регистре прикрепленного населения к своему семейному врачу (врачу-терапевту) с определенными жалобами. При

наличии показаний, после догоспитального обследования, семейный врач предлагает пациенту сделать выбор стационара, где имеются профильные койки для получения курса стационарного лечения. Далее доктор, с учетом выбора пациента, через портал бюро госпитализации уточняет наличие свободных мест в стационаре по профилю заболевания. В случае наличия мест для пациента, врач через портал заявляет на плановую госпитализацию и на больного автоматически присваивается идентификационный код, выдается талон, в котором зарегистрирован данный код. Стационар после регистрации заявки в портале в течение двух дней определяет дату плановой госпитализации, после чего врач выдает направление на плановую госпитализацию. При неотложных состояниях госпитализация больных осуществляется экстренным путем.

Таблица 1 - Объем госпитализаций через портал за 2010- 2011 годы по стационарам г. Жезказган

Отделения	Количество направленных лиц	Уд. вес	Сроки ожидания госпитализации	Отказы в госпитализации
Терапия	38	12,7	3	2
Хирургия	5	1,7	2	
Лор	6	2,0	3	
Глазное	19	6,4	4	1
Эндокринологическое	56	18,7	4	2
Патология беременных	44	14,7	1	
Кардиология	43	14,4	7	2
Неврология	88	29,4	10	3
Итого	299	100,0		10

В таблице 1 отражен объем помощи по плановым госпитализациям через портал бюро госпитализаций. Всего направлено 299 человек, из них госпитализировано 289 пациентов, то есть получено 10 отказов, что составляет 3,3%. Самый большой поток пациентов наблюдается на госпитализацию по неврологическому профилю. При этом и самый

большой срок ожидания также по койкам неврологического профиля за счет большого потока больных (8-10 дней). Причины отказа: 1 ошибка оператора, 1 отказ самого пациента, в остальных случаях из-за неполного догоспитального обследования. Причины отказа в последующем были устранены.

Таблица 2 - Госпитализация для получения услуг ВСМП в г. Астана, г. Алматы

Название ВСМП и Республиканские клиники	Направлены	Госпитализированы
ННМЦД	25	25
РДКБ	17	17
ННМЦ	21	21
НИИГБ	19	19
НИИТО	14	14
НКЦ	8	8
НИИКВБ	12	12

Благодаря координации плановой госпитализации имеется возможность госпитализации пациентов в плановом порядке в областные и республиканские клиники, тогда как до внедрения ЕНСЗ лечение в этих клиниках было возможно на платных условиях или при направлениях по квотам. По отчетным данным все направленные 100 % были госпитализированы.

Таблица 3 - Структура стационарозамещающей помощи за 2011 год

Нозологии	Пенсионеры	Инвалиды	Работающие	«Д» больные	Беременные	Стационары на дому	Всего
Болезни системы кровообращения	10	19	5	26	1	4	65
Болезни нервной системы	19	17	13	26		3	78
Болезни органов пищеварения	6	14	13	25	5	4	67
Болезни эндокринной системы.	17	7	3	28	3	12	70
Гематологические заболевания	2	3	5	13	1	1	25
Болезни органов дыхания	14	3	14	15	5	3	54
Болезни мочеполовой системы	10	6	16	28	3	10	73
Болезни костно-мышечной системы	2	2	6	14	-	16	40
Итого	80	71	75	175	18	53	472
Удельный вес %	16,9	15,0	15,9	37,1	3,8	11,2	100,0

Внедрение ЕНСЗ позволило наиболее эффективно использовать коечный фонд, сократилось число неостребованных круглосуточных коек и с 2009 года стала интенсивно развиваться стационарозамещающая помощь (дневные стационары, стационар на дому). В нашем центре в месяц 36-40 пациентов принимают лечение в дневном стационаре, оплата за которых проводилась до 2011 года по медико-экономическим тарифам. По нозологии и возрастному контингенту структура госпитализаций выглядит следующим образом.

Как показано в таблице 3, основной контингент пролеченных больных составляют диспансерные - 37,1%, работающие - 15,9%, инвалиды - 15%, стационар на дому организован для - 11,2% пролеченных. В соответствии со структурой пролеченных в дневном стационаре уменьшилось количество обострений у хронических больных, сократилось количество дней нетрудоспособности работающего населения и своевременно проведено оздоровление экстрагенитальной патологии у беременных женщин. Учитывая среднее пребывание в дневном стационаре 8 дней, в стационаре на

дому - 6 дней, а также более низкие затраты на лечение по сравнению с круглосуточным стационаром, можно отметить положительную результативность использования стационарозамещающей помощи на уровне ПМСП.

Внедрение Единой национальной системы здравоохранения обеспечивает расширение объема стационарозамещающих услуг населению на уровне ПМСП, основными потребителями которой являются диспансерные больные (37,1%) и лица пенсионного возраста (16,9%).

Важным стимулом для повышения качества и расширения спектра предоставляемых медицинских услуг по ЕНСЗ является принцип следования финансовых средств за пациентами, которые получили возможность свободного выбора медицинской организации для плановой госпитализации.

Стимулирующие средства подушевого финансирования целенаправленно расходуются на оплату труда и обучение медицинского персонала организации ПМСП.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Постановление Правительства

Республики Казахстан № 1174 от 4 августа 2009 года «Об утверждении Плана мероприятий по реализации Единой национальной системы здравоохранения Республики Казахстан».

2. Ежемесячная аналитическая информация по реализации ЕНСЗ по РК, Астана, 2010-2012 гг.

3. Государственная программа «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы.

4. Приказ МЗ РК от 01 июня 2011 года № 344 «О внесении изменений и дополнений

в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 801 «Об утверждении Методики формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи».

5. Сборник нормативно-правовых актов по вопросам Единой национальной системы здравоохранения РК, Астана, 2009 г.

ТҮЙІНДЕМЕ

Алғашқы медициналық-санитариялық көмек деңгейінде Біріңғай ұлттық денсаулық сақтау жүйесін қолданудың нәтижесі

Автор мақаласында қысқаша Алғашқы медициналық-санитариялық көмек деңгейінде Біріңғай ұлттық денсаулық сақтау жүйесін қолданудағы ынталандырушы компонентті енгізудің нәтижесін ұсынады. Науқастардың ауруханаларды өз еркімен таңдау құқығын көрсеткен.

SUMMARY

Results of introduction of Uniform national health system at primary medical care level

In article the short analysis of changes in the primary medical care organization as a result of introduction of Uniform national health system is carried out. This creation of motivation for carrying out preventive work on the basis of a stimulating component of the standard per capita and realization of an option of the patient of the medical organization for stationary treatment.

Г. А. Камбарова

Ведущий специалист отдела анализа и мониторинга Центра медико-экономической экспертизы и анализа РЦРЗ МЗ РК

ВНЕДРЕНИЕ СТИМУЛИРУЮЩЕГО КОМПОНЕНТА ПОДУШЕВОГО НОРМАТИВА В ОРГАНИЗАЦИЯХ ПМСП В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Для более эффективного использования важного ресурсного потенциала здравоохранения – первичного амбулаторно-поликлинического звена и стимулирования его деятельности в здравоохранении был введен двухкомпонентный подушевой норматив, состоящий из базовой составляющей (определяемой по традиционной методике) и стимулирующего компонента (СКПН). Данный стимулирующий компонент основан на финансировании по подушевому принципу, который законодательно закреплён подушевым нормативом в расчете на прикрепленное население, позволяющий через 10 разработанных основных целевых и определенных промежуточных индикаторов и систему бальной оценки заинтересовать медперсонал ПМСП в повышении эффективности и улучшении качества медицинских услуг.

Внедрение СКПН позволило организациям ПМСП получить дополнительную оплату за достижение заданных параметров здоровья прикрепленного населения, что явилось положительным моментом не только для медицинских сотрудников, но и для населения и государства в целом – более качественная, современная медицинская помощь и формирование конкурентной системы здравоохранения, отвечающей потребностям населения.

По итогам внедрения СКПН увеличилось количество медицинского персонала в организациях за счет внедрения штатов «вторых» медицинских сестер (на 1 участкового врача 2 медицинские сестры), увеличился приток медицинских кадров, психологов и социальных работников, увеличилась стимулирующая надбавка к заработной плате медицинского персонала ПМСП, изменился сам подход медперсонала к сохранению здоровья населения – целенаправленные мероприятия на предупреждение заболеваний и пропаганда здорового образа жизни. Улучшилось качество оказываемой амбулаторно-поликлинической помощи населения РК путем достижения целей внедрения СКПН – снижение значений индикатора детской смертности по итогам 2011 года на 75,6%, снижение значений индикатора запущенных случаев новообразований визуальной локализации на 18,7%, снижение значений индикатора

подростковой беременности на 1,8%, снижение значений индикатора случаев беременности женщин детородного возраста с различными заболеваниями, которым противопоказана беременность на 7,17%, снижение значений индикатора уровня абортов по отношению к родам на 13,9%, снижение значений индикатора уровня госпитализаций с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы на 0,9%, снижение значений индикатора количества обоснованных жалоб на 27,3%. Однако требуется дальнейший мониторинг достижения целей по индикатору СКПН снижения случаев материнской смертности и индикатора запущенных случаев туберкулеза легких, так как по данным индикаторам положительная динамика к концу 2011 года зарегистрирована не во всех регионах. Индикатор «госпитализация лиц старше 70 лет» для оценки деятельности организаций ПМСП был внедрен в 3 квартале 2011 года для развития социальной службы в медицинских организациях и поощрения социальных работников.

По итогам достижения целей промежуточных индикаторов, также прослеживается положительная динамика внедрения СКПН – по итогам 2011 года снизился удельный вес летальных исходов в первые 24 часа при госпитализации с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы с 1,7 до 1,0, отметились снижение числа госпитализированных в круглосуточные стационары с показателя 34,9 на тысячу населения до 28,0. Значительно снизилось число недоработок со стороны организаций ПМСП при направлении больных на госпитализацию в стационары через электронный портал «Бюро госпитализации».

В сравнении с данными на начало 2011 г. итоги внедрения СКПН показали увеличение притока кадров к концу года в организации ПМСП на 7,8%. Укомплектованность участковыми врачами в 4 квартале составила 94,5%, укомплектованность участковыми медсестрами – 94,8%, социальными работниками – 96,9%, психологами – 96,7%.

За период внедрения СКПН в целом по РК по итогам 2011 года средняя дополнительная сумма на 1 врача увеличилась на 31,3%. В разрезе регионов дополнительная надбавка к зарплате у 1 врача в 3 квартале 2011 года, в зависимости от достигнутых целей индикаторов СКПН,

варьировалась от 62 200 тенге в Актюбинской области до 147 600 тенге в Мангистауской области.

Средняя дополнительная сумма на 1 среднего медицинского работника в среднем по РК по итогам 2011 года увеличилась на 36,7%. В разрезе регионов надбавка к зарплате на 1 участковую медсестру в среднем составила от 49 200 тенге в Акмолинской до 101 600 тенге в Костанайской областях.

В целом по РК по итогам 2011 года увеличилась дополнительная сумма на 1 социального работника на 1 808%. В разрезе регионов средняя сумма надбавки к зарплате в 3 квартале 2011 года составила от 21 000 тенге в Южно-Казахстанской области до 103 700 тенге в г. Алматы.

На 1 психолога средняя дополнительная сумма СКПН по итогам 2011 года увеличилась на 616,7%. В разрезе регионов сумма надбавки к зарплате на 1 психолога составляла по итогам года от 7 700 тенге в Кызылординской до 110 400 тенге в Костанайской областях.

За счет полученных от государства средств для стимулирования медработников ПМСП, было проведено обучение сотрудников как в пределах республики, так и за рубежом.

Результатом внедрения СКПН для населения стало:

- более внимательное отношение медицинских работников к решению медико-социальных проблем (гигиена, питание, профилактика болезней и др.) на основе внедрения института социальных работников;
- улучшение обеспечения льготными лекарственными средствами населения на закрепленных участках;
- повысилась информированность населения о культуре здоровья, в обществе появилась мотивация к сохранению здоровья;
- все больше людей на участках проходят скрининговое обследование;
- получение более доступной и качественной медицинской помощи в организациях ПМСП.

Результатом внедрения СКПН для медицинских работников организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь стало:

- возможность существенно повысить материальный доход в зависимости от объема и результата работы на участке;
- возможность получить бесплатное современное обучение для повышения профессиональной квалификации, в том числе за рубежом;
- снижение нагрузки на медицинских работников за счет притока кадров, внедрения в штаты «вторых медицинских сестер», освобождение врачей от несвойственных функций;
- появление мотивации у медицинских сотрудников направить свои профессиональные качества не на лечение, а на предупреждение заболеваний;
- появление ответственности и мотивации к участию в управлении организацией;
- появление конкурентной среды среди медработников как стимул повышения квалификации.

Результатом внедрения СКПН для государства стало:

- улучшение показателей индикаторов материнской и младенческой смертности, индикатора запущенных случаев новообразований визуальной локализации, подростковой беременности, индикатора случаев беременности женщин детородного возраста с различными заболеваниями, которым противопоказана беременность, индикатора уровня аборт по отношению к родам, индикатора уровня госпитализаций с осложнениями ССС, жалоб;
- вклад в экономику государства за счет сокращения прямых и косвенных потерь общества от болезней, инвалидности и преждевременной смерти граждан;
- улучшение материального благосостояния граждан категории бюджетных медицинских организаций;
- обеспечение оптимального баланса ответственности и интересов граждан.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аналитические таблицы по распределению сумм СКПН за период 3-4 кв. 2011 года, МЗ РК «РЦРЗ».

ТҮЙІНДЕМЕ

Қазақстан Республикасындағы БМСК ұйымдарында жан басына шаққандағы нормативке ынталандырушы компонент енгізу

Мақалада 2011 жылдың қорытындылары бойынша Қазақстан Республикасының медициналық-санитариялық алғашқы көмек ұйымдарында денсаулық сақтау жүйесін жетілдіру жетістіктерінің бірі болып табылатын жан басына шаққандағы нормативтің ынталандыру компонентін енгізудің нәтижелері көрсетіледі, бұл медицина қызметкерлері үшін ғана емес, жалпы халық және мемлекет үшін жағымды жағдай болды.

SUMMARY

The implementation of the stimulating component of per capita norm in primary care organizations in the Republic of Kazakhstan

The article shows the results of the implementation of the stimulating component of the per capita norm in organizing the primary health care in the Republic of Kazakhstan on the basis of 2011. It is one of the achievements in improving the health care system, which was a positive not only for the medical staff, but for the people and the nation on the whole.

Luís Velez Lapão and Gilles Dussault

International Public Health and Biostatistics Unit, Centro de Malária e, Doenças Tropicais, and WHO Collaborating Center for Health Workforce, Policy and Planning, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Lisbon, Portugal

FROM POLICY TO REALITY: CLINICAL MANAGERS' VIEWS OF THE ORGANIZATIONAL CHALLENGES OF PRIMARY CARE REFORM IN PORTUGAL

INTRODUCTION

The World Health Report 2008 proposed that well-developed primary healthcare (PHC) services are needed “now more than ever” as an appropriate strategy to improve access to healthcare and, at the same time, to address the issues of rising costs of services and users' quality expectations (WHO, 2008). Portugal did not wait for the recommendation to engage in the scaling up of its PHC services; its experience was even presented as an example of good practice (WHO, 2008, p. 3). In this paper, we propose a preliminary assessment of the Portuguese PHC reform initiated in 2005, as seen by first-line actors responsible for its implementation. We chose this approach as a strategy to assess the process of implementing a reform, with a view to identifying facilitators and obstacles to the passage from intentions of policy makers to change at ground level. We first summarize the development of PHC policies and services in Portugal. We then present our strategy to collect the views of actors mandated to implement the reform; a Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats (SWOT) analysis was conducted through a series of focus groups with clinical managers of PHC services, a choice justified by the centrality of the role they were expected to play in the reform and by the strategic observation position they occupy. Results are then presented and analyzed to reconstruct PHC services managers' explanation of the gap between what they think they were able to achieve and what was initially expected. We focused the analysis on health workforce issues, a topic that preliminary interviews had identified as the main concern of managers.

Strengthening PHC presupposes that new activities and functions are developed to achieve organizational objectives such as providing equitable access to services, ensuring their effectiveness, producing them in an efficient manner, and meeting the needs and expectations of the population. In turn, this requires that adequate capacity exists at various levels. Capacity can be viewed as the ability of organizations to develop and implement strategies to achieve their goals. It requires that managers and staff have competencies consistent with the mission, that adequate information, financial, technical, human

resources are available, and that organizational mechanisms and tools exist and function well to support the work of those who deliver the services (Mizrahi, 2004; Potter and Brough, 2004). In the case of implementing a major change such as a PHC reform, a supportive institutional and policy environment is also needed. For instance, rules governing the division of labor between the various occupational categories engaged in PHC need to be adjusted to the needs of this type of services (Barringer and Jones, 2004). Capacity is therefore not reduced to training and recruiting more personnel, but is a complex set of measures, which in combination support a change process.

Primary healthcare services in Portugal

In Portugal, the reform consisted mainly in the development of a new management and clinical governance model to improve access to PHC services, to reduce the inappropriate utilization of secondary and emergency services, to make efficiency gains, and to better control costs. The ultimate goal was that every resident in Portugal would be registered with a family medicine physician working in a family health unit (*unidade de saúde familiar, USF*) based in health centers (Lapão, 2008). The “reform” started in 2005 in a favorable political and economical context; it was promoted by a majority government (previous ones had been mostly coalition governments), and economic forecasts were optimistic. The main challenges were a deficit of physicians specializing in family medicine and the implementation of new organizational structures. The proposed reform was in line with Western European trends and in continuity with measures taken in the previous 30 years such as the creation of a family medicine specialty, the promotion of group practice and teamwork, the introduction of additional payment as an incentive to perform specific services (e.g., immunization or a diabetes monitoring program) and of partial capitation to supplement fee for service, the development of homecare and community-based mental health services, and the strengthening of the gate keeping role of family physicians and of PHC facilities as the point of entry (Bodenheimer et al., 2002; Macinko et al., 2003; Grumbach and Bodenheimer, 2004; WHO, 2008). One area in which the Portuguese reform

has not advanced is that of the expansion of the roles of nurses and other professionals to whom physicians could delegate some of their traditional tasks (Dussault and Fronteira, 2010).

The first policies to organize PHC services were adopted in 1962, with a view to tackle a high infant mortality rate (77.5%) (INE, 2001); it consisted mainly of avaccination program and the development of mother–child services in all regions of the country, with the support of the Catholic church health services network, through its *Santas Casas da Misericórdia*. When democracy was first established in 1974, one of the stated objectives of the new leaders was to create a National Health Service, on the British model, which was carried out in 1979. In 1982, the specialty of family physician was created and, the next year, the implementation of a second generation of PHC centers was launched, with the new specialists still in the process of developing their area of expertise (Pisco, 2008). In 1985, an Association of General Practitioners (*Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*) was created to bring together physicians working at the PHC level and to advocate for more support to the reform (APMCG, 1991).

In 1996, new organizational and management modalities were introduced. Examples are the Alfa Groups whereby teams of family physicians accepted to align their practice on objectives negotiated with the Regional Health Authority, to improve access to and quality of services. Another was the experimental regulatory regime, which consisted of an improved “Alfa” model, in which physicians accepted new remuneration mechanisms, the creation of patient list, and payment by capitation linked to performance indicators (Conceição et al., 2005). Later, in 1999, the government launched a third generation of self-organized PHC units, which used patient-need-based management and clinical governance practices, such as clinical audit, guidelines, and teamwork (Baker et al., 1999; Biscaia et al., 2006; van Zwanenberg and Harrison, 2007). In 2005, the first experimental regulatory regime evaluation results were published, and conclusions were generally positive (Gouveia et al., 2005).

In 2005, the Ministry of Health created a taskforce (“Mission for the PHC Reform”) to lead the setting up of autonomous and voluntarily constituted USF with annual individual and group work plans and performance targets (Biscaia, 2006a; Lapão, 2008). The first one started its activities in September 2006. In December 2007, the 100th USF opened, and as of April 2012, there are 318 USF in function, covering a population of approximately four million (41% of the total population) and employing 2229 physicians (general practitioners) and 2211 nurses (MCSP, 2012).

In 2008, 73 “Groups of Health Centers” (*Agrupamentos de Centros de Saúde*, ACES) were put in place, with a management structure consisting of an executive director, a clinical

council, and a management support unit (Figure 1). The clinical council includes a family physician as president, a public health physician, a nurse, and another health professional. ACES have a mandate to improve coordination and efficiency of PHC services at the local (sub-regional) level through better planning and sharing of resources. They were given only partial administrative autonomy as financial resources remained under the control of regional health authorities, which are still responsible for planning and resource allocation (MCSP, 2007).

Yet, ACES represent a significant step towards decentralization, in a country that has a long tradition of centralized decision making. Their creation raised the issue of the management capacity to create and lead multi-professional teams, as these adjust to a new governance model; approximately 400 new positions were created, and most appointees were clinicians with no or little managerial experience. The Ministry of Health decided that all new managers would go through a 1-year capacity development program designed and delivered by an academic institution (Lapão, 2010; Lapão and Dussault, 2011). ACES can decide and implement interventions adapted to the limitations of resources available to them and to the specificities of the community that they serve. They are responsible for developing their own organizational structure and management tools, to define clinical and technical governance systems, including community representation and participation mechanisms. These were the areas in which capacity development was needed (Figure 1).

The PHC reform can be viewed as a transformation process in which managers are expected to exercise leadership in supporting their colleagues in the search for innovative solutions to complex problems in a changing environment (Plsek and Wilson, 2001; Lapão, 2008; Dickson, 2009). Any process of change and reorganization is complex and time consuming, which is why management leadership in implementing the ACES was considered fundamental for the success of the reform, for example, to develop a balanced mix of physicians, nurses, psychologists, pharmacists, nutritionists, and dietitians with the skills to work in teams, to assess population needs, and to design and deliver services responding to these. This supposes access to good databases and information systems and to monitoring tools, which were not previously available. The growing sophistication of disease and drug management also requires more and better-trained pharmacists and pharmacist’s assistants (Gregório and Lapão, 2011).

After 2 years in their position, ACES managers were well placed to provide a first assessment of the capacity of their organization to fulfill its mandate and thereby to contribute to the success of the PHC reform, which justified our option for collecting and analyzing their perceptions at that level.

urban” and “mostly rural.” Here, we present the items that most frequently came up as important. Some were considered highly important by all groups; then, there were variations between urban and rural groups.

Table 1. Strengths, weaknesses, opportunities, and threats most frequently identified by mostly urban and mostly rural Groups of health centers

Strengths, weaknesses, opportunities, threats		Number of groups mentioning the item	
		Mostly urban (N=5)	Mostly rural (N=7)
Strengths	ACES management closer to reality and more effective (S)	5/5	6/7
	Training family medicine interns (T)	4/7	5/7
	Creation of new family care units (C)	5/5	3/7
	Professionals started meeting and discussing problem resolution (T)	3/5	5/7
	Investment in continuing education (T)	3/5	5/7
Weaknesses	Shortage of medical and other personnel (P)	4/5	7/7
	High percentage of citizens without family physician (C)	5/5	4/7
	Physicians moving to other facilities because of mobility rules and not being replaced (C)	5/5	4/7
	Population geographically dispersed (C)	2/5	7/7
	Lack of information systems (P)	3/5	6/7
	Older physicians with bad working habits (T)	2/5	6/7
	Lack of management autonomy (S)	2/5	6/7
	Lack of data for management (S)	2/5	6/7
	Deficient reference system with hospitals (S)	2/5	6/7
Opportunities	Partnership with municipal authorities to buy equipment or to arrange transportation (C)	4/5	5/7
	Reorganization of chronic disease management (C)	3/5	5/7
	The development of effective information systems (P)	4/5	4/7
	The positive atmosphere of reform (P)	4/5	3/7
	The development of partnerships with universities (T)	3/5	4/7
	Community council will enable the participation of other players, such as mayors and others (S)	2/5	5/7
Threats	Difficult communication with ARS (S)	4/5	6/7
	Lack of contractual negotiations support from ARS (S)	3/5	5/7
	Lack of response from ARS regarding HR management (C)	3/5	5/7
	Interference of central services leading to “firefighter effects” (P)	4/5	3/7
	Lack of support from Ministry of Health (T)	4/5	3/7
	Weak development of central shared services (S)	4/5	3/7
	Difficult articulation with the hospital/ULs (T)	1/5	5/7

C= coverage, P = productivity, T = technical quality, S = service quality.

Strengths and weaknesses

The strongest consensus on strengths of ACES was that they brought management closer to reality and thereby became more effective: all groups mentioned this.

Strong support (eight mentions) was also expressed for “the creation of new USF” and for “professionals started meeting and discussing problem resolution.” The creation of new USF being a voluntary process, it does not ensure that all regions benefit equally from it; some, such as the rural North interior and South Region,

had less. The creation of USF is a motive for satisfaction because it indicates that ACES succeeded in decentralizing services and in bringing primary care services closer to citizens. Another mention (“executive director participates in the process of creation of new USF”) reinforces this statement. The other strength mentioned indicates a major cultural change at the services level, where historically clinicians worked in silos. The possibility of training future family physicians and increased continuing education opportunities were valued by most groups. Other mentions

by half of the groups were “standardization of management procedures,” “access to non-medical services (psychology, physiotherapy),” and “increased experience in negotiation and in contracting with government agencies.”

On the weaknesses side, there is an overwhelming consensus on two related items: “the shortage of medical and other personnel” and the corresponding “high percentage of citizens without a family practitioner.” Respondents in all groups spontaneously identified this as a problem, which shows that the reform still has some way to go.

This is a politically sensitive issue: the government is regularly criticized by opposition parties and by citizen groups for not having yet completed the reform. Nine groups mentioned an administrative rule on mobility of personnel imposed by the Ministry of Health, which limits their autonomy in recruiting personnel and even deprives them of staff, who are displaced without being replaced, thereby contributing to their incapacity to cover more population. This rule was meant to redistribute medical and other personnel in a more equal, not necessarily equitable, manner and ended up taking staff from some ACES and relocating them without consultation and analysis of impact. The other major weaknesses identified by two-thirds of the groups are “the lack of information systems and of data for management” and “lack of managerial autonomy.” Also, the following were mentioned in a higher proportion by mostly rural groups: “older physicians with ‘bad working habits’, such as not being punctual, lack of communication skills, not enough care in maintaining patient files, and so on”; “lack of managerial autonomy”; “deficient reference system with hospitals”; “lack of clinical guidelines”; “staff with inadequate skills”; and “administrative burden that consumes time that should be devoted to developing clinical governance.” Finally, six out of seven rural groups insisted that having to deal with a dispersed population was weakening their capacity to respond to their population’s needs.

Opportunities and threats

The development of partnerships is the most valued opportunity, more so in rural areas. Participants in nine groups emphasized partnerships with municipalities to buy equipment or to arrange transportation for users, with universities for training of future family practitioners and for research, and with citizen groups such “ACES’ friends league.” The “positive atmosphere” that the reform has created is also seen as an opportunity (more so by urban groups), as well as other initiatives of the Ministry of Health, such as the reorganization of chronic disease management and the development of information systems.

Finally, the lack of responsiveness of regional authorities to requests for administrative support and of collaboration in negotiation of contract

was seen by all as the main threat. Half of the groups, including six of the seven rural groups, also mentioned the difficulties associated to articulating primary care with hospital services, an issue also raised under “weaknesses.”

Variations between urban and rural ACES were described as follows: in urban ACES, there are more USF, coverage is greater, citizens are more satisfied, more family medicine interns are trained, visit and contact numbers are higher, and professionals express more need for guidelines. In rural ACES, there are less USF, populations are more dispersed, road networks are inadequate, there is lack of time to develop guidelines, more physicians work alone, and there is a lack of policies regarding patients’ rights and obligations.

The creation of USF improved coverage, but a deficit of family physicians and nurses, particularly in rural ACES, as well as a lack of funding for positions for psychologists, physiotherapists, and social assistants, limits access to health workers and availability of services.

Although productivity is not measured directly, some ACES reported improvements as a result of new clinical governance procedures, better scheduling of activities, and the introduction of performance assessment. In others, shortages of physicians and medical supplies and the lack of adequate information systems were constraints to productivity. Participants also mentioned reorganization delays, lack of standard procedures, and lack of time management skills as factors impacting negatively on productivity. They also indicated that if regional agencies had transferred sufficient resources to ACES and had given directors coherent instructions, these obstacles could have been overcome.

With respect to “technical quality,” variations between older and younger physicians were reported, the latter being better prepared. Nurses tend to be considered better trained and better integrated in health teams within USF. In spite of efforts to promote clinical governance strengthening (creation of teams, allocation of time for meetings to plan and discuss progress), standard clinical procedures and practices have yet to be implemented across ACES. A positive observation is the increasing use of internet for accessing knowledge and interacting with peers (e.g., developing information portals using “Google sites”), but it has yet to be generalized.

Regarding service quality, there was an improvement in communication with professionals and with hospitals, although there is still progress needed at that level. Service quality suffers from the lack of financial autonomy and poor use of information systems. The relationships with regional authorities are regarded an important bottleneck, but the relationship with patients received positive comments.

The SWOT exercise stressed the perceived importance of human resources challenges, principally in terms of their availability and mobility. The perceived lack of support of regional

authorities and lack of information technology make it difficult to address these challenges adequately, in spite of efforts of executive directors to help cope with problems such as replacing personnel going into pension or moving to other organizations. Additional problems in health workforce management were related to the absence of incentives and career paths.

DISCUSSION

The SWOT served to help participants in assessing the progress of the PHC reform and in reflecting on strategies and options for further intervention, which is what is expected from such an exercise (Biscaia et al., 2006; Lapão, 2008; Ramlal et al., 2009; van Wijngaarden et al., 2010). The SWOT also helped identify “problems” that clinical managers defined as obstacles to the fulfillment of their mission. Examples such as lack of support from central and regional administration in budget, procurement, logistics, and human resources management and the absence of information systems have been reported in other contexts (Barnett et al., 2011; Taylor-Robinson et al., 2012). The lack of collaboration with hospitals is more of an obstacle in rural regions where communications are more difficult. Not all respondents face these obstacles: for instance, executive directors who have experience as managers at the regional authority level found it easier to obtain support from the upper levels of management.

Participants have also identified facilitators such as partnerships with municipalities and with patients’ associations. It was mentioned that where the population covered by the ACES coincides with that of a municipality, collaboration is easier. Some technological innovations, such as the electronic prescription system implemented in September 2011, and others not available everywhere, such as e-agenda or electronic appointment scheduling, are also seen as facilitators.

The SWOT analysis shows gaps between the intentions expressed by policy makers and the reality of reform as perceived by clinical managers. This raises the question of why this is so and where did the policy process fail. Kingdon’s (1995) “three-stream” theory of policy development is useful in understanding how an issue reaches the policy agenda and eventually leads to an intervention. It can also be used to understand why a policy failed to produce its expected results. The “problem stream,” in which issues are recognized and brought to the public agenda, the “policy stream,” in which alternative options are offered to policy makers, and the “political stream,” in which political actors place an issue on their agenda, can be seen as a “set of processes” that can be reconstituted retrospectively to identify factors that influenced the conduct of a reform.

In Portugal, the PHC reform became part of the government’s program in 2005 after various policy

alternatives had been proposed in reports and studies, for example, on the cost-effectiveness of PHC services (Gouveia et al., 2005), and after pilot experiments conducted between 1996 and 2004 (Lapão, 2008). The idea of such a reform had been discussed for more than 25 years, but it is only in 2005 that it reached the political agenda when a new government took power. The latter delegated the responsibility for implementation to a task force, turning a policy objective into a technical issue. The impact was that the reform gradually slipped from the political agenda and from then on received less attention and support. What had thus far been a policy commitment of the whole government became the responsibility of a technical agency; the implementation became the “problem” of the task force. As a result, decisions were relevant for the reform but under the control of other ministries and agencies and were not always consistent with it. For example, there were delays in opening positions for family medicine specialty training (a responsibility of the Ministry of Higher Education), and early retirement rules applying to the whole public administration were adopted at the initiative of the Ministry of Finance, which led to an unexpected higher attrition rate in PHC services. The absence of planning of the skills mix (as the number of family physicians and the number of nurses are almost equal) and resistance to delegation of tasks and to expansion of the role of nurses to augment efficiency by the Medical Council in particular played a greater role than they would presumably had if the reform had received stronger political support.

In the PHC reform, each of the three streams followed its own logic and had its own driving forces. Some leaders of the general practitioners association were prominent members of the socialist party elected in 2005, and they helped bring PHC reform on the policy agenda. A technical document prepared by their association advocating the reform became the government plan for PHC services’ organization and delivery. The combination of government and professional associations’ support created a “policy window” favorable to the launch of the reform. Such “policy windows, the opportunities for action on given initiatives, present themselves and stay open for only short periods” (Kingdon, 1995), and this was the case in Portugal. The window was narrow because not all stakeholders were supportive: professional councils, faculties of medicine, and associations of medical specialists did not oppose the reform, but their support was rather lukewarm because they had not been associated with its conception. The time needed to put in place the technical, regulatory, and administrative structure to accompany the reform slowed the momentum of the reform. When all was ready, the financial crisis had reached Portugal and support weakened even more. In sum, a mix of internal and external factors changed the environment from favorable to less favorable in a matter of 2 years.

At the Ministry of Health level, no new economic or technical feasibility studies were conducted to explore alternative policy options to cope with the difficulties of the reform. In the absence of an explicit health workforce policy, the strategy of the Ministry of Health to respond to shortages of family physicians and nurses in underserved areas, a major obstacle to the development of PHC services, was to contract health professionals from abroad, namely from Cuba, Colombia, Costa Rica, and Uruguay, even though there were unemployed nurses and Portuguese physicians trained abroad willing to return to the country.

Overall, for clinical managers, there has been a disconnection between policies and the needs of managers responsible of implementing the PHC reform. In fact, there is no indication that efforts were made to identify those needs. In the context of a major reform, a new culture of strategic management needs to be developed and sustained, which requires new skills, new tools, and a supportive policy environment, open to innovation, in addition to clear policy objectives and directions (Hamel, 2006; Dickson, 2009; Mable et al., 2012). Managers whom we interviewed reported that these prerequisites were not met. These are only perceptions, but

they can not be disregarded as they influence the motivation and behavior of managers, which in turn impact those of providers of services.

CONCLUSION

This study highlights that the adoption of laws and decrees, not accompanied by the allocation of adequate resources and governance rules, is not enough to support a major reform, such as strengthening primary care services and making them the point of entry of the health services system. It only creates tensions between decision makers, managers, and health providers and in the end does not serve well the needs of citizens. Policy analysts have observed this in many contexts and at different times, but they are rarely heard. It is never too late to start using rational tools to better understand the needs that a PHC reform generates and to plan for adequate responses. In a way, the opportunity for reform may be greater with the economy in crisis, as demand for access to family health services by citizens is stronger than a decade ago and the need for more efficiency are greater than ever. A new window of opportunity might be opening: it remains to be seen if policy makers will take advantage of it.

Луис Велес Лапао и Жиль Дюссо

Департамент международного общественного здоровья и биостатистики, Центр Малярия, Доенкас Тропикас и центр, сотрудничающий с ВОЗ по трудовым ресурсам здравоохранения, политики и планирования, Институт Гигиены Тропической Медицины, Университет Нова-де-Лиссабон, Лиссабон, Португалия

ОТ ПОЛИТИКИ К РЕАЛЬНОСТИ: ВЗГЛЯДЫ КЛИНИЧЕСКИХ МЕНЕДЖЕРОВ НА ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕФОРМЫ ПМСП В ПОРТУГАЛИИ

ВВЕДЕНИЕ

В докладе ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения) 2008 было озвучено, что услуги развитой первичной помощи требуются "сейчас более чем когда-либо», как соответствующая стратегия для улучшения доступа к здравоохранению и в то же время для решения проблемы роста стоимости услуг и ожидания качества потребителями (ВОЗ 2008).

Португалия не ждала рекомендаций для начала расширения своих услуг ПМСП, ее опыт даже был представлен как хороший практический пример (ВОЗ, 2008, стр. 3). В этой статье мы предлагаем предварительную оценку реформы португальского ПМСП начатого в 2005 году, оцененного с позиции непосредственно лиц, ответственных за ее реализацию. Мы выбрали этот подход в качестве стратегии для оценки процесса реализации реформы, с целью выявления содействующих посредников и препятствий на пути перехода от озвученной идеологии к исполнению. Первым делом мы подводим итоги развития политики и обслуживания ПМСП в Португалии. Затем мы представляем нашу стратегию чтобы собрать мнения участников реформы; SWOT (сильные и слабые стороны, возможности и угрозы) анализ был проведен через серию фокус-групп с клиническими менеджерами услуг ПМСП, выбор был оправдан централизованной ролью, которую они должны играть в процессе реформирования и стратегическим положением их должностей. Результаты были представлены и проанализированы с целью переосмысления толкования менеджерами услуг ПМСП в плане различий между их пониманием того, чего они могут достичь и тем, что ожидалось изначально. Мы сосредоточили внимание на анализе кадровых ресурсов здравоохранения, тема, которая по предварительным опросам была определена как главная проблема руководителей.

Укрепление ПМСП предполагает разработку новых видов деятельности и функций для достижения организационных целей, таких как обеспечение равного доступа к услугам, обеспечение их эффективности, экономное производство и удовлетворение потребностей и ожиданий населения. В свою очередь, это требует адекватного потенциала на различных уровнях. Потенциал можно охарактеризовать как способность организации к разработке и реализации стратегий для достижения своих целей. Он требует, чтобы руководители и сотрудники имели компетенцию в соответствии с их миссией, наличие информационных, финансовых, технических и человеческих ресурсов, а также для успешного существования и исправной работы организационных механизмов и инструментов для поддержки поставщиков услуг (Mizrahi, 2004; Potter and Brough, 2004).

Для реализации значительных изменений, таких как реформа ПМСП, также необходима благоприятная институциональная и политическая среда. Например, правила, регулирующие разделение труда между различными профессиональными категориями поставщиков ПМСП должны быть приспособлены к потребностям этого вида услуг (Barringer and Jones, 2004). Возможности, следовательно, не сводятся к обучению и привлечению большего числа сотрудников, а являются целым комплексом мер, которые в сочетании обеспечивают поддержку процесса изменений.

Первичная медико-санитарная помощь в Португалии

В Португалии реформа состояла в основном в разработке нового руководства и клинической модели управления для улучшения доступа к ПМСП, чтобы уменьшить нерациональное использование вторичных и аварийно-спасательных служб, с целью повышения эффективности

и улучшения управления расходами. Конечная цель заключается в том, чтобы каждый житель Португалии был закреплен за семейным врачом, который работает в отделе семейной медицины (*unidade de saúde familiar, USF*), на базе медицинских центров (Larão, 2008). «Реформа» началась в 2005 году в благоприятной политической и экономической обстановке, она была пролоббирована большинством голосов члена правительства (предыдущие правительства были главным образом коалиционными правительствами), к тому же экономические прогнозы были оптимистичными. Основные проблемы были связаны с дефицитом врачей, специализирующихся в области семейной медицины и во внедрении новых организационных структур. Предлагаемая реформа была в соответствии с Западно-Европейскими тенденциями и служила продолжением мероприятий, предпринятых в предыдущие 30 лет, такие как создание специальности семейной медицины, развитие практики в группах и работы в команде, введение дополнительной платы в качестве стимула для выполнения определенных услуг (к примеру, программы мониторинга иммунизации или диабета), а также введение частичной капитации, для того, чтобы дополнить оплату за обслуживание, развитие общинных служб психического здоровья с уходом на дому, а также укрепление роли привратника семейных врачей и учреждений ПМСП, в качестве точки обращения (Bodenheimer et al., 2002; Macinko et al., 2003; Grumbach and Bodenheimer, 2004; WHO, 2008). Одна из областей, в которых португальская реформа не была успешной, заключалась в расширении роли медсестер и других специалистов, которым врач может делегировать некоторые из своих традиционных полномочий (Dussault and Fronteira, 2010).

Первые политические инициативы по организации ПМСП были приняты в 1962 году и направлены на решение вопроса высокого уровня младенческой смертности (77,5%) (INE, 2001). Она состояла в основном из программы вакцинации и программы развития услуг для матери и ребенка во всех регионах страны, при поддержке сети услуг здоровья католической церкви, посредством ее *Santas Casas da Misericórdia*. Когда демократия была создана в 1974 году, одной из поставленных задач нового руководства было создание Национальной службы здравоохранения по британской модели, которая была реализована в 1979 году. В 1982 году была создана специальность семейного врача, а в следующем году - реализация второго поколения центров ПМСП с новыми специалистами, находящимися в процессе переобучения (Pisco, 2008). В 1985 году Ассоциация врачей общей практики

(*Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*) была создана с целью объединения врачей, работающих на уровне ПМСП, а также для того, чтобы выступить за более активную поддержку реформ (APMCG, 1991).

В 1996 году были введены новые организационные и управленческие условия. Примерами выступили «Альфа-группы», где среди команд семейных врачей было принято согласовывать свою практику с Властями регионального управления здравоохранения, для того, чтобы в целом улучшить доступ и качество услуг. Другим примером выступил экспериментальный режим регулирования, который состоял из улучшенной "Альфа" модели, в которой врачи приняли новые механизмы оплаты труда, создание списка пациентов и оплаты по подушевому нормативу, привязанному к показателям эффективности (Conceição et al., 2005). Позже, в 1999 году правительство запустило третье поколение самоорганизующихся единиц ПМСП, в котором используется управление на основе потребностей пациентов и практики клинической модели управления, такие как клинический аудит, руководства и работа в команде (Baker et al., 1999; Biscaia et al., 2006; van Zwanenberg and Harrison, 2007). В 2005 году первые экспериментальные результаты нормативной оценки режима были опубликованы, и выводы были в целом положительными (Gouveia et al., 2005).

В 2005 году Министерством здравоохранения создана рабочая группа ("Миссия для первичной медико-санитарной реформы"), чтобы привязать USF (отделов семейной медицины) из автономных и добровольно организованных с годовыми индивидуальными и групповыми планами работы, а также целевыми индикаторами (Biscaia, 2006a; Larão, 2008). Первый отдел начал свою деятельность в сентябре 2006 года. В декабре 2007 года, открылось 100 USF, и по состоянию на апрель 2012 года, 318 USF уже функционируют, охватывая население около четырех миллионов (41% от общей численности населения) и используя 2229 врачей (врачей общей практики) и 2211 медсестер (MCSP, 2012).

В 2008 году 73 "Группы центров здоровья" или ACES (*Agrupamentos de Centros de Saúde* Кластеры медицинских центров) были введены в действие со структурой управления, состоящей из исполнительного директора, клинического совета, и блока управления поддержки. Клинический совет включает семейного врача во главе, как президента, врача общей практики, медсестру, и любого другого врача - специалиста здравоохранения. ACES имеет мандат для улучшения координации и эффективности первичной медико-санитарной службы на местном (субрегиональном) уровне, за счет улучшения планирования и распределения

ресурсов. Они получили лишь частичную административную автономию, так как финансовые ресурсы остались под контролем региональных органов здравоохранения, которые по-прежнему ответственны за планирование и распределение ресурсов (MCSP, 2007).

Тем не менее, ACES представляют собой значительный шаг на пути децентрализации, в стране, которая имеет давние традиции централизованного принятия решений. Их создание подняло вопрос об управленческом потенциале, для создания и ведения нескольких профессиональных команд, так как они находятся в процессе адаптации к новой модели управления; было создано около 400 новых позиций, и большинство назначенных людей были врачами без или почти без управленческого опыта. Министерство здравоохранения решило, что все новые менеджеры проходят 1 годичную программу развития потенциала, разработанной и проводимой в учебном заведении (Larão, 2010; Larão and Dussault, 2011). ACES может принимать решения и реализовывать изменения, адаптированные к ограниченности имеющихся у них ресурсов и к особенностям сообщества, которое они обслуживают. Они отвечают за разработку своей организационной структуры и инструментов управления, для того, чтобы определить клинические и технические системы управления, в том числе механизмы представительства и участия общественности. Это были области, которые нуждались в развитии потенциала (Рис. 1).

Реформы ПМСП можно рассматривать как процесс преобразования, в которых менеджеры должны играть ведущую роль в поддержке своих коллег для поиска инновационных решений сложных проблем в условиях изменяющейся среды (Plsek and Wilson, 2001; Larão, 2008; Dickson). Любой процесс перемен и реорганизации является сложным и требует времени, поэтому управление лидерством в реализации ACES считается основополагающим для успеха реформ, например, для разработки сбалансированного сочетание врачей, медсестер, психологов, фармацевтов и диетологов с навыками работы в команде, для оценки потребностей населения, а также для разработки и предоставления услуг согласно потребностям. Это предполагает доступ к хорошей базе данных и информационным системам и к средствам контроля, которые не были изначально доступны. Растущая сложность заболеваний, а так же управление лекарственными средствами требует все больше и лучше подготовленных фармацевтов и их ассистентов (Gregório and Larão, 2011).

Спустя 2 года, менеджеры ACES были удачно внедрены в свою деятельность для проведения первичной оценки потенциала своей организации, с целью выполнения ее обязательств, и тем самым внесли свой вклад в успех реформы ПМСП, которая оправдала возможность для сбора и анализа данных.

МЕТОДЫ

Удобный выбор был сделан для проведения фокус-групп с представителями

Структура ACES и функциональные отделы

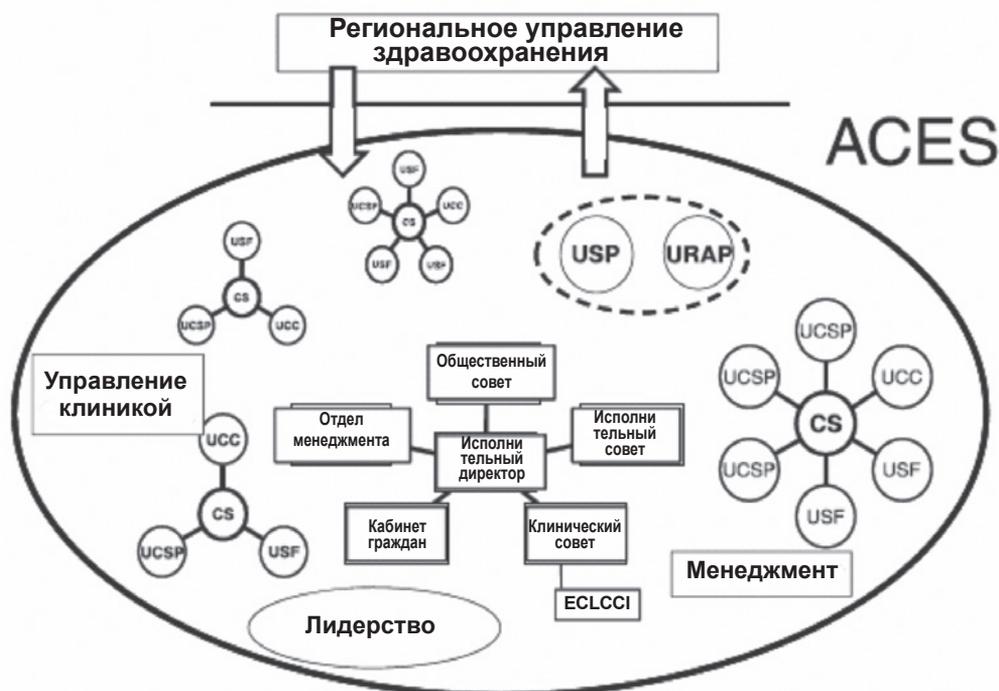


Рисунок 1.– Структура и функциональные отделы ACES (MCSP, 2012)

Клинических Советов 73-х ACES. Встречи для обсуждения были организованы таким образом, чтобы совпасть с программными сессиями тренингов, в которых принимали участие авторы. В целом, 257 руководителей, представляющие 87% от их общей численности, которое составляло 296, приняли участие в 12 сессиях: четыре прошли в Северном регионе, три в центральном регионе, три в районе Лиссабона, два в Южном регионе, и по одному в Алентежу и Алгарве. 39 менеджеров, которые не принимали участия, имели профиль схожий с теми, кто принимал участие. Все ACES были представлены: 25 охватили, главным образом, городское население, в среднем 200 000 человек; 48 охватили сельское население, меньшее в численности, в среднем 80 000 человек.

Групповая дискуссия была построена по классическому анализу - упражнению SWOT, состоящего из опроса участников, в количестве от 12 до 24, для того, чтобы подумать как «стратеги» в определении сильных и слабых сторон организации, а также ее возможностей и угроз (van Wijngaarden et al., 2010). Групповые обсуждения проходили при посредничестве модератора, которым выступил один из авторов. Были использованы П-образные конференц-залы, высказывания участников записывались на доске, чтобы они могли наблюдать за тем, как строится анализ. Сессии длились 120 минут в среднем и начинались с обсуждения вопросов человеческого ресурса, так как предыдущие интервью указывали на то, что это были основные проблемы, с которыми менеджерам пришлось столкнуться.

Дискуссия была построена вокруг четырех составляющих кадровой обеспеченности работников здравоохранения (Bossert et al., 2007, Dussault, Fronteira 2010) (I) обзор, к примеру, имеющейся рабочей силы, позволяющей ACES предложить весь спектр ПМСП и охватить все группы населения, (II) производительность, к примеру, как имеющаяся рабочая сила выполняет то, что можно оптимально было бы ожидать, например, через более эффективное сочетание навыков, либо путем развития работы в команде; (III), техническое качество или степень производства услуг в соответствии с принятыми профессиональными нормами и стандартами, и (IV), качество обслуживания, определяется как степень, в которой работники здравоохранения занимаются не клиническими законными потребностями и ожиданиями их населения, в условиях хорошей коммуникации, соблюдения конфиденциальности, информированного согласия, теплоотношения и сопереживания.

Обучение началось с определения "сильных сторон", для того, чтобы начать дискуссию на позитивной ноте и избежать акцентирования внимания участников только на том, что не

работает. В дополнение к мнениям, были собраны данные и фактическая информация, например, когда приступали к "охвату населения", участникам было предложено сообщить о доле населения без семейного врача, охват пациентов с сахарным диабетом, и так далее. В качестве "социального процесса", SWOT-анализ позволил участникам взаимодействовать с коллегами с подобными обязанностями, но работающих в разных типах среды, что позволило сравнить их опыт, это действие было направлено на то, чтобы помочь им оценить свою собственную ситуацию. Осуществление SWOT-анализа не позволяет придавать особое значение для каждого элемента, что является значительным, однако, общим ограничением, которое требует осторожности в интерпретации результатов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В таблице 1 приведены результаты к каждому измерению деятельности работников здравоохранения. Наиболее часто выделяемые элементы делятся на "в основном городские" и "в основном сельские". Здесь мы представляем элементы, которые чаще всего отмечаются как важные. Некоторые из них считаются очень важными для всех групп; в таком случае существуют различия между городскими и сельскими группами.

Сильные и слабые стороны

Самый сильный консенсус в положительной стороне ACES, это то, что они приблизили управление к реальности, тем самым сделали его более эффективным: все группы отметили этот факт. Сильная поддержка (восемь упоминаний) была также выражена для "создания новых USF" и "организации встреч и дискуссий по решению проблем с профессионалами". Создание новых USF - это добровольный процесс, он не гарантирует одинаковую выгоду всем регионам, некоторым, таким как сельский северный округ и южный регион, выгоды было меньше. Создание USF в целом оценивается удовлетворительно, так как это указывает на то, что ACES добился успехов в децентрализации услуг и в более близком предоставлении услуг ПМСП гражданам. Другое упоминание («исполнительный директор участвует в процессе создания новых USF») подтверждает это заявление. Другое важное упоминание указывает на основные культурные изменения на уровне услуг, где исторически врачи работали изолированно. Возможность обучения будущих семейных врачей и увеличение продолжительного образования были оценены большинством групп. Другими замечаниями от половины групп были «стандартизация процедур управления», «доступ к немедицинским

услугам (психология, физиотерапия)» и «улучшение опыта ведения переговоров и заключения контрактов с государственными органами».

Слабыми сторонами являлись два взаимосвязанных элемента: «Нехватка медицинского и другого персонала» и соответственно «Высокий процент граждан без семейного врача». Респонденты во всех группах спонтанно определили это как проблему, что означает, реформам еще предстоит пройти определенный путь. Это является политически чувствительным вопросом: оппозиция и группы граждан регулярно критикуют правительство за то, что не завершаются реформы.

Девять групп упомянули административные правила на мобильность персонала, введенных Министерством здравоохранения, которое ограничивает их самостоятельность в подборе персонала и даже лишает их сотрудников, которые переходят в другие департаменты без замены, усугубляя тем самым их неспособность охватить больше населения. Предполагалось, что это правило перераспределит медицинских и других задействованных работников в более равном, не обязательно в справедливом образе и в итоге сотрудники некоторых ACES были перемещены без консультации и анализа последствий. Другими крупными недостатками выделены 2/3 групп, у которых было замечено «отсутствие информационных систем и данных для управления» и «отсутствие управленческой автономии». Кроме этого, следующие замечания были часто упомянуты большей частью сельскими группами: «старые врачи с

плохими привычками», например, отсутствие пунктуальности, отсутствие навыков общения, не достаточно в ведении и сохранении файлов пациентов и так далее, «отсутствие управленческой автономии», «недостаточно скоординированная система с больницами», «отсутствие клинических руководств», «сотрудники с недостаточными навыками» и «административная нагрузка, которая отнимает время, которое должно быть посвящено развитию самой клиники». Наконец шесть из семи сельских групп утверждали, что работа с разбросанным населением ослабила их способность реагирования на потребности своего населения.

Возможности и угрозы

Развитие партнерских отношений является наиболее ценной возможностью, тем более в сельской местности. Участники девяти групп подчеркнули важность партнерских отношений с муниципалитетами для того, чтобы, например, купить оборудование или организовать транспорт для пользователей, с университетами для подготовки будущих семейных врачей, для научных исследований, гражданскими группами таких как «друзья лиги ACES». «Положительная атмосфера», которую создала реформа, была отмечена как возможность (больше городскими группами), так же как и другие инициативы Министерства здравоохранения, такие как реорганизация менеджмента хронических болезней и развитие информационных систем. Наконец, отсутствие реакции региональных властей на запросы административной поддержки и сотрудничества в переговорах по контрактам рассматривается всеми как главная угроза.

Таблица 1 - Сильные и слабые стороны, возможности и угрозы чаще всего выделяемые городскими и сельскими группами медицинских центров

Сильные и слабые стороны, возможности и угрозы		Количество групп, отметивших этот пункт	
		В основном городские (N = 5)	В основном сельские (N = 7)
Сильные стороны	Управление ACES стало ближе к реальности, и более эффективным (S)	5/5	6/7
	Подготовка интернов по семейной медицине (T)	4/7	5/7
	Создание новой семейной терапии (C)	5/5	3/7
	Встречи и дискуссии по решению проблем с профессионалами (T)	3/5	5/7
	Инвестиции в продолжительное образование (T),	3/5	5/7
Слабые стороны,	Нехватка медицинского и другого персонала (P)	4/5	7/7
	Высокий процент граждан без семейного врача (C)	5/5	4/7
	Врачи перемещаются на другие объекты из-за Правил о мобильности без своей замены (C)	5/5	4/7
	Население географически разбросано (C)	2/5	7/7
	Отсутствие информационных систем (P)	3/5	6/7
	Старые врачи с вредными рабочими привычками (T)	2/5	6/7
	Отсутствие автономии управления (S)	2/5	6/7
	Отсутствие данных для управления (S)	2/5	6/7
Дефектные системы отчета с больницами (S)	2/5	6/7	

Возможности	Возможности партнерства с муниципальными властями на приобретение оборудования или на организацию транспортировки (C)	4/5	5/7
	Реорганизация менеджмента хронических заболеваний (C)	3/5	5/7
	Разработка эффективных информационных систем (P)	4/5	4/7
	Позитивная атмосфера реформ (P)	4/5	3/7
	Развитие партнерских отношений с университетами (T)	3/5	4/7
	Общественный совет дает возможность участия других игроков, таких, как мэры и другие (S)	2/5	5/7
Угрозы	Трудная связь с ARS (S) 4/5 6/7	4/5	6/7
	Отсутствие договорной поддержки со стороны ARS (S)	3/5	5/7
	Отсутствие ответа от ARS по вопросам кадрового управления (C)	3/5	5/7
	Вмешательство центральных служб, ведущих к «Эффекту пожаротушения» (P)	4/5	3/7
	Отсутствие поддержки со стороны Министерства здравоохранения (T),	4/5	3/7
	Слабое развитие центральных совместных услуг (S)	4/5	3/7
	Трудности коммуникации с больницей / ULS (T)	1/5	5/7

C = охват, P = производительность, T = техническое качество, S = качество услуг.

Половина групп, в том числе шесть из семи сельских групп, также отметили затруднения, коммуникацией услуг ПМСП с больничными услугами, что было отмечено в разделе "слабые стороны".

Различия между городскими и сельскими ACES были описаны следующим образом: в городских ACES, больше USF, охват больше, граждане в большей степени удовлетворены, большинство молодых семейных специалистов обучаются на местах, количество визитов выше, специалисты выражают больше необходимости в разработке клинических руководств. В сельских ACES, меньше USF, население более рассеяно, дорожные сети являются неудовлетворительными, не хватает времени, чтобы разработать клинические руководства, больше врачей работают в одиночку, также имеется отсутствие политики в отношении прав пациентов и обязанностей.

Создание USF улучшило охват, но дефицит семейных врачей и медсестер, особенно в сельских ACES, а также отсутствие финансирования психологов, физиотерапевтов и социальных работников ограничивает доступ к медицинским работникам и доступность услуг в целом.

Хотя производительность невозможно прямо измерить, некоторые из ACES сообщили об улучшениях в результате появления новых клинических процедур управления, лучшего планирования деятельности, а также внедрения оценки эффективности труда. Другие отметили, что нехватка врачей и медикаментов, а также отсутствие адекватных информационных систем стали ограничениями в производительности. Участники также отметили, что задержки в реорганизации, нехватка стандартных процедур и отсутствие навыков управления

временем, являются факторами, влияющими отрицательно на производительность. Они также указали, что если бы региональные учреждения передавали бы достаточно ресурсов для ACES и давали бы последовательные указания директорам, эти препятствия могли бы быть преодолены.

Что касается "технического качества"-сказывались различия между старшими и младшими врачами, последние были лучше подготовлены. Медсестры, как правило, считаются более подготовленными и лучше интегрировались в медицинском понимании USF. Несмотря на усилия по содействию укрепления клинического управления (создание команд, распределение времени для встреч, чтобы планировать и обсуждать ход продвижения), стандартные клинические процедуры и практика все еще должны были быть внедрены в ACES. Наблюдаются положительные изменения во все более широком использовании интернета для доступа к знаниям и взаимодействия с коллегами (например, разработка информационных порталов с использованием "Google сайтов"), однако, требуется их повсеместное распространение и обобщение.

Что касается качества обслуживания, наблюдается улучшение коммуникации с профессионалами и с больницами, хотя прогресс все еще требуется в данном направлении. Качество услуг страдает от отсутствия финансовой автономии и неэффективного использования информационных систем. Отношения с региональными властями рассматриваются как бюрократически трудные, однако взаимоотношения с пациентами, получили положительные отзывы.

Проведение SWOT - анализа подчеркнул важность проблемы человеческих ресурсов,

главным образом, с точки зрения их доступности и мобильности. Отмеченное отсутствие поддержки региональных властей и отсутствие информационных технологий сильно затрудняет решение этих проблем, несмотря на усилия исполнительных директоров помочь справиться с такими проблемами, как замена персонала, выходящего на пенсию или переходящего в другие организации. Дополнительные проблемы в области управления персоналом здравоохранения были связаны с отсутствием стимулов и карьерного роста.

ОБСУЖДЕНИЕ

SWOT-анализ служит для того, чтобы помочь участникам оценить динамику реформы ПМСП и проанализировать стратегию и варианты дальнейшего развития, что и ожидается от проведения такого анализа (Biscaia et al., 2006; Lapão, 2008; Ramlal et al., 2009; van Wijngaarden et al., 2010). SWOT-анализ также позволил выявить "проблемы", которые менеджеры клиник определили как препятствия к выполнению своей миссии. Такие примеры препятствий, как отсутствие поддержки со стороны центральной и региональной администрации по вопросам бюджета, закупок, логистики и управления человеческими ресурсами, а также отсутствие информационных систем, были отмечены и в других контекстах (Barnett et al., 2011; Taylor-Robinson et al., 2012). Отсутствие сотрудничества с больницами, скорее относится к препятствиям в сельских районах, где коммуникации являются более сложными. Не все респонденты сталкиваются с этими препятствиями: например, исполнительные директора, имеющие опыт работы в качестве руководителей на региональном уровне отметили, что им было легче получить поддержку со стороны высших уровней управления. Участники также определили координирующие понятия, такие как партнерские взаимоотношения с муниципалитетами и с ассоциациями пациентов. Было отмечено, что там, где население, охваченное ACES совпадает с муниципалитетом, совместная работа шла легче. Некоторые технологические новшества, такие как система электронной выдачи рецепта, введенная в сентябре 2011 года и другие, оказались доступны не везде, также как и электронная повестка или электронное назначение на прием к врачу, что тоже рассматривается в качестве посреднического элемента.

SWOT анализ показывает различия между намерениями политиков и реальностью реформы в восприятии клинических менеджеров. В этой связи возникает вопрос, почему все это так, и где политический процесс терпит неудачу. Теория Кингдона (1995) о «трех потоках» развития политики полезна

в понимании того, как проблема достигает политической повестки дня и в конечном итоге приводит к вмешательству. Теория также может быть использована для того, чтобы понять, почему политика не дала ожидаемых результатов. "Проблемный поток", в котором выявляются вопросы и достигают того, чтобы попасть на общественную повестку дня, "поток политики", в котором политическим деятелям предлагаются альтернативные варианты, и "политический поток", в котором политические деятели выносят вопрос на повестку дня, можно рассматривать как "совокупность процессов", которые могут быть восстановлены ретроспективно для того, чтобы определить факторы, которые повлияли на проведение реформы.

В Португалии, реформа ПМСП стала частью правительственной программы в 2005 году после того, как различные политические альтернативы были предложены в отчетах и исследованиях, к примеру, исследование направленное на увеличение экономической эффективности ПМСП (Gouveia et al., 2005), и также после пилотного исследования, проведенного в период между 1996 и 2004 годами (Lapão, 2008). Идея проведения такой реформы обсуждалась более 25 лет, но только в 2005 году она вошла в политическую повестку дня, когда новое правительство пришло к власти. Последнее делегировало ответственность за реализацию на целевую группу, превратив политическую цель в технический вопрос. Результатом стало то, что реформа постепенно ушла с политической повестки дня и с тех пор ей уделяется все меньше внимания и поддержки. То, что до сих пор было вопросом политической приверженности всего правительства, стало ответственностью технического учреждения, реализация стала «проблемой» целевой группы. В результате, решения в отношении реформы были правильными, однако, были под контролем других министерств и ведомств, которые не всегда им следовали. Например, имели место задержки в начале обучения по специальности «семейная медицина» (в ведении Министерства образования), а также правила раннего ухода на пенсию, которые применялись ко всей государственной администрации были приняты по инициативе Министерства финансов, которые привели к неожиданной высокой убыли из ПМСП. Отсутствие планирования сочетания навыков (количество семейных врачей и медсестер были почти равны), а также устойчивое сопротивление к делегированию полномочий и к расширению роли медсестер для увеличения эффективности Медицинского Совета, в частности, сыграли большую роль, чем они, возможно сыграли бы, получили реформа сильную политическую поддержку.

В реформе ПМСП, каждый из трех потоков следует согласно своей собственной логики

и имеет свои движущие силы. Некоторые лидеры ассоциаций врачей общей практики были видными представителями социалистической партии, избранной в 2005 году, они способствовали продвижению реформы ПМСП. Технический документ, подготовленный их ассоциацией, защищающий интересы реформы, стал планом правительства для организации и осуществления первичной медико-санитарной помощи. Сочетание государственной поддержки и поддержки профессиональных ассоциаций создали «политическое окно» благоприятное для запуска реформы. Такие «политические окна, возможности для действий по различным инициативам, представляют сами себя и остаются открытыми лишь в течение коротких периодов» (Kingdon, 1995), что и имеет место в Португалии.

Окно было узким, потому что не все заинтересованные стороны оказывали поддержку: профессиональные советы, факультеты медицины, а также ассоциации врачей-специалистов не были против реформ, но их поддержка была довольно посредственной, потому что они не были связаны с ее концепцией. Время, необходимое для введения в действие технических, нормативных и административных структур для сопровождения реформы замедлили импульс реформы. Когда все было готово, финансовый кризис достиг Португалии и поддержка ослабла еще больше. В целом, сочетание внутренних и внешних факторов изменили окружающую среду с благоприятной на менее благоприятную в течение 2-х лет.

На уровне Министерства здравоохранения, никаких новых экономических или технических исследований не проводилось для изучения альтернативных вариантов развития политики, чтобы справиться с трудностями реформы. В отсутствие четкой политики кадровых ресурсов здравоохранения, а также стратегии Министерства здравоохранения в ответ на нехватку семейных врачей и медсестер в тех районах, в которых недостаточно помощи, основным препятствием на пути развития ПМСП, была проблема привлечения медицинских работников из-за рубежа, а именно с Кубы, Колумбии, Коста-Рики и Уругвая, хотя были и безработные медсестры и врачи из Португалии, обучаемые за рубежом, желающие вернуться в страну

В целом, что касается клинических менеджеров, произошел разрыв между политикой и потребностями менеджеров, отвечающих за реализацию реформы ПМСП. На самом деле, нет никаких признаков того, что были предприняты усилия для выявления этих потребностей. В контексте основной реформы, новая культура стратегического управления нуждается в развитии и поддержке, что требует новых навыков, новых инструментов и благоприятных политических условий, открытых для инноваций, в дополнении к четким задачам и направлениям политики (Hamel, 2006; Dickson, 2009; Mable et al., 2012). Менеджеры, у которых мы брали интервью сообщили, что эти условия не были выполнены. Это только их мнение, но они не могут не приниматься во внимание, поскольку они влияют на мотивацию и поведение менеджеров, которые, в свою очередь, влияют на поставщиков услуг.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В этом исследовании подчеркивается, что принятие законов и постановлений, не сопровождаемых выделением адекватных ресурсов и правил управления, недостаточно, для того, чтобы поддержать основную реформу, такую, как укрепление первичной медицинской помощи и превращения ее в точку вхождения в систему здравоохранения. Это создает лишь напряженность в отношениях между лицами, принимающими решения и медицинскими работниками и, в конце концов, не служит потребностям граждан. Политические обозреватели наблюдали это во многих контекстах и в разные времена, но о них мало что слышно. Никогда не поздно начать использовать рациональные инструменты, чтобы лучше понять потребности, которые генерирует реформа первичной медико-санитарной помощи, а также планировать адекватные ответы. В некотором смысле, возможность для реформы может быть даже больше в условиях экономического кризиса, поскольку спрос на доступ к услугам по охране здоровья граждан сильнее, чем десять лет назад, а необходимость повышения эффективности больше, чем когда-либо. Вероятно откроется новое окно для возможностей: эта функция все еще видится на горизонте, если политики грамотно воспользуются ей.

ТҮЙІНДЕМЕ

Саясаттан шынайылыққа:
Португалиядағы БМСК реформасының
ұйымдастырушылық мәселелеріне
клиникалық менеджерлердің көзқарастары

Португалиядағы БМСК реформасы басқарудың және басқарудың клиникалық жүйесінің жаңа моделін әзірлеуге негізделген. Міндеті екінші реттік және жедел жәрдемді тиісінше емес қолдануды азайту, сондай-ақ шығындарды бақылаудың тиімділігін арттыру және жақсарту үшін БМСК нығайту болып табылады. Жаңа іс-шаралар отбасы денсаулығын қорғау бөлімшелері үшін ынталандырулар негізінде өндіріс жүйесін енгізуді қамтиды. Бұл мақала жаңа саясатты жүзеге асыруға берілген алғашқы баға болып отыр және күтілетін нәтижелер мен осы саладағы 5 жыл өткеннен кейін байқалатын ахуалдың арасындағы сәйкессіздікті түсіндіруге тырысады. Біз реформаны жүргізуге жауапты медициналық орталықтар топтары - клиникалық кеңестердің мүшелерінің пікірін жинау үшін, 12 өңірде жүргізілген SWOT (күшті және әлсіз жақтары, мүмкіндіктер мен қатерлер) талдауын пайдаландық. Талдау қамту аумағының көлемін, өнімділікті, техникалық сапа мен қызмет көрсету сапасын қарастырған. Нәтижелері адами ресурстарды басқару саласында кемшіліктер барын (жетіспеушілік, лайықты сыйақы, команданы басқару) және орталық және өңірлік басқарма тарапынан қолдаудың жоқтығын көрсетіп отыр. Заңмен айқындалған реформаның негізі (идеологиясы) мен оны жүзеге асыруға берілген қолдаудың арасында алшақтық орын алып отыр, бұл шешім қабылдайтын, басқаратын тұлғалар мен денсаулық сақтау мамандары арасындағы кернеулі қарым-қатынасқа алып келеді.

SUMMARY

From policy to reality: clinical managers' views of the organizational challenges of primary care reform in Portugal

The primary healthcare reform in Portugal is based on the development of a new management model and clinical governance framework. The objective is to strengthen primary healthcare services to reduce the inappropriate utilization of secondary and emergency services and to make efficiency gains and to better control costs. New interventions include the introduction of a system of production-based incentives for family health units. This paper presents an initial assessment of the implementation of the new policies and tries to explain the gap between its expected results and what was observed in the field 5 years later. We used a Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats analysis conducted in 12 regions, to collect the perceptions of members of Clinical Councils of Health Centers Groups, responsible for the implementation of the reform. The analysis looked at the dimensions of coverage, productivity, technical quality, and service quality. It identifies weaknesses in human resources management (shortages, incentives, team management) and lack of support from central and regional management. There is a perceived gap between the framework for reform as defined by law and the support made available for its implementation, leading to tensions between decision makers, managers, and health professionals.

Перевод с английского Р. Нурбай

Кульжанов М. К.*Генеральный директор Республиканского центра развития здравоохранения МЗ РК***Егеубаева С. А.***Заместитель Генерального директора по стратегическому развитию и международному сотрудничеству РЦРЗ МЗ РК***Танирбергенов С. Т.***Ведущий специалист Центра экономических исследований РЦРЗ МЗ РК***Каскирбаева Д. М.***Начальник отдела анализа затрат Центра экономических исследований РЦРЗ МЗ РК*

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ НАЦИОНАЛЬНЫХ СЧЕТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Национальные счета здравоохранения (НСЗ) являются широко признанным в мировой практике источником информации о финансовом состоянии системы здравоохранения. Разработчики политики нуждаются в достоверной информации об объеме финансовых ресурсов, направляемых на здравоохранение, их источниках и использовании для того, чтобы определять политику и повышать эффективность систем здравоохранения в своих странах. НСЗ дают такую информацию о расходах государственного бюджета, частного сектора и доноров на нужды здравоохранения. Эта информация может быть полезна для принятия решений о справедливом и эффективном распределении ресурсов, и как часть реформ здравоохранения может быть использована как инструмент мониторинга – для отслеживания и анализа движения финансовых потоков в системе здравоохранения в стране, выявления избыточных и слабых областей для пересмотра эффективности финансирования. Информация может использоваться для финансового прогнозирования потребностей системы здравоохранения в стране и сравнения с прошлым опытом или с опытом других стран. НСЗ позволяют определить, сколько средств идет из различных источников на здравоохранение, каким образом происходит движение этих средств от одного участника системы к другому. Используя НСЗ можно определить объем затраченных средств частным сектором, что позволит оценить объемы солидарных инвестиций, а также выработать решения в вопросах софинансирования и государственно-частного партнерства.

Впервые работа по НСЗ была начата в 2004-2005 гг., Министерством здравоохранения Республики Казахстан (МЗ РК) при содействии Всемирного Банка. В этот период

был проведен анализ источников данных, разработан план институционализации НСЗ, значимость этого вопроса нашла свое подтверждение в Государственной программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 гг. Работы по институционализации НСЗ осуществлялись межведомственной рабочей группой, во главе с МЗ РК. Рабочей группой был выработан подход по сбору данных от каждого субъекта, несущего расходы на цели здравоохранения. Первый сбор данных проводился в 2006 году, для этого МЗ РК разработало алгоритм сбора данных, предоставило программное обеспечение, в свою очередь Агентство Республики Казахстан по статистике (АРКС) был утвержден инструмент сбора данных – форма статистической отчетности «Отчет о расходах организации здравоохранения». В число респондентов были включены государственные и частные субъекты, работающие в системе здравоохранения. Сбор данных и формирование НСЗ проводилось в течении нескольких лет.

С января 2010 года в Казахстане стартовал проект «Единая национальная система здравоохранения», направленная на повышение доступности медицинской помощи, основанной на свободном выборе пациентом медицинской организации, повышении прозрачности в отрасли, улучшения качества медицинских услуг. Этот проект сопровождался консолидацией государственных расходов на стационарную и стационарозамещающую помощь на республиканском уровне. В 2011г. начата реализация Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг., в рамках которой, вводятся новые инициативы, связанные с изменением существующих финансовых инструментов – клиничко-затратные группы, стимулирующий компонент подушевого

норматива, дифференцированная оплата труда и т.д.

Новые инициативы стали основной причиной пересмотра структуры и алгоритмов формирования существующих НСЗ. Для этих целей МЗ РК поручила Республиканскому центру развития здравоохранения (РЦРЗ) провести работы по совершенствованию и дальнейшей институционализации НСЗ. РЦРЗ, совместно с международным консультантом был предложен и одобрен МЗ РК алгоритм работ по институционализации НСЗ.

Во-первых, для постоянных рабочих контактов была сформирована межсекторальная команда, под руководством МЗ РК в которую были включены представители АРКС, Министерства финансов (МФ) РК и РЦРЗ. Такой подход соответствует рекомендациям Международного банка реконструкции и развития (МБРР) и Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР).

Во-вторых, были разработаны принципы сбора данных – (1) использовать существующие источники данных и воздержаться от введения новых статических форм или новых статических наблюдений, (2) в первую очередь использовать информацию, собираемую компетентными и уполномоченными органами, (3) доверять и не подвергать повторной проверке информацию, которая собирается по официальным каналам на регулярной основе, (4) не допускать случаев двойного счета данных, (5) источники данных должны быть максимально сопоставимы с категориями НСЗ.

В-третьих, был составлен механизм обмена данными между членами межсекторальной команды. Все данные собираются РЦРЗ через официальные запросы МЗ РК в компетентные государственные органы.

Четвертое, были разработаны четкие методологические положения.

Для целей формирования НСЗ были установлены границы – области видов деятельности, сущность которых позволяет отнести данный вид к здравоохранению. Для понимания термина «здравоохранение», было использовано официальное определение, которое дано в Кодексе Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» – «система мер политического, экономического, правового, социального, культурного, медицинского характера, направленных на предупреждение и лечение болезней, поддержание общественной гигиены и санитарии, сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его активной долголетней жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья». Исходя из этого, проводились ревизия и поиск источников

данных о НСЗ. В результате к расходам на здравоохранение были отнесены:

- расходы, связанные с конечным использованием медицинских услуг и товаров (включая фармацевтическую продукцию);
- расходы, связанные с накоплением основного капитала в организациях, где здравоохранение является основным видом деятельности;
- расходы, понесенные домохозяйствами на медицинскую помощь и приобретение медицинских товаров и лекарственных средств;
- расходы, связанные с администрированием системы здравоохранения, а также расходы, связанные со страхованием личного здоровья;
- кроме того, учитывая определение термина «здравоохранение» были изучены внебалансовые счета здравоохранения, которые могут быть в других отраслях – образование, спорт и т.д., из внебалансовых счетов были взяты расходы, которые однозначно могут быть идентифицированы как расходы здравоохранения:
- расходы на подготовку, переподготовку и повышение квалификации медицинских работников;
- иные расходы, наименования которых позволяют однозначно идентифицировать их как расходы здравоохранения.

Однако, внебалансовые группы отражают только расходы государственного сектора, и не показывают аналогичных расходов частного сектора и иностранных доноров. Эти оценки и такой подход не являются безусловно точным и являются слабым местом существующей базы.

В мировой практике методология НСЗ строится на Международной классификации счетов здравоохранения (МКСЗ), в которой описываются основные измерения расходов здравоохранения: источник финансирования, финансирующие организации, поставщики медицинских услуг, функции здравоохранения. Поскольку МКСЗ является общепринятым на международном уровне стандартом, адаптированная методология позволяет проводить сравнительный анализ расходов здравоохранения в Казахстане с другими государствами. Для адаптации категорий МКСЗ было использовано Руководство по составлению национальных счетов здравоохранения (ВОЗ, 2003). По результатам адаптации методологии, структура НСЗ Казахстана состоит из четырех разделов - источники финансирования (FS) – единицы, организации или другие субъекты, выделяющие средства, которые далее распределяются финансирующими организациями. Они отвечают на вопрос «Откуда поступают деньги?». Пример: государственный бюджет, частные средства; финансирующие организации (HF) – единицы, организации или другие

субъекты, распоряжающиеся средствами, выделяемыми источниками финансирования, и использующие эти средства на оплату или приобретение результатов деятельности, учитываемой в рамках счетов здравоохранения. Финансирующие организации получают финансовые средства из источников финансирования и используют их для финансирования медицинских услуг, изделий медицинского назначения. Пример: Министерство здравоохранения, управление здравоохранения области; поставщики медицинских услуг (НР) – субъекты, получающие деньги в обмен на результаты или за осуществление деятельности, а также за предоставление услуг, учитываемой в рамках счетов здравоохранения. Поставщики медицинских услуг являются конечными потребителями финансовых средств системы здравоохранения. Эта категория участников отвечает на вопрос: «К кому идут деньги?». Пример: больницы, клиники, аптеки; функции здравоохранения (НС) – виды предоставленных товаров и услуг и выполненной деятельности, учитываемые в рамках счетов здравоохранения. Функции – это услуги и мероприятия, обеспечиваемые поставщиками медицинских услуг за счет полученных средств. Информация этого уровня отвечает на вопрос: «Какой именно вид услуги, продукта или мероприятия был фактически обеспечен?». Пример: лечебная помощь, сестринский уход, лекарственные средства, администрирование здравоохранения.

На основе данных категорий были разработаны четыре основные таблицы, позволяющие проследить движение финансовых потоков.

Работа по институализации НСЗ еще продолжается. Существует ряд вопросов, которые необходимо решать на данном этапе. В качестве следующих шагов нужно рассматривать приобретение статуса постоянно действующей команды существующей межсекторальной команды приобрела, при этом необходима формализация ее состава и функций, путем принятия соответствующего нормативного акта. Основным исполнительным агентством по формированию НСЗ выбран РЦРЗ, такой подход имеет как достоинства, так и недостатки, и во избежание утраты связи между техническими и политическими вопросами НСЗ, необходимо интегрировать НСЗ в процесс мониторинга и оценки стратегических документов, проводимых РЦРЗ на постоянной основе. В октябре 2011 года МБРР совместно с ОЭСР представили для обсуждения стран новую методологию формирования НСЗ – System of Health Accounts 2.0 (2011), переход на которую рекомендуется с 2013 года. Новая

методология коренным образом отличается от существующей системы, и предполагает гармонизацию НСЗ с бюджетным процессом и процессом государственного планирования. Учитывая, что Казахстан подал в этом году заявку на вступление в ОЭСР, вопрос о формировании НСЗ на основе System of Health Accounts 2.0 (2011) должен решаться в ближайшее время.

Формирование НСЗ выявило некоторые проблемы сбора данных:

- в существующих источниках не представляется возможным отследить дальнейшее движение финансовых средств – до уровня поставщика и функции;
- не доступна детализация статистической отчетности в части видов экономической деятельности и продукции по видам экономической деятельности, что необходимо для гармонизации баз «СОЦФИН здрав» с категориями НСЗ;
- необходимо рассмотреть вопрос включения в число респондентов хозяйствующих субъектов, для которых деятельность в области здравоохранения является не основной, а вторичной. Одним из таких механизмов контроля может быть сверка хозяйствующих субъектов, являющихся респондентами «СОЦФИН здрав» с субъектами, имеющими лицензии на осуществление медицинской и фармацевтической деятельности;
- привлечение к предоставлению информации о расходах здравоохранения субъектов негосударственного сектора. В этом случае необходимо установить сложившиеся в этих организациях традиции / механизмы осуществления таких расходов для избегания двойного счета или упущения данных;
- привлечение к предоставлению информации субъектов в области здравоохранения, являющихся индивидуальными предпринимателями. В этом вопросе необходимо определить целесообразность такого привлечения / его частоту, учитывая объем средств, привлекаемых в секторе индивидуальных предпринимателей.

Таким образом, использование и оценка существующих информационных потоков в Казахстане с учетом рекомендаций по их совершенствованию, позволила бы проводить анализ НСЗ на постоянной основе. Это даст возможность использования гораздо больших данных и доказательств для выработки политики в области здравоохранения. В то же время, учитывая незавершенность процесса, необходимость решения вопросов гармонизации баз и их актуализации, НСЗ не могут в полной мере быть представленными широкому кругу до того, как выйдет окончательный продукт. Сегодня идет процесс совершенствования методики создания, сверки данных, международной экспертизы.

ТҮЙІНДЕМЕ**Қазақстан Республикасында денсаулық сақтаудың ұлттық шоттарын енгізу тәжірибесі**

Денсаулық сақтаудың ұлттық шоттары (ДСБҰЖ) денсаулық сақтау жүйесінің қаржылық жағдайы туралы ақпараттың көзі болып табылады және түрлі көздерден денсаулық сақтау саласына қанша қаражат құйылып жатқандығын, бұл қаражаттың жүйенің бір қатысушысынан екіншісіне қозғалысы қалай жүріп жатқандығын анықтауға мүмкіндік береді. ДСБҰЖ бойынша жұмыс Қазақстанда 2004-2005 жж. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігімен Бүкіләлемдік банкпен бірлесе отырып басталған. Бүгінгі күнде құру, мәліметтерді салыстыру, халықаралық сараптама әдістемелерін жетілдіру үдерісі жүріп жатыр.

SUMMARY**Experience of implementing national health accounts in the Republic of Kazakhstan**

National Health Accounts (NHA) is a source of information about the financial state of the health system. It allows to determine amount of money that comes from various sources on health care and the movement of funds from one system's party to another one. Work on NHA in Kazakhstan began in 2004-2005 by the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, with the assistance of the World Bank. Now there is a improvement process of creation methodology, reconciliation, and international expertise.

Д. М. Макашев*Руководитель Центра медико-экономической экспертизы и анализа РЦРЗ***Г. А. Камбарова***Ведущий специалист Отдела мониторинга и анализа ЦМЭЭА РЦРЗ***Ж. М. Кашкенова***Специалист Отдела мониторинга и анализа ЦМЭЭА РЦРЗ*

СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ В ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Первым этапом мероприятий по улучшению качества медицинской помощи является оценка его состояния. По рекомендациям Всемирной организации здравоохранения выделяют 4 основных критерия качества медпомощи: эффективная и своевременная помощь, эффективное использование ресурсов, удовлетворение потребностей пациентов и результативность лечения, при этом управление качеством должно включать в себя обязательный компонент - оценку.

Использование оценки качества медицинской помощи позволяет управленцам и медикам по-новому взглянуть на цели и результаты своей деятельности. Социологическая оценка качества медицинской помощи в системе управления здравоохранения регионов представляет своего рода обратную связь, позволяющую узнать, как относится население к тем или иным нововведениям, в чем заключаются их достоинства и недостатки.

Проведение социологических исследований, анализ их результатов является важным информационным каналом для руководителей органов и учреждений здравоохранения, позволяющим оперативно получить оценку деятельности медицинских организаций (МО) населением, измерить отношение пациентов к медработникам и предоставляемым услугам.

Система управления обеспечением качества медицинской помощи в Республике Казахстан включает в себя проведение ежеквартального социологического исследования по оценке удовлетворенности пациентов медицинской помощью в лечебных учреждениях.

Цель проведенных исследований по определению степени удовлетворенности населения уровнем и качеством оказываемой медицинской помощи – выявление проблемных вопросов и дальнейшее улучшение качества оказания медицинской помощи.

Объектами исследования явились пациенты амбулаторно-поликлинических и стационарных медицинских организаций, Научно-исследовательских институтов (НИИ), Научных центров (НЦ).

При изучении удовлетворенности пациентов медицинской помощью использовался метод очного анонимного анкетирования.

Социологическое исследование проведено в объеме 125 499 человек в течении 2 кварталов 2011 года. Пациенты оценивали качество медицинских услуг перед выпиской, при выходе из поликлиники службой внутреннего аудита организации, то есть по типу «законченного случая», лечащие врачи при опросе не присутствовали.

Методика проведения социологического исследования – опрос респондентов на основе разработанных типовых анкет для организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 22.07.2011г. за №468 «Об утверждении Методических рекомендаций по проведению анкетирования граждан в целях определения степени удовлетворенности уровнем и качеством оказываемой медицинской помощи». Статистический инструментарий включал в себя вопросы, касающиеся доступности медицинской помощи для населения, качества ее оказания в конкретном ЛПУ, удовлетворенности результатами лечения, информированности потребителей медицинских услуг по различным вопросам, внимания и участия медперсонала к состоянию пациента. В конце опроса качество полученной медицинской помощи оценивалось по пяти-балльной шкале.

Среди респондентов основную долю составили лица в возрасте от 18 до 60 лет (Таблица 1).

Таблица 1 - Сильные и слабые стороны, возможности и угрозы чаще всего выделяемые городскими и сельскими группами медицинских центров

Возраст	МО, оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь		МО, оказывающие стационарную помощь		НИИ, НЦ, республиканские клиники	
	3 кв	4 кв	3 кв	4 кв	3 кв	4 кв
До 18 лет	11,3	13,3	8,0	9,6	8,2	8,7
18 – 39 лет	40,8	40,2	46,8	46,1	34,0	32,8
40 – 60 лет	33,7	31,6	31,2	30,8	39,8	40,6
Более 60 лет	14,2	14,9	14,0	13,5	18,0	17,9

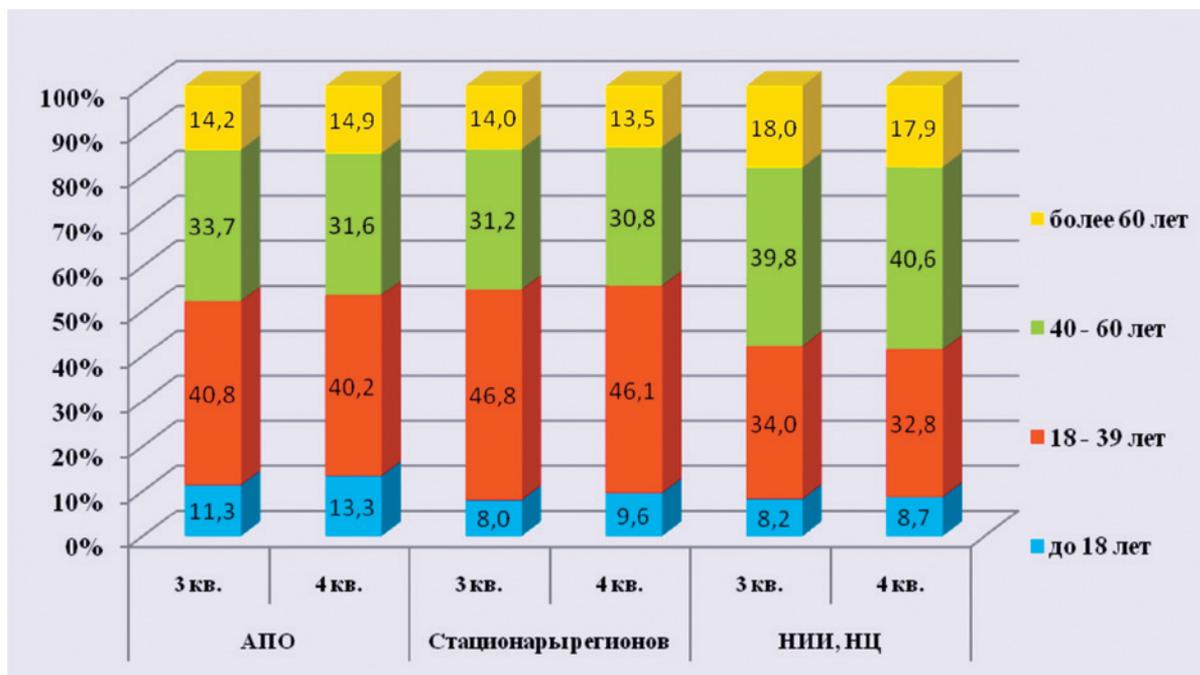


Диаграмма 1 - Возрастная структура респондентов в динамике 3-4 кварталов 2011г.

По социальному статусу большинство респондентов составили работающее население (Таблица 2).

Таблица 2 - Социальный статус респондентов в динамике 3-4 кварталов 2011 г.

Социальный статус респондентов	МО, оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь		МО, оказывающие стационарную помощь		НИИ, НЦ, республиканские клиники	
	3 кв	4 кв	3 кв	4 кв	3 кв	4 кв
работающие	45,0	43,8	40,1	37,6	38,1	33,0
безработные	22,1	20,4	26,9	28,7	19,6	22,6
учащиеся	8,0	11,3	7,1	7,6	10,0	9,1
пенсионеры	18,2	17,0	15,6	15,5	22,1	21,4
инвалиды	3,0	3,7	6,2	5,7	5,2	7,9
другое	4,5	4,1	4,3	5,1	4,9	6,3

Примечание: на данный вопрос можно было дать несколько ответов

Результаты социологических опросов по медицинским услугам, динамика которых изучению удовлетворенности пациентов представлена в следующих диаграммах: считаются субъективной оценкой качества

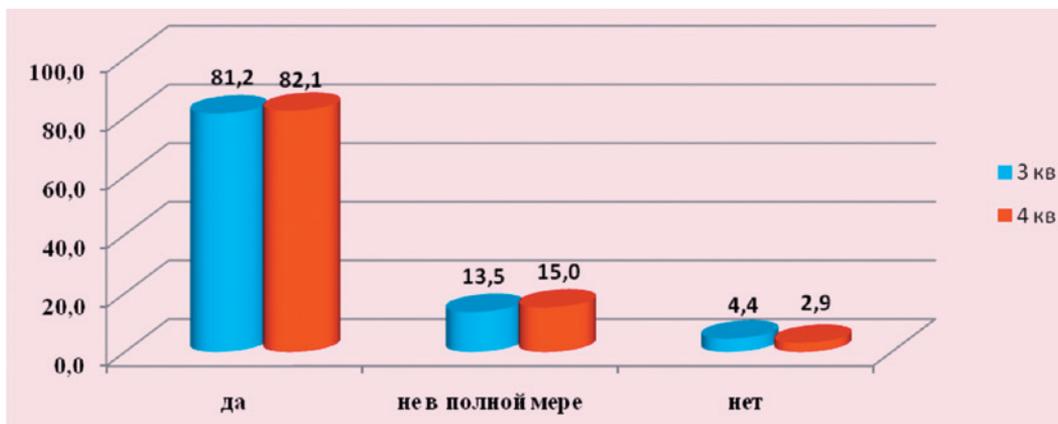


Диаграмма 2 - Удовлетворенность респондентов качеством оказания помощи в амбулаторно-поликлинических организациях в динамике 3-4 кварталов 2011 г.

Как видно, более 80% респондентов остались довольны уровнем и качеством оказываемых услуг в амбулаторно-поликлинических организациях. В то же время, в динамике 3-4 кварталов 2011 годов увеличился удельный вес респондентов, не в полной мере удовлетворенных качеством оказываемых услуг. Социологические исследования по изучению удовлетворенности пациентов дают возможность выявить недостатки организационного, информационного, этического характера и сконцентрировать ресурсы на их исправление.

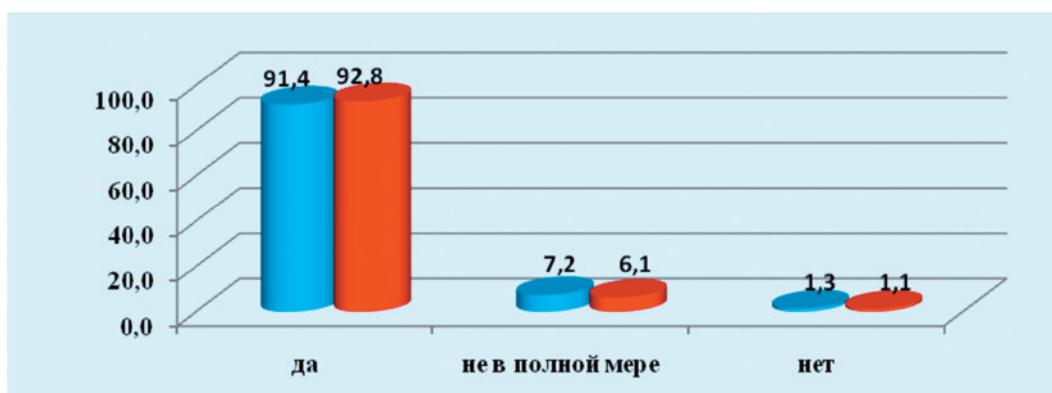


Диаграмма 3 - Удовлетворенность респондентов оказываемой медицинской помощи в стационарах в динамике 3-4 кварталов 2011 г.

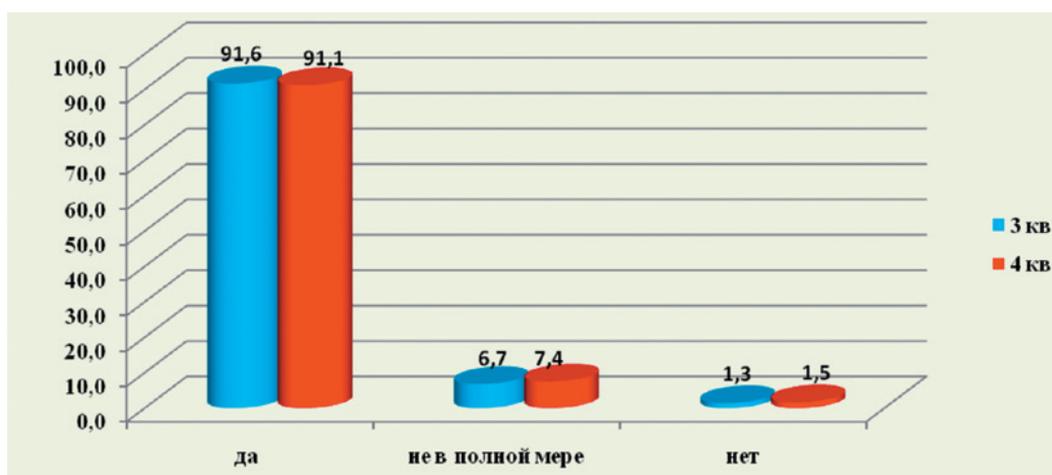


Диаграмма 4 - Удовлетворенность качеством оказываемой медицинской помощи в НИИ, НЦ и республиканских клиниках в динамике 3-4 кварталов 2011 г.

Анкетирование пациентов позволяет проводить скрининговую оценку качества медицинской помощи и оперативно принимать меры по устранению недостатков.

Проведенный социологический опрос, как элемент совершенствования контроля качества медицинской помощи, позволяет выявить как общие проблемы, характерные для всей системы здравоохранения, так и особенности присущие конкретному лечебному учреждению, которые могут являться основой для выработки целенаправленных управленческих решений на различных уровнях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Е. В. Захарова «Система управления

обеспечением качества медицинской помощи на региональном уровне» // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития, 2006 - №1.

2. Методические рекомендации по проведению анкетирования граждан в целях определения степени удовлетворенности уровнем и качеством оказываемой медицинской помощи. // Приложение к приказу МЗ РК от 22.07.2011 г. №468.

3. Принципы обеспечения качества. Отчет о совещании ВОЗ. Барселона 17–19мая 1983. Отчеты и исследования ЕРБ.

4. В. П. Миляков, Г. Р. Бульхина «Управленческие решения в работе СМО» // Вопросы управления качеством медицинской помощи, 2006.- №1.

ТҮЙІНДЕМЕ

Қазақстан Республикасында дәрігерлік көмектің сапасын бағалаудағы емделушілердің қанағаттануының әлеуметтік зерттеулері

Мақалада көрсетілетін медициналық көмектің деңгейі мен сапасына халықтың қанағаттану дәрежесін айқындау бойынша өткізілген әлеуметтік сауалнаманың мақсаттары, әдістемесі және нәтижелері көрсетіледі. Сауалнама нәтижелері кемшіліктерді жою бойынша шешімдер қабылдау үшін одан әрі пайдаланумен медициналық көмектің сапасына скринингтік бағалау жүргізуге мүмкіндік береді.

SUMMARY

Sociological studies of patient satisfaction in the evaluation of care quality in the Republic of Kazakhstan

The objectives, the methodology and the results of the sociology survey in determining the degree of the level of satisfaction of the population and the quality provided by medical care are identified in the article. The survey results allow for a screening assessment of the quality of medical care with using it in the future for making decisions in correcting deficiencies.

К. А. Гаркалов

Начальник отдела разработки клинических руководств и протоколов
Центра стандартизации РЦРЗ МЗ РК

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЧЕРЕЗ ВНЕДРЕНИЕ ИНДИКАТОРОВ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОГО ПРОЦЕССА

Технический прогресс конца XX столетия привел к принципиальному изменению возможностей медицины, сделав доступными излечение ранее фатальных болезней и доклиническую диагностику многих заболеваний. Однако результаты медицинской помощи даже в развитых странах значительно отличаются от ожидаемых с учетом уровня развития медицинских знаний. «Между медицинской помощью, которую мы можем оказать и той, которую реально оказываем, существует не просто разрыв, а целая пропасть» говорится в докладе Института медицины США, 2002 г. [1]. Число неудовлетворенных медицинской помощью в Канаде достигает 38%, в США – 44%, в Англии – 31%, в Австралии – 36%, в Новой Зеландии – 48% по данным Sh. Leatherman, США, 2005 г. [2].

Поэтому вопросы качества медицинской помощи и возможности её контроля и измерения имеют огромное значение для отрасли здравоохранения любого государства, уделяющее большое значение здоровью граждан своей страны.

Международные организации, занимающиеся проблемами качества, испытывали большие трудности из-за отсутствия единых терминов. В 1986г. международной организацией по стандартизации была выделена терминология, касающаяся качества и сопряженных с ним понятий. Позднее в 1994 г. Международный стандарт ISO 8402 [3] определил качество как совокупность характеристик объекта, относящихся к его способности удовлетворять установленные и предполагаемые потребности.

Качество медицинской помощи – это совокупность характеристик медицинской помощи, направленных на удовлетворение потребностей граждан в эффективном предупреждении и лечении заболеваний, повышении качества жизни и увеличении ее продолжительности.

Проблемы качества медицинской помощи имеют объективные причины, среди которых основными являются удорожание и

усложнение лечения, старение населения и увеличение доли хронических заболеваний, неэффективные методы управления процессами ведения больных, недостаточная квалификация кадров, увеличение объема медицинской информации, низкие темпы внедрения информатизации и компьютеризации медицинских организаций. Тем не менее, задачей любой медицинской организации и здравоохранения в целом является улучшение оказываемых услуг для населения, удовлетворенность тех, кто за этой медицинской помощью обращается.

Каким образом в медицинской практике можно измерить, насколько полно, правильно и качественно оказана медицинская помощь? Этот вопрос актуален как для оценки работы отрасли в целом, так и для анализа деятельности отдельных лечебных учреждений и врачей. Речь идет именно об измерении, т.е. о получении объективных количественных данных о выполнении технологии. Такая информация необходима для дальнейшего развития производства, которым сегодня является клиническая медицина, а также для внедрения дифференцированной оплаты труда в зависимости от качества работы.

В течение последних 15 лет в этих целях используются числовые показатели, получившие название индикаторов качества.

Индикаторы качества – это числовые показатели, используемые для оценки медицинской помощи, косвенно отражающие качество ее основных составляющих: структуры, процессов и результатов. Числовое значение индикатора качества, как правило, выражается в процентах [4].

Пороговые (целевые) значения индикатора качества – это интервал значений, установленный как целевой или допустимый (при оценке частоты таких негативных явлений, как осложнения, повторные госпитализации, летальность и др.). Источниками для установления пороговых (целевых) значений индикаторов качества служат клинические рекомендации (руководства), систематические обзоры, результаты лучших практик, мнения экспертов [4]. Для этих целей в клинической

практике в настоящее время также используют ряд инструментов, среди которых наиболее известны стандарты и планы ведения больных.

Термин «клинические рекомендации» на протяжении двух столетий служил для определения различных источников специальной информации (учебники, пособия, методические рекомендации и пр.). С развитием доказательной медицины значение термина изменилось. Клинические рекомендации (клиническое руководство, англ. *Clinical practice guidelines*) — это систематически разработанный документ, содержащий сведения по профилактике, диагностике, лечению конкретных заболеваний и синдромов и помогающий врачу принимать правильные клинические решения.

Клинические руководства служат научной основой для планирования тактики ведения больного, а также для формирования индикаторов качества в целях мониторинга технологии ведения больного, что позволяет сформировать научно обоснованный оптимальный объем медицинских вмешательств, обеспечить максимально возможную результативность, безопасность пациента и оптимальное расходование ресурсов.

При формулировке задач по измерению качества необходимо основываться на выбранных для развития приоритетных направлениях и установленных неотложных проблемах, требующих оперативного решения.

Основой для разработки индикаторов качества, как уже говорилось выше, служат клинические руководства, содержащие обоснованные данные об эффективности лечебно-диагностических мероприятий, используемых при ведении больного с установленным заболеванием.

Характеристиками хорошего индикатора являются – важность, научная надежность, чувствительность к изменениям, понятность, простота в подсчетах (измеримый).

Выполнение диагностических и лечебных манипуляций, значимость которых обоснована с позиции доказательной медицины (индикаторы качества), существенно повышает выживаемость пациентов, уменьшает вероятность возникновения осложнений и снижает экономические затраты, связанные с их лечением.

Например, оценку качества лечения больных с пневмонией или любой другой патологии целесообразно проводить не только по традиционным статистическим показателям (койко-день, летальность), но также с использованием индикаторов качества, наиболее точно отражающих процесс лечения. Подход с позиции применения этих критериев, имеющих доказательную базу, позволит существенно повысить качество диагностики и лечения заболеваний и снизить связанные с этим затраты [5].

Наиболее приемлемыми индикаторами качества ведения больных с внебольничной пневмонией, по результатам анализа зарубежных и отечественных исследований последних лет, являются следующие [6-9]:

- адекватное выполнение рентгенографии органов грудной клетки всем пациентам,
- бактериологическое исследование мокроты (у всех госпитализированных), и крови (при тяжелом течении пневмонии),
- начало антибактериальной терапии у всех госпитализированных с пневмонией в первые 4 ч с момента поступления,
- соответствие стартового режима антибактериальной терапии национальным клиническим протоколам,
- использование ступенчатой терапии у госпитализированных пациентов, нуждающихся в парентеральном введении антимикробных препаратов,
- ежегодная вакцинация против гриппа и пневмококковой вакциной пациентов из группы риска.

Соблюдение данных рекомендаций позволяет улучшить не только исходы пневмонии, но и улучшить в целом медицинскую помощь пациентам с данной патологией. Для того, чтобы стимулировать использование этих рекомендаций необходимо создание индикаторов, которые позволят осуществлять мониторинг процесса лечения.

Структура любого индикатора должна включать [4]:

- Определение;
- Целевые группы населения;
- Числитель;
- Знаменатель;
- Источник данных;
- Частота сбора данных.

В качестве примера можно привести следующую рекомендацию «начало антибактериальной терапии у всех госпитализированных с пневмонией в первые 4 ч с момента поступления».

Допустим в стационаре внутренним аудитом выяснено, что начало антибактериальной терапии при пневмонии осуществляется в ряде случаев гораздо позже рекомендуемых первых 4 часов, то можно ввести следующий показатель: процент пациентов с пневмонией, которым антибактериальная терапия начата в первые 4 ч с момента поступления в стационар (определение). Целевой группой для данного индикатора будут все пациенты, поступившие в данный стационар с пневмонией.

В числителе у нас будет количество пациентов с пневмонией, поступивших в стационар которым антибиотик назначен в первые 4 часа (то есть соответствие нашему индикатору), в знаменателе – количество всех пациентов, поступивших в стационар с пневмонией.

Источником данных для расчета индикатора являются истории болезни пациентов

с пневмонией. Частота сбора данных и соответственно расчета индикатора может быть 1 раз в год или в полугодие.

Например, в результате проведенного анализа из 302 пациентов, поступивших

в стационар с пневмонией за год, 236-ти пациентам антибактериальная терапия была начата в соответствии с рекомендациями (в первые 4 часа). Соответственно расчет будет следующим:

$$\frac{236 \text{ пациентов лечение которых соответствуют индикатору}}{302 \text{ пациента поступивших за год}} \times 100\% = 78\%$$

Данный показатель своевременного (в первые 4 часа) назначения антибиотиков при пневмонии для данного стационара будет равен 78%. Изменение этого показателя в динамике (рост или уменьшение) будет свидетельствовать о следовании врачей данной рекомендации и повышении качества лечебного процесса. При уменьшении этого показателя службе по контролю качества стационара нужно будет выяснить причины и соответственно найти методы влияния на них.

Однако, недостаточно только определить наиболее приемлемые индикаторы качества. По данным проведенных ранее исследований видно, что как клинические рекомендации не способны изменить клиническую практику без показателей их выполнения, так и индикаторы качества, несмотря на достоверность, не могут способствовать улучшению КМП без подготовленной технологии их использования. Доступность и использование качественных клинических протоколов применения достоверных ИК может стать значимым вкладом в эволюцию клинического управления качеством [Hearnshaw H., 2003].

Для успешной реализации инициатив по улучшению КМП, связанных с разработкой индикаторов качества, необходима подготовленная технология клинического аудита, соответствующая концепции непрерывного повышения качества [10]. Это может быть реализовано в виде планов (карт) ведения больных, которые используются при ведении больного с установленным диагнозом. Они не имеют отношения к диагностическому поиску и принятию клинического решения. При наличии у больного нескольких конкурирующих заболеваний лечащий врач формирует комплексный план ведения на основе нескольких таких планов (карт ведения больных). Эти документы могут выступать и как памятки для опытного врача, и как руководство к действию для начинающего специалиста. Эффективное внедрение планов (карт) ведения возможно только при соответствующей административной поддержке [11]. В связи с этим для достижения прогресса в улучшении качества медицинской помощи необходимы согласованные усилия, организаторов здравоохранения, служб контроля за качеством медицинских услуг, клиницистов, а также своевременный пересмотр клинических протоколов, для их соответствия принципам доказательной медицины [12].

Таким образом, индикаторы качества клинического процесса позволяют проводить мониторинг процесса оказания медицинской помощи, приверженности врачей рекомендациям, соответствующим принципам доказательной медицины и изложенным в национальных клинических руководствах, а также своевременно выяснять причины ухудшения контролируемых показателей и иметь возможность влияния на них.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Chief Pharmaceutical Officer Building a Safer NHS for Patients: improving medical safety. - Department of Health, London, 2004.
2. European health report 2005.- World Health Organization, 2005
3. Международные стандарты. «Управление качеством продукции». ИСО 9000-9004, ИСО 8402. — М.: Изд-во стандартов, 1988.
4. Полубенцева Е. И., Улумбекова Г. Э., Сайткулов К. И. Клинические рекомендации и индикаторы качества в системе управления качеством медицинской помощи: Методические рекомендации. – М.: ГЭОТАР Медиа, 2006. – 60 с
5. Внебольничная пневмония у взрослых. Практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. /Под ред. А. Г. Чучалина и соавт. — М., ООО Издательский дом «М-Вести», 2006
6. Синопальников А. И., Козлов Р. С. Внебольничная пневмония у взрослых. Практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. М., ООО Издательский дом «М-Вести», 2006. -76 с.
7. Хамитов Р. Ф. Ведение пациента с пневмонией в амбулаторно-поликлинической практике и стационаре: мнения практикующих врачей. Вестник современной клинической медицины. Т.2, вып.4. 2009. С.55-59.
8. Практика лечения больных с внебольничной пневмонией в лечебных учреждениях Министерства обороны Российской Федерации: оценка качества, пути оптимизации — автореферат диссертации Яценко Алексей Васильевич
9. Воробьев П. А. О стандартах медицинской помощи / П. А. Воробьев, Д. В. Лукьянцева, М. В. Авсентьева //Врач, 2005, №4. С. 81-83.
10. J.M. Loeb. The current state of performance

measurement in health care. International Journal for Quality in Health Care 2004;16 (Supplement 1).

11. Планы ведения больных / под ред. О. Ю.

Атькова, О. В. Андреевой, Е. И. Полубенцевой.- М.:ГЭОТАР-Медиа, 2007.-528 с.

12. Руководство по управлению качеством. Россия — США, 2000

ТҮЙІНДЕМЕ

Медициналық үдерістің сапасын бағалау индикаторларын енгізу арқылы медициналық көмекті жетілдіру

Медициналық үдерістің сапалық индикаторларын енгізудің мәселелері және олардың медициналық көмектің сапасын жақсартуға ықпалы қарастырылған.

SUMMARY

Improving the medical care through implementation of indicators to assess the medical process quality

The problems of implementation of medical process quality indicators and their impact on improving the quality of medical care were examined.

А. Т. Айыпханова

Советник по качеству Председателя Правления АО «Национальный медицинский холдинг»

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТА КАК ИНДИКАТОР КАЧЕСТВА В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Введение

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 (1; 2; 3). 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 услуги повышать их безопасность может являться сформировавшееся общественное недоверие к отечественным поставщикам медицинских услуг и неудовлетворенность качеством медицинской помощи.

Ввиду глобализации информационного пространства, пациенты становятся активными участниками процесса лечения. Государственные органы регулирования здравоохранения и неправительственные организации должным образом создают различные каналы сообщения для сбора жалоб пациентов – телефоны горячей линии, электронные адреса, блоги, социальные сети, ящики для сбора жалоб, канцелярии организации, часы приема, и др. Таким образом, пациенты выражают дискомфорт или неудовлетворенность услугами, либо благодарность, и модель «врач-пациент» меняется от традиционной, где врач указывает, а пациент выполняет, к более равноправной позиции обеих сторон. Международные стандарты аккредитации, такие как стандарты Joint Commission International (Международная объединенная комиссия, JCI) и западная практика в целом поощряют модель равноправного диалога между врачом и пациентом и активное участие пациента в процессе ухода (4).

Ожидается, что пациент будет задавать вопросы, получать детальные разъяснения от медицинского персонала; большое внимание уделяется обучению пациента, которое должно документироваться в медицинской карте в листе обучения пациента.

Медицинские организации, которые стремятся улучшить качество оказываемой медицинской помощи, снизить количество медицинских ошибок и других системных недостатков путем комплексных, предупреждающих мер, а также путем применения лучшей мировой практики должны учитывать сведения из обратной связи с пациентом как индикатор качества оказываемых услуг.

Материалы и методы

Ретроспективный анализ анкет удовлетворенности пациента согласно анкете, период: 8 месяцев, с 1 сентября 2011 по 30 апреля 2012 г., общее число респондентов: 1458 пациентов от 15 лет.

В АО «Национальный научный центр материнства и детства» (далее – ННЦМД), утверждены правила анкетирования пациентов и форма анкеты (Рис.1) на казахском и русском языках. Анкетирование проводится экспертом отдела менеджмента качества и безопасности пациента (далее - ОМКиБП) не реже, чем два раза в месяц среди пациентов 15 лет и старше и у лиц по уходу за больными с разъяснением цели проведения анкетирования и правил заполнения анкеты. Анкета предоставляется на казахском, русском языках, при необходимости – на английском языке. Анкетирование проводится анонимно на добровольной основе. Анкеты раздаются всем (100%) пациентам, подлежащим анкетированию, используя один или все ниже указанные методы: при поступлении стационарного пациента, анкета выдается сотрудником приемного покоя с разъяснением, что заполнить анкету можно в любое время во время пребывания в стационаре и опустить в ящик для сбора жалоб и обращений; сотрудник ОМК и БП при обходе

В клиниках АО «Национальный медицинский холдинг» функция управления качеством распределена между Службой внутреннего аудита (СВА), подотчетная напрямую Совету директоров и структурным подразделением клиники – отделом менеджмента качества и безопасности пациента (ОМКиБП). СВА не подчиняется первому руководителю клиники и имеет независимость в разборе жалоб, экспертизе случаев. ОМКиБП выполняет плановую методическую и аналитическую работу, как аудит медицинских карт, анкетирование пациентов, сбор и анализ индикаторов качества, разработка правил и процедур.

раздает анкеты в отделениях (раз в 2 недели либо еженедельно); бланки анкет находятся в палате поступающего пациента; бланки анкет размещены в наглядных местах в ННЦМД (у регистратуры и др.). Средний медицинский персонал при поступлении пациента (во время проведения первичного осмотра либо при обучении пациента правилам поведения в стационаре) объясняет цель и возможность анкетирования. Перед выпиской (при проверке готовности к выписке) постовая медицинская сестра спрашивает у пациента, заполнил ли он/она анкету.

Заполненные пациентами анкеты опускаются в ящики «Для писем и обращений физических и юридических лиц» (далее – ящик для жалоб и обращений). Ящики для жалоб и обращений должны быть установлены в каждом клиническом отделении, в холлах на всех этажах, общих зонах. Выемка анкет проходит два раза в месяц комиссионно специалистами ОМКиБП и Службы внутреннего аудита (далее – СВА) организации из ящиков для жалоб и обращений. Составляется протокол либо акт вскрытия ящика, который хранится у клинического аудитора СВА.

Процедура анализа анкет производится по специальной таблице в программе Microsoft Excel (см. Приложение 2). Каждая анкета нумеруется ручкой в правом верхнем углу анкеты; номер анкеты вносится в первой строке таблицы. Анкеты хранятся в ОМКиБП до 5 лет, далее сдаются в архив либо уничтожаются. Ежемесячно результаты анкетирования доводятся до сведения всех клинических подразделений по электронной почте; бумажная версия выставляется на стенде на первом этаже. Суммарная (общая) удовлетворенность пациентов ежемесячно в срок до 5 числа следующего месяца представляется в АО «Национальный медицинский холдинг» и в отдел стратегического планирования ННЦМД. Ежеквартально анализ удовлетворенности пациентов докладывается на Госпитальном совете ННЦМД.

Основанная цель анкетирования согласно международным стандартам JCI – это не только выявление ситуации (уровня удовлетворенности), но прежде всего, принятие мер по улучшению ситуации. На основании анализа анкетирования пациентов ОМКиБП подает проект корректирующих мер для системного устранения недостатков и улучшения процессов руководству организации – членам Правления, если риск чрезвычайный, высокий, средний; затрагивает деятельность нескольких подразделений; либо требует финансовых затрат, непосредственно задействованным подразделениям, включая компании по аутсорсингу. Результаты анкетирования с проектом корректирующих мер рассматриваются на очередном заседании Правления ННЦМД с участием заинтересованных структурных подразделений, включая

компании по аутсорсингу. ОМКиБП проводит мониторинг выполнения корректирующих мер. Результаты исполнения корректирующих мер рассматриваются Правлением Центра ежеквартально по инициативе начальника ОМКиБП.

Результаты и обсуждение

Анализ удовлетворенности 1458 анкет пациентов за 8 месяцев показал, что в результате принятия системных мер, оценка критерия «отношение и доброжелательности врачей к пациенту» повысилась с 80% (средний балл 4,0 из 5,0) в сентябре 2011 г. до 96% в апреле 2012 г., за тот же период отношение и доброжелательность медицинских сестер повысилась с 80% до 94%, полнота и доступность объяснений медицинского персонала повысилась с 88,6% до 94%, тщательность осмотров врачом по оценке пациента повысилась с 92,3 % до 96%, качество и разнообразие питания повысилось с 74% до 86%, соблюдение правил безопасности, санитарных норм при проведении процедур повысилось с 92% до 96%. Анализировались отделения акушерское 1, акушерское 2, гинекологии, VIP, неонатологии (отдел акушерско-гинекологический), в отделе педиатрии – отделения эндокринологии, общесоматическое, ревматологии, психоневрологии, гематоонкологии, в отделе детской хирургии – отделения травматологии, уронефрологии, детской хирургии, диализа, также сектор хирургии новорожденных. Пациенты отделений интенсивной терапии и реанимации анкетированию не подлежат ввиду невозможности по состоянию здоровья и/или нежелания.

Проведены заседания Госпитального совета, где по проблемным областям ОМКиБП представлял результаты анкетирования и указывал на основные жалобы и недовольства пациентов. Например, качество питания на протяжении всего периода исследования была оценено ниже других показателей. Решением Госпитального Совета, членами которого являются руководители структурных подразделений, рекомендованы и предприняты меры по улучшению ответственной стороной. В случае оценки питания, меры рекомендованы компании, оказывающей услуги по приготовлению лечебного питания. Меры по улучшению согласовываются и контролируются ОМК и БП. Например, меры включали расширение ассортимента блюд, максимальное сохранение температурного режима в боксах для подачи пищи и др.

Разработки, материалы и опыт внедрения международных стандартов аккредитации JCI в ННЦМД, которому в феврале 2012 г. впервые в Республике Казахстан присужден статус международно-аккредитованной медицинской организации включают анкетирование и анализ удовлетворенности пациента согласно международным

стандартам. Из трех взаимосвязанных аспектов медицинской помощи, известных как «треугольник здравоохранения» – качество, доступность и стоимость – именно вопросы качества медицинской помощи актуальны в постсоветском пространстве больше, чем два других. В результате недостатка аналитической, сравнительной информации сложился некий вакуум в восприятии населением имиджа медицинских организаций как способных оказывать высококачественную медицинскую помощь. Повышается уровень медицинского туризма – оттока казахстанских пациентов в западную Европу, Азию и Россию, ярко проявляется негодование пациентов через перечисленные информационные каналы. Поэтому важно использовать все каналы обратной связи с пациентом – социальные сети интернет, жалобы и обращения, и проводить анкетирование пациентов (Рис. 2).

Выводы

Выражение жалоб и пожеланий пациентами – это глобальная тенденция, и чем раньше организаторы здравоохранения 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.

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. Опыт ННЦМД позволит желающим приобрести знания для внедрения лучшей мировой практики в области системного улучшения качества для медицинских организаций.

АНКЕТА

Уважаемая пациентка/мама пациента!

Для нас важно узнать Ваше (анонимное) мнение о качестве оказываемых нами медицинских услуг и работе наших сотрудников. Ваши ответы помогут нам оценить и улучшить нашу работу, чтобы соответствовать Вашим потребностям.

Ваш возраст: _____

Сколько дней провели в нашем Центре: _____

Отделение: _____

Дата заполнения: _____

№	Вопрос	Затрудняюсь ответить	Плохо	Удовлетв-но	Хорошо	Отлично
1	Как Вы оцениваете доброжелательность и вежливость врачей ?	0	2	3	4	5
2	Как Вы оцениваете доброжелательность и вежливость медсестер ?	0	2	3	4	5
3	Как Вы оцениваете доступность и полноту объяснений медицинского персонала по поводу заболевания, лечения, ухода?	0	2	3	4	5
4	Как Вы оцениваете регулярность и тщательность проведения осмотра Вашим лечащим врачом?	0	2	3	4	5
5	Как Вы оцениваете соблюдение правил безопасности, санитарных норм при проведении процедур?	0	2	3	4	5
6	Как Вы оцениваете качество и разнообразие питания ?	0	2	3	4	5
7	Как Вы оцениваете чистоту помещений и комфорт пребывания ?	0	2	3	4	5
8	Как Вы оцениваете качество медицинского обслуживания в нашем Центре в целом ?	0	2	3	4	5
9	Приходилось ли Вам покупать лекарственные препараты за счет собственных средств ? Если «ДА», то укажите, пожалуйста, приобретенные препараты: Исключение: пациенты на платной основе и лекарства, не входящие в список гарантированного объема квоты.	ДА				НЕТ
10	Приходилось ли Вам оплачивать за услуги непосредственно медперсоналу, минуя кассу ? Если «ДА», то укажите, пожалуйста, Ф.И.О. сотрудника:	ДА				НЕТ

11. Назовите, пожалуйста, Ф.И.О. врача, медсестры, работой которых Вы не удовлетворены:

12. Назовите Ф.И.О. врача, медицинской сестры, работу которых Вы оцениваете высоко:

13. Ваши пожелания и предложения для улучшения работы нашего Центра:

14. Как вы узнали про наш Центр? (направил леч.врач, СМИ, интернет, и.т.д.)

Опустите заполненную анкету в ящик для жалоб и предложений! Спасибо!

Если во время лечения в Центре, имеются факты нарушения Ваших прав, Вы можете обратиться с письменной жалобой через ящики для жалоб и предложений, или непосредственно к Председателю правления Центра г-же Вощенко Т. А. (через канцелярию - каб. 1008, 1 этаж, административное крыло слева)

Рисунок 1 – Форма анкеты удовлетворенности пациента

врачи	5,0
медсестра	4,7
полнота объяснений	4,7
проведение осмотра	4,9
соблюдение санитарных норм	4,8
питание	4,5
чистота, комфорт	4,8
качество в целом	4,8

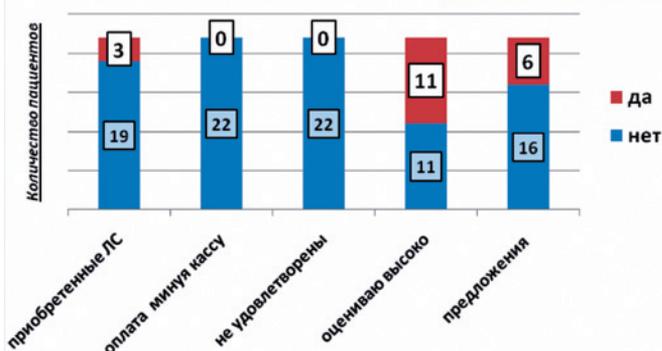
Ряснова Т.П. опросила 22 пац.
Анализ: А. Алимжанова

Отд. Эндокринологии, пери



Отд. Эндокринологии

Ряснова Т.П. опросила 22 пац.
Анализ: Айжан Алимжанова, ведущий эксперт ОМКиБП



Логические ответы	нет	да	всего	%
приобретенные ЛС	19	3	22	14%
оплата минуя кассу	22	0	22	0%
не удовлетворены	22	0	22	0%
оцениваю высоко	11	11	22	50%
предложения	16	6	22	27%

Рисунок 2 - Примеры диаграмм по данным анкетирования

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Institute of Medicine, Rewarding Provider Performance: Aligning Incentives in Medicare. Consensus Report, 2006. Доступен на: <http://www.iom.edu/Reports/2006/Rewarding-Provider-Performance-Aligning-Incentives-in-Medicare.aspx>

2. Fernandes CM, Christenson JM, Price A. Continuous quality improvement reduces length of stay for fast-track patients in an

emergency department. AcadEmergMed. 1996 Mar;3(3):258-63.

3. Kesteloot K, Voet N. Incentives for cooperation in quality improvement among hospitals--the impact of the reimbursement system. J Health Econ. 1998 Dec;17(6):701-28.

4. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, Fourth Edition, Joint Commission Resources, Oakbrook Terrace, Ill., 2010.

ТҮЙІНДЕМЕ

Емделушінің қанағаттануы медициналық ұйымдағы сапаның индикаторы ретінде

Мақалада анонимді сауалнама арқылы емделушінің медициналық ұйымдардағы дәрігерлік көмектің көрсетілу сапасына қанағаттануына сауалнама жүргізу үдерісі сипатталады.

SUMMARY

Patient satisfaction as an indicator of the quality in medical organizations

The article describes the process of questioning the patient's satisfaction on the quality of the provision of physician care in medical organizations by anonymous questionnaires.

ПРОЕКТ ПРОГРАММЫ РАЗВИТИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН НА 2012-2016 гг.

1. Паспорт Программы

Наименование Программы	Программа развития онкологической помощи в Республике Казахстан на 2012-2016 годы
Основание для разработки	Пункт 27 Общенационального Плана мероприятий по реализации Послания Главы государства народу Казахстана «Социально-экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана» от 27 января 2012 года, утвержденного Указом Президента Республики Казахстан от 30 января 2012 года № 261
Государственный орган, ответственный за разработку	Министерство здравоохранения Республики Казахстан
Цель	Повышение ожидаемой продолжительности и качества жизни казахстанцев путем снижения смертности населения от онкологических заболеваний
Задачи	<ol style="list-style-type: none"> 1. Совершенствование профилактики онкологических заболеваний путем развития программ ранней диагностики (скринингов); 2. Повышение доступности высокотехнологичных методов диагностики и лечения с научно-обоснованной эффективностью; 3. Создание современной системы реабилитационной и паллиативной помощи онкологическим больным.
Срок реализации	2012-2016 годы
Целевые индикаторы	<p>Снижение смертности от онкологической патологии в 2014 году – до 97, 2 на 100 тыс. населения, в 2016 году – до 95,5 на 100 тыс. населения;</p> <p>увеличение удельного веса злокачественных новообразований, выявленных на I-II стадии в 2014 году – до 51,5%, в 2016 году – до 53,5%;</p> <p>увеличение удельного веса 5-летней выживаемости больных со злокачественными новообразованиями в 2014 году – до 52,0%, в 2016 году – до 52,5%.</p>
Источники и объемы финансирования	<p>На реализацию Программы развития онкологической помощи в Республике Казахстан будут направлены средства республиканского и местных бюджетов. Общие затраты на реализацию Программы составят 207 703 079,6 тыс. тенге, в том числе из средств республиканского бюджета 207 655 079,6 тыс. тенге, из средств местных бюджетов 48 000,0 тыс. тенге.</p>

По годам	Всего (тыс. тенге)	Республиканский бюджет (тыс. тенге)	Местный бюджет (тыс. тенге)	Иные источники (тыс. тенге)
2012 г.	10 865 225,0	10 817 225,0	48 000,0	
2013 г.	56 238 504,5	56 238 504,5		
2014 г.	74 884 513,1	74 884 513,1		
2015 г.	48 399 400,9	48 399 400,9		
2016 г.	17 315 436,1	17 315 436,1		
Итого	207 703 079,6	207 703 079,6		

Объемы расходов по мероприятиям, финансируемым за счет средств государственного бюджета на 2012-2016 годы, предусмотрены в соответствии с решением Республиканской бюджетной комиссии № 5 от 18 февраля 2012 года и будут определяться (уточняться) в соответствии с Законом Республики Казахстан «О республиканском бюджете» на соответствующий финансовый год.

2. Введение

Программа развития онкологической помощи в Республике Казахстан на 2012-2016 годы (далее – Программа) разработана в соответствии с пунктом 27 Общенационального Плана мероприятий по реализации Послания Главы государства народу Казахстана «Социально-экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана» от 27 января 2012 года, утвержденного Указом Президента Республики Казахстан от 30 января 2012 года № 261.

Разработка Программы является последовательным продолжением государственной политики развития системы здравоохранения, заложенной в Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы (далее – Государственная программа), утвержденной Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2011 года № 1113.

3. Анализ текущей ситуации

3.1. Оценка текущего состояния онкологической помощи

Обеспокоенность и повышенное внимание к онкологическим заболеваниям – одна из особенностей современного здравоохранения. Во всем мире отмечается рост заболеваемости от неинфекционных хронических заболеваний, связанный, прежде всего, с ростом социально-экономического благополучия стран, увеличения продолжительности жизни, проведения профилактических мероприятий, направленных на выявление онкологических заболеваний. Вместе с тем, хронические неинфекционные заболевания являются важной причиной инвалидности и преждевременной смертности, серьезно влияют на показатель продолжительности жизни, являющийся одним из важнейших индикаторов Глобального индекса конкурентоспособности. Онкологические заболевания являются ведущими в структуре хронических неинфекционных заболеваний.

По данным Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ) сердечно-сосудистые и онкологические заболевания в совокупности явились причиной 71% случаев смерти в Европейском регионе. По прогнозам ВОЗ заболеваемость и смертность

от злокачественных новообразований до 2020 года во всем мире увеличится в 1,5-2 раза. Аналогичная тенденция роста заболеваемости раком характерна и для Республики Казахстан, учитывая рост благосостояния населения, продолжительности жизни и внедрения программ ранней диагностики злокачественных новообразований. Рост онкологической заболеваемости в мире будет происходить в основном за счет рака легкого, колоректального рака у мужчин, а также рака молочной железы и рака шейки матки у женщин.

Смертность от онкологических заболеваний в Казахстане занимает второе место в структуре смертности населения. Ежегодно от рака умирает порядка 17000 человек, из которых 42% - лица трудоспособного возраста.

В течение последних пяти лет в республике увеличилось абсолютное число заболевших злокачественными новообразованиями: если в 2006 году было зарегистрировано 28573 заболевших, то к концу 2011 года их число возросло до 30299. Ежегодный прирост числа больных со злокачественными новообразованиями составляет 5%.

Показатель смертности от злокачественных новообразований за последние пять лет снизился на 11,9% с 113,7 на 100 тыс. населения в 2006 году до 101,6 на 100 тыс. населения в 2011 году. Снижение показателя смертности связано, в первую очередь, с улучшением диагностики злокачественных новообразований на ранних стадиях и эффективностью результатов лечения. В то же время, этот показатель все еще не достигает показателей развитых стран, поскольку смертность на поздних стадиях рака практически не предотвратима и все еще высока.

Наиболее часто встречающимися злокачественными новообразованиями в 2011 году в республике были рак молочной железы (11,6%), рак легкого (11,4%), рак кожи (10,7%), далее – рак желудка (8,8%), рак шейки матки (4,8%), рак пищевода (4,4%), гемобласты (4,4%), рак ободочной (4,4%) и прямой кишки (4,1%).

При этом, в структуре заболеваемости среди мужчин лидирующие места занимают опухоли трахеи, бронхов, легкого (20,4%), желудка (12,0%), кожи (9,6%), далее следуют опухоли предстательной железы (6%), пищевода (5,3%), гемобласты (4,9%), прямой кишки (4,6%), ободочной кишки (4,1%), мочевого пузыря (3,7%).

Первое место по распространенности рака в женской популяции принадлежит новообразованиям молочной железы (21,4%), далее следуют опухоли кожи (11,6%), шейки матки (8,8%), желудка (6,2%), яичников (5,7%), тела матки (5,5%), ободочной кишки (4,6%), гемобласты (3,9%), рак легкого (3,9%). Проблемой становится омоложение лиц, заболевших злокачественными новообразованиями.

Лидирующие позиции в заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований на протяжении нескольких лет занимают Восточно-Казахстанская, Северо-Казахстанская, Павлодарская области.

Ежегодно в нашей стране злокачественными новообразованиями заболевают около 350-400 детей до 15 лет. К концу 2011 года на учете в онкологических организациях состояло 1289 больных детей с диагнозом злокачественного новообразования. Наибольшее число детей, находящихся на учете по поводу рака, зарегистрировано в Южно-Казахстанской (208), Алматинской (142), Кызылординской (107), Карагандинской (101), Восточно-Казахстанской (98) областях, городах Алматы (111) и Астана (80).

Злокачественные новообразования в структуре смертности у детей старше 5 лет занимают ведущую позицию. В структуре заболеваемости раком среди детей преобладают опухоли лимфатической и кроветворной системы, центральной нервной

системы, костей и мягких тканей. На сегодня в стране существует единственное детское отделение для лечения детей с онкологической патологией на базе республиканского государственного предприятия на праве хозяйственного ведения «Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии» Министерства здравоохранения Республики Казахстан (далее – КазНИИОиР). В 2011 году открыто отделение трансплантации костного мозга у детей на базе республиканского государственного предприятия на праве хозяйственного ведения «Научный центр педиатрии и детской хирургии» Министерства здравоохранения Республики Казахстан, где в 2012 году запланировано проведение 8 трансплантаций костного мозга у детей. Развитие онкологической помощи детям требует внедрения новых современных методов лечения, соответствующих международным стандартам, включающих в себя трансплантацию костного мозга, высокодозную химиотерапию, конформную и протонную терапию и другие виды инновационного лечения.

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

Однако в настоящее время скрининговые программы в республике нацелены только на выявление раков визуальной локализации – молочной железы, шейки матки и колоректального рака и не охватывают раннего выявления рака других локализаций.

Недостаточно используются возможности первичной профилактики рака. Так, например, одним из результативных методов профилактики рака шейки матки является вакцинация против вируса папилломы человека (HPV), который обнаруживается в 99,7% случаях с установленным диагнозом рака шейки матки, однако в Казахстане этот метод не применяется.

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

Недостаточный уровень использования современных технологий диагностики и лечения онкологических заболеваний способствовали незначительному росту

показателя 5-летней выживаемости больных за последние 3 года с 50,2% (2009 год) до 51,4% (2011 год). При этом минимальный показатель 5-летней выживаемости наблюдается при раке печени, поджелудочной железы и легкого. Относительно низкий показатель 5-летней выживаемости связан

с тем, что 46% больных с онкологическими заболеваниями выявляются и начинают лечение в запущенных стадиях (III-IV стадии).

Показатель 5-летней выживаемости больных со злокачественными новообразованиями различной локализации (%), Европейское общество онкологов, 2009 год)

Форма рака	США	Европа	Казахстан
Колоректальный рак	66	56	42
Меланома кожи	92	86	57
Рак молочной железы	90	79	49
Рак простаты	99	78	23
Рак почки	63	56	38
Неходжкинская лимфома	62	55	55

Ежегодно в Казахстане выявляют примерно 1700 случаев опухолевых поражений головы и шеи и 600 случаев опухолей опорно-двигательного аппарата, большую часть которых составляют пациенты, у которых распространенность заболевания соответствует III-IV стадии. Несмотря на относительно невысокий уровень заболеваемости, лечение рака таких локализаций – это, как правило, калечащие операции, приводящие к инвалидности и существенно ухудшающие качество жизни пациентов.

Внедряемая в республике Национальная скрининговая программа позволяет диагностировать злокачественные новообразования на ранних стадиях. Вместе с тем, международный опыт показывает, что радикальное излечение и увеличение 5-летней выживаемости онкологических больных, выявленных на ранних стадиях (до 80%), возможно только в комплексе с применением таких высокотехнологичных методов лечения (которые на сегодня отсутствуют в Казахстане), как:

- протонная терапия, радионуклидная диагностика и терапия, дистанционная лучевая терапия (гамма нож, кибернож, томотерапия, веросистем, стереотаксис, конформная терапия), интраоперационная лучевая терапия, вертикальный ПЭТ, биотрансплантация органов и тканей, малоинвазивная хирургия;
- использование различных биологических маркеров в клинической практике – онкогены, рецепторы эстрогенов и прогестерона, маркеры апоптоза, рецепторы факторов роста и др. Определение всех этих факторов даст возможность более детально изучить молекулярно-биологические особенности злокачественных опухолей. Это позволяет проводить лечение с учетом степени дифференцировки опухоли, ее чувствительности к проводимой терапии и влиять на течение и прогноз заболевания в каждом конкретном случае.

В рамках реализации Государственной программы реформирования и развития

здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы были приняты первые шаги по оснащению онкологических диспансеров современным медицинским оборудованием и внедрению новых технологий диагностики и лечения рака. На сегодня, во многих онкологических диспансерах установлены современные гамма терапевтические аппараты, а в онкодиспансерах Астаны, Уральска, Караганды, Усть-Каменогорска, а также в КазНИИОиР установлены линейные ускорители.

Следующим этапом должно явиться внедрение высокотехнологичной лучевой терапии онкологическим больным, что требует оснащения онкологических организаций линейными ускорителями последнего поколения, в том числе путем модернизации существующих. Данная технология с учетом принципа регионализации онкологических организаций и этапности оказания онкологической помощи позволит продлить и улучшить качество жизни порядка 3000 пациентов в год, страдающих онкологическими заболеваниями. На начальном этапе развития в республике находится внутритканевая лучевая терапия (брахитерапия), внедрение которой позволило бы спасти около 1500 жизней в год. Также, ввиду отсутствия оборудования, не применяется такой метод лечения как интраоперационная лучевая терапия, позволяющая улучшить результаты лечения некоторых локализаций (рак молочной железы, желудка, колоректальный рак).

Ядерная медицина (далее – ЯМ) – направление современной медицины, использующая радиофармацевтические препараты (далее – РФП) для диагностики и лечения заболеваний. Диагностическая эффективность, минимальная лучевая нагрузка, простота и неотъемлемость исследования позволяют широко применять эти методы во всех областях медицины как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. Однако ЯМ как один из элементов онкологической помощи (оборудование, кадровые ресурсы и т.д.) в республике

отсутствует. Во исполнение поручения Президента Республики Казахстан Назарбаева Н. А. в г. Семей Восточно-Казахстанской области на базе регионального онкодиспансера создается радиологический кластер, в структуре которого запланировано создание отделения ядерной медицины с применением позитронно-эмиссионной томографии с циклотроном для производства готовых РФП.

Радионуклидная диагностика, однофотонная эмиссионная компьютерная томография (далее – ОФЭКТ), позитронно-эмиссионная томография (далее – ПЭТ) – методы диагностики и лечения, основанные на выявлении различий метаболизма нормальных и опухолевых клеток, (а не на размере опухоли), что позволяет выявить признаки озлокачествления при отсутствии каких-либо анатомических изменений. В Казахстане имеется только лишь 1 аппарат ПЭТ в г. Астане, который не покрывает всей потребности республики. По международным данным на 1,5 млн. населения создается 1 ПЭТ - центр.

Использование радионуклидной диагностики и радионуклидной терапии позволяет повысить результаты лечения рака щитовидной и предстательной железы и увеличить 5-летнюю выживаемость до 90%. Кроме того, радионуклидная терапия позволяет успешно лечить больных с метастатическим поражением в костях и внутренних органах.

Успехи лечения онкологических заболеваний во многом определяются внедрением современных методов радиохирургии, однако на сегодня в республике ни одна онкологическая клиника, включая республиканскую, не применяет подобную методику в связи с отсутствием высокотехнологического оборудования.

Широкое распространение в развитых странах получила малоинвазивная диагностика и лечение онкологических больных. Развитию этого направления способствовал рост ранней диагностики. В республике, ввиду отсутствия оборудования в онкологических организациях для проведения эндовидеоскопических операций, обучающего симуляционного центра и робототехники, малоинвазивные методы диагностики и лечения практически не используются. Следствием этого является большое количество расширенных сверхрадикальных операций, приводящих к инвалидизации пациентов.

Лекарственное обеспечение больных онкологическими заболеваниями за последние 10 лет увеличилось в 17 раз с 800 млн. тенге (2002 год) до 13,7 млрд. тенге

(2012 год). Более чем в 2,5 раза увеличилось количество наименований лекарственных средств. На сегодня обеспеченность лекарственными препаратами онкологических больных составила 70% от потребности. Особенностью лекарственной терапии злокачественных новообразований является длительность и непрерывность лечения, что предполагает использование лекарств в стационаре и продолжение лечения в амбулаторных условиях. Еще одной особенностью лечения является использование так называемых «таргетных» препаратов – воздействующих только на опухолевые клетки. Обеспеченность «таргетными» препаратами составляет на стационарном уровне 40% от потребности, в то время как на амбулаторном уровне до сегодняшнего момента, данными препаратами были обеспечены только единичные случаи, что приводило к нарушению преемственности и снижению эффективности дорогостоящего лечения. Начиная с 2012 года, пациенты обеспечиваются «таргетными» препаратами за счет средств республиканского бюджета.

Вследствие недостаточного использования современных методов ранней диагностики, лечения, недостаточной доступности онкологической помощи на сегодняшний день только 51-52% больных со злокачественными новообразованиями получают специализированное лечение.

Доступность онкологической помощи населению республики все еще не соответствует современным требованиям. По итогам 2011 года в организациях первичной медико-санитарной помощи республики работает 279 онкологических кабинетов, что составляет всего 84% от норматива. Сохраняется дефицит кадров, только 48% районных онкологов (126 специалистов) являются основными работниками, остальные врачи – специалисты других профилей, работающие по совместительству.

Кочный фонд организаций здравоохранения онкологического профиля не соответствует установленным нормативам (2,5 койки на 10000 населения). На 1 января 2012 года количество коек онкологического профиля составило 2996 при необходимом количестве – 4130 коек. В Казахстане в стадии становления находится служба паллиативной помощи онкологическим больным. В республике на сегодняшний день функционирует 6 хосписов, из них только городской центр паллиативной помощи в г. Алматы государственной формы собственности. Не развито оказание реабилитационной помощи онкологическим больным.

3.2. Анализ слабых и сильных сторон, возможностей и угроз

Проведенный анализ позволил выявить ряд основных трудностей и наметить пути решения проблем в системе предоставления онкологической помощи населению Республики Казахстан.

Слабые стороны

Недостаточный уровень использования современных клинических руководств/протоколов по профилактике, диагностике, лечению и реабилитации онкологических больных.

Низкий уровень внедрения инновационных технологий диагностики и лечения злокачественных новообразований, включая трансплантацию костного мозга у детей.

Острый недостаток медицинских работников, подготовленных в вопросах ранней диагностики и лечения онкологических заболеваний (радионуклидная диагностика и терапия, ЯМ, малоинвазивные технологии, брахитерапия и др.) и базы для их подготовки.

Недостаток специалистов в области ЯМ (медицинские физики, медицинские химики, инженеры) и отсутствие базы для их подготовки.

Недостаточная материально-техническая база онкологических организаций, расположение онкологических диспансеров в приспособленных зданиях.

Несоответствие коечного фонда онкологических организаций установленным нормативам.

Несоответствие количества онкологических, маммологических и проктологических кабинетов установленным нормативам.

Отсутствие системы паллиативной и реабилитационной помощи больным со злокачественными новообразованиями.

Отсутствие интегрированной службы оказания медико-социально-психологической помощи онкологическим больным.

Наличие собственной технической базы и специалистов для производства РФП, реализуемый проект создания Центра ядерной медицины и биофизики Института ядерной физики республиканского государственного предприятия на праве хозяйственного ведения «Национальный ядерный центр» Министерства индустрии и новых технологий Республики Казахстан.

Сильные стороны

Положительный опыт проведения Национальных скрининговых программ по ранней диагностике злокачественных новообразований.

Наличие иерархически выстроенной сети специализированной онкологической помощи – от районного (онкологические кабинеты в организациях первичной медико-санитарной помощи), регионального (областные и городские онкодиспансеры) уровней до республиканского

уровня (КазНИИОиР).

Централизованное лекарственное обеспечение для лечения злокачественных новообразований и материально-техническое оснащение организаций онкологического профиля за счет средств республиканского бюджета.

Возможности

Улучшение качества предоставляемых услуг за счет свободного выбора пациентом онкологических стационаров и привлечения пациентов из-за рубежа.

Осуществление трансферта современных технологий из-за рубежа и проведение фундаментальных и прикладных научных исследований на базе Автономной организации образования «Назарбаев Университет», клиник Акционерного общества «Национальный медицинский холдинг», КазНИИОиР.

Приоритетное бюджетное финансирование профилактики и лечения рака, являющегося социально значимым заболеванием.

Улучшение ранней диагностики злокачественных новообразований за счет повышения информированности и изменения поведения населения.

Снижение смертности от злокачественных новообразований за счет усиления межсекторального взаимодействия.

Угрозы

Влияние мирового финансового кризиса на финансирование мероприятий, запланированных для реализации поставленных задач.

Возникновение чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера, которые могут привести к росту злокачественных новообразований.

Имеющиеся проблемы

Недостаточность современных технологий ранней диагностики и онконастороженности у населения и врачей.

Только 46% больных со злокачественными новообразованиями выявляются на ранних стадиях опухолевого процесса (I –II стадии). Среди этих пациентов высок уровень опухолей визуальных локализаций, выявление которых не всегда требует применения дорогостоящих методов диагностики. Успешность выявления таких форм рака зависит в первую очередь от онконастороженности и уровня знаний медицинского работника и пациента, изменения их поведения в отношении риска развития онкологических заболеваний.

Недоступность инновационных, высокотехнологических методов диагностики и лечения онкологических заболеваний

Онкологическая служба Казахстана унаследовала от прежней системы этапность оказания медицинской помощи, когда на самый высокий уровень направляются пациенты с запущенными формами, где проводится

преимущественно радикальное хирургическое лечение (до 90%). По этому принципу новейшие технологии концентрировались только в республиканских организациях здравоохранения, ограничивался трансферт новых технологий. Таким образом, зачастую благоприятный период для радикального лечения на ранней стадии упускается из-за прохождения пациентом всех необходимых уровней диагностики и лечения на нижестоящих уровнях.

Недостаточность материально-технической базы онкологических и амбулаторно-поликлинических организаций.

Материально-техническая база не позволяет проводить раннюю диагностику многих локализаций рака. Во всех онкологических организациях отсутствуют цифровые маммографы, недостаточно компьютерных томографов, ОФЭКТ и другого рентгенодиагностического оборудования. Требуется обновления эндоскопическое, ультразвуковое оборудование. Необходимо доукомплектование цитологических лабораторий автоматами для окраски мазков, аппаратами для жидкостной цитологии, а также создание системы иммуногистохимической диагностики.

Ежегодно увеличивающийся объем выполняемых диагностических исследований больным со злокачественными заболеваниями на различных уровнях оказания медицинской помощи, а также необходимость проведения анализа динамики развития заболевания за несколько лет требуют создания электронных центров хранения и обработки медицинской информации.

Дефицит квалифицированных медицинских и немедицинских кадров

Бурный рост технологий в онкологии требует постоянного совершенствования и обновления знаний у медицинских работников. Помимо «отставания» знаний и навыков от мировой практики, существует физический недостаток медицинских работников. Кроме того, проблема усугубляется отсутствием квалифицированных немедицинских кадров – физиков, химиков, инженеров, необходимых при работе с новейшим оборудованием.

Практическое отсутствие реабилитационной и паллиативной помощи

Важнейшим элементом онкологической помощи является паллиативная помощь и реабилитация больных со злокачественными новообразованиями. Существующие в стране хосписы находятся только в 6 регионах и могут предоставить помощь только 5% нуждающихся больных. Отсутствие реабилитационной помощи существенно ухудшает качество жизни больных.

3.3. Анализ действующей политики государственного регулирования развития онкологической помощи

Развитие онкологической помощи является

одной из важнейших задач государственной политики в области здравоохранения. Ряд мероприятий по развитию онкологической службы предусмотрены в Государственной программе, Стратегическом плане Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2012-2016 годы, Меморандумах между Министерством здравоохранения Республики Казахстан и Правительством Республики Казахстан, а также между Министром здравоохранения Республики Казахстан и Акимами областей, городов Астана, Алматы.

На сегодня государство оказывает полную поддержку пациентам с социально значимыми заболеваниями. Медицинская помощь больным со злокачественными новообразованиями оказывается в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, включающая также предоставление медицинских услуг в зарубежных клиниках. Отсутствие высокотехнологичных методов диагностики и лечения онкологических заболеваний в отечественных клиниках вынуждает пациентов выезжать на лечение за рубеж за счет собственных средств и средств республиканского бюджета. В среднем лечение одного больного за рубежом с онкопатологией обходится государству от 150000 до 250000 у.е.

Установлены минимальные стандарты оснащения онкологических организаций, государственный норматив сети онкологических организаций. Разработаны правила проведения лабораторной диагностики, правила деятельности организаций здравоохранения онкологического профиля, клинические алгоритмы, протокола и руководства.

Таким образом, государственная политика создала предпосылки к формированию современной модели онкологической помощи, ориентированной на пациента, определяемой как координированная, интегрированная, комплексная и непрерывная помощь, доступная для всех.

3.4. Обзор позитивного международного опыта

Программы скрининга рака

Согласно данным ВОЗ, снижение смертности от рака молочной железы и успехи в лечении во многом определяются ранней диагностикой заболевания: при I стадии 5-летний срок переживают 90-95% больных; при IV – менее 10%. В странах Западной Европы и Северной Америки достигнута возможность выявления I стадии заболевания у 70-80% и, соответственно, больше 5 лет живут 90% женщин. Маммографический скрининг, таким образом, позволил уменьшить смертность от рака молочной железы на 30% через 5-7 и на 20% через 15-20 лет от начала скрининга.

Раннее выявление рака шейки матки и предраковых процессов позволило значительно изменить картину заболеваемости и смертности от рака шейки матки в странах, где внедрен

цитологический скрининг. Так, в Канаде в результате проведения цитологического скрининга отмечено снижение заболеваемости рака шейки матки с 28,4 случаев на 100 000 женщин старше 20 лет в 1955 г. до 6,3 в 1980-1984 гг. К началу 90-х годов эти показатели снизились еще больше (соответственно на 80% и 75%).

Проведенное в Германии скрининговое обследование более 60 тысяч пациентов 47-75 лет с использованием теста на скрытую кровь показало снижение смертности от рака толстой кишки в течение 10 лет в группе скрининга на 18%. В Дании за 10 лет оценки гемокульт-теста среди 153000 пациентов отмечено снижение смертности от колоректального рака до 30%.

Ряд исследований продемонстрировал, что использование специфического антигена предстательной железы в качестве скринингового теста способствовало увеличению степени обнаружения рака предстательной железы по сравнению с уровнем выявления, достигнутом при помощи пальцевого метода. В настоящее время наиболее эффективными методами раннего выявления рака предстательной железы является комбинация пальпаторного исследования через прямую кишку, определение специфического антигена предстательной железы и трансректальное ультразвуковое исследование.

Создание вертикальных специализированных систем онкологической службы

Согласно рекомендациям ВОЗ медицинская помощь онкологическим больным должна предоставляться сетью организаций здравоохранения, охватывающих территорию всей страны, обладающих необходимыми ресурсами, распределенными с учетом эпидемиологических и экономических показателей. Оптимальным вариантом может быть создание сети иерархически выстроенных специализированных онкологических центров.

В 2005 году Австралийский Институт здравоохранения и социального обеспечения дал прогноз увеличения частоты онкологических заболеваний в Австралии на 31% в период до 2011 года. Эти прогнозы были основаны на тенденциях старения населения, роста хронических неинфекционных заболеваний, ожирения, употребления алкоголя и табакокурения. Существовавшая в Австралии сеть организаций, объединенных в CanNet (Cancer Network) полностью не охватывала всю территорию страны, в особенности сельские районы и глубинные территории. Для улучшения доступности медицинской помощи, было запланировано создание сети онкологических учреждений, путем строительства, переоснащения и реконструкции объектов. Проект начался с 1 января 2009 года, финансируется федеральным правительством Австралии и оценивается в 1,3 миллиарда

австралийских долларов.

Сеть будет состоять из 3-х уровней и включать 24 специализированных онкологических центра:

1 уровень – первичная медико-санитарная помощь, проводящая в основном скрининговые мероприятия;

2 уровень – региональные онкологические центры (либо местные стационары), основное звено сети. Региональные центры будут согласовывать с местными органами планы по снижению распространения рака и будут сосредоточены на стационарном лечении. Они являются частью совместной сети государственно-частных услуг. Связи между региональными центрами рака и столичными центрами гарантирует, что лечение рака будет по-прежнему осуществляться на наиболее подходящем месте, в зависимости от типа и сложности опухоли и индивидуальных обстоятельств пациента;

3 уровень – интегрированные онкологические центры (либо университетские клиники), фокусируются на наиболее затратных методах диагностики, лечения, проведении научных исследований и подготовке специалистов.

Создание национальных научно-исследовательских центров в области онкологии

Национальный институт рака США (National Cancer Institute, NCI) был создан в 1937 году в соответствии со специальным законом как одно из агентств федерального правительства США, ответственного за исследование и подготовку специалистов в области онкологии. С 1971 года в США была принята Национальная программа борьбы с раком, координатором которой стал NCI.

Сегодня, помимо координации Национальной программы рака, NCI проводит и поддерживает фундаментальные и клинические исследования, оценивает новые методы лечения рака для включения их в клиническую практику, проводит обучение специалистов, распространение информации для населения, поддерживает строительство онкологических центров и их деятельность.

В США большинство организаций здравоохранения являются многопрофильными, находятся в частной собственности, а сеть организаций онкологического профиля децентрализована. В этих условиях NCI концентрируется на поиске новых знаний для борьбы с раком.

4. Цели, задачи, целевые индикаторы и показатели результатов реализации Программы

4.1. Цель Программы

Повышение ожидаемой продолжительности и качества жизни казахстанцев путем снижения смертности населения от онкологических заболеваний.

4.2. Целевые индикаторы

Целевой индикатор	Ед. изм.	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год
Снижение смертности от онкологической патологии	На 100 тыс. населения	101,0	99,5	97,2	95,8	95,5
Увеличение удельного веса злокачественных новообразований, выявленных на I-II стадии	%	50,1	50,6	51,5	53,0	53,5
Увеличение удельного веса 5-летней выживаемости больных со злокачественными новообразованиями	%	51,6	51,8	52,0	52,2	52,5

4.3. Задачи Программы и показатели результатов:

1. Совершенствование профилактики онкологических заболеваний путем развития программ ранней диагностики (скринингов):

на 2012 год – реализация 4 скрининговых программ: продолжение реализации скрининга рака молочной железы, рака шейки матки, колоректального рака, внедрение пилотного проекта по скринингу рака предстательной железы в Восточно-Казахстанской области;

на 2013 год – реализация 6 скрининговых программ: по раку молочной железы, раку шейки матки, колоректальному раку, поэтапное расширение пилотного проекта по скринингу рака предстательной железы в Кызылординской, Актюбинской, Западно-Казахстанской, Павлодарской и Северо-Казахстанской областях, поэтапное внедрение скрининга рака печени, рака пищевода и желудка в Актюбинской, Восточно-Казахстанской, Западно-Казахстанской, Кызылординской, Павлодарской и Северо-Казахстанской областях;

на 2014 год – реализация 6 скрининговых программ: по раку молочной железы, раку шейки матки, колоректальному раку, поэтапное расширение скрининга рака предстательной железы, рака печени, рака пищевода и желудка в Акмолинской, Атырауской, Жамбылской, Карагандинской и Костанайской областях;

на 2015 год – реализация 6 скрининговых программ: по раку молочной железы, раку шейки матки, колоректальному раку, поэтапное расширение скрининга рака предстательной железы, рака печени, рака пищевода и желудка в Алматинской, Мангистауской, Южно-Казахстанской областях, городах Астана и Алматы;

на 2016 год – реализация 6 скрининговых программ на национальном уровне: рак молочной железы, рак шейки матки, колоректальный рак, скрининг рака предстательной железы, скрининг рака печени, скрининг рака пищевода и желудка.

2. Повышение доступности высокотехнологичных методов диагностики и лечения с научно-обоснованной эффективностью:

2013 год – создание высокотехнологичного радиологического центра по проведению лучевой терапии в г. Семей на базе регионального онкологического диспансера. Подготовлено 62 специалиста для онкологической службы в ведущих зарубежных клиниках;

2014 год – создание высокотехнологичных радиологических центров по проведению лучевой терапии в г. Алматы на базе КазНИИОиР и Карагандинского областного онкодиспансера, а также центров ядерной медицины на базе КазНИИОиР и регионального онкологического диспансера г. Семей. Повышена квалификация 105 специалистов онкологической службы в ведущих зарубежных клиниках;

2015 год – создание высокотехнологичных радиологических центров по проведению лучевой терапии в г. Астана на базе городского онкологического диспансера и медицинского центра Западно-Казахстанского государственного медицинского университета им. М. Оспанова в г. Актобе. Повышена квалификация 113 специалистов онкологической службы в ведущих зарубежных клиниках;

2016 год – создание Национального научного онкологического центра в г. Астане.

Установка магнитно-резонансных томографов в онкологических диспансерах г. Астана, Актобе, Караганда, Семей и КазНИИОиР.

Повсеместное внедрение в онкологическую практику малоинвазивных эндовидеоскопических операций.

Создание электронных центров хранения и обработки медицинской информации.

Создание отделений радионуклидной диагностики в онкологических диспансерах.

3. Создание современной системы реабилитационной и паллиативной помощи онкологическим больным:

2012 год – открытие центра паллиативной

помощи на базе хосписа в г. Алматы, организация паллиативной помощи онкологическим больным в г. Павлодар, г. Караганда, г. Усть-Каменогорск, г. Костанай, г. Семей в рамках государственно-частного партнерства;

2013 год – открытие центров паллиативной помощи на базе онкологических диспансеров г. Астана, г. Петропавловск, на базе медицинского центра Западно-Казахстанской медицинской академии г. Актобе, на базе многопрофильной больницы г. Кызылорда;

2014 год – открытие центров паллиативной помощи на базе многопрофильной больницы г. Талдыкорган, на базе регионального онкологического диспансера г. Алматы, онкологического диспансера г. Актау;

2015 год – открытие центров паллиативной помощи на базе онкологических диспансеров г. Уральск, г. Атырау;

2016 год – открытие центров паллиативной помощи на базе онкологических диспансеров г. Шымкент, г. Тараз.

4.4. Ответственные государственные и иные органы

Для реализации Программы необходимо содействие следующих государственных органов: Министерства индустрии и новых технологий Республики Казахстан, Министерства экономического развития и торговли Республики Казахстан, Министерства финансов Республики Казахстан, а также Автономной организации образования «Назарбаев Университет», акиматов областей, городов Астаны и Алматы.

5. Этапы реализации Программы

5.1. Основные направления работы по решению проблем

Основными направлениями работы по развитию онкологической помощи в Республике Казахстан, связанными с решением поставленных задач являются:

1. совершенствование профилактической направленности системы ПМСП;
2. развитие высокотехнологичных методов диагностики и лечения онкологических заболеваний;
3. укрепление и развитие кадрового потенциала;
4. совершенствование инфраструктуры онкологической службы и укрепление ее материально-технической базы.

5.2. Перечни инструментов и механизмов достижения поставленных целей и задач

Направление 1. Совершенствование профилактической направленности системы первичной медико-санитарной помощи

Усиление профилактической направленности

в организациях первичной медико-санитарной помощи включает:

- совершенствование программ по повышению онконастороженности у медицинских работников;
- разработку обучающих модулей и обучение специалистов ПМСП и специализированных служб различным направлениям внедрения скрининговых осмотров с использованием различных технологий обучения (выездные региональные семинары, каскадный метод, on-line, в том числе с использованием телемедицины);
- расширение программ ранней диагностики (скринингов) путем внедрения с 2012 года в Восточно-Казахстанской области пилотного проекта по раннему выявлению рака предстательной железы, и с 2013 года поэтапное внедрение скрининга рака пищевода, рака желудка и рака печени в Актюбинской, Восточно-Казахстанской, Западно-Казахстанской, Кызылординской, Павлодарской и Северо-Казахстанской областях;
- проведение мониторинга внедрения скрининговых программ по раннему выявлению злокачественных новообразований молочной железы, шейки матки, толстой кишки, предстательной железы, пищевода, желудка, печени;
- проведение вакцинации девочек-подростков против вируса папилломы человека с целью профилактики рака шейки матки;
- совершенствование и повышение качества скрининговых программ;
- формирование солидарной ответственности граждан за собственное здоровье путем повышения информированности населения о профилактике злокачественных новообразований;
- активное использование средств массовой информации в пропаганде, формировании здорового образа жизни и профилактике злокачественных новообразований;
- разработку, тиражирование и распространение брошюр, буклетов, листовок среди населения по первичной профилактике, ранним признакам злокачественных новообразований;
- обеспечение современным эндоскопическим, рентгенологическим, ультразвуковым и лабораторным оборудованием для повышения качества и расширения спектра оказываемых диагностических услуг.

Направление 2. Развитие высокотехнологичных методов диагностики и лечения онкологических заболеваний

Развитие и внедрение новых современных высокотехнологичных методов диагностики и лечения онкологических заболеваний, в том числе детей, будет осуществляться путем:

- разработки и совершенствования нормативной правовой базы для

эффективной работы онкологической службы;

- разработки алгоритмов ведения онкологических больных на всех уровнях оказания медицинской помощи онкологическим больным (взрослым и детям) с обязательным объемом лечебно-диагностических мероприятий;
- совершенствования клинических протоколов диагностики и лечения злокачественных новообразований с учетом внедрения современных методов диагностики и лечения (ядерная, протонная, радионуклидная терапия), в т.ч. комплексного лечения;
- создания Национального научного онкологического центра в целях концентрации в данном центре всех уникальных мировых технологий диагностики и лечения злокачественных новообразований, а также проводить научно-исследовательскую работу, радикальное лечение по уникальным технологиям, разрабатывать и внедрять новые технологии и стандарты диагностики и лечения, с их трансляцией на региональный уровень;
- трансферта новых технологий в области профилактики, диагностики и лечения злокачественных новообразований из-за рубежа с последующим их трансфертом в региональные организации, оказывающие медицинскую помощь онкологическим больным;
- развития трансплантации органов и тканей, в том числе трансплантации костного мозга у детей;
- разработки мультимодальных технологий лечения злокачественных новообразований основных локализаций;
- внедрения малоинвазивных методов диагностики и лечения больных со злокачественными новообразованиями на ранних стадиях заболевания;
- создания современных центров ядерной медицины (в том числе ПЭТ) на базе КазНИИОП и регионального онкологического диспансера г. Семей;
- создания отделений радионуклидной диагностики при онкологических диспансерах;
- совершенствования нормативной правовой базы по радиационной безопасности населения и персонала центров (отделений) ядерной медицины;
- совершенствования работы референс центров по иммуногистохимической и иммунофенотипической диагностике опухолей с целью индивидуализации лечения больных со злокачественными новообразованиями;
- адекватного обеспечения химиопрепаратами онкологических больных на амбулаторном и стационарном уровнях для полного их охвата специализированным лечением;
- дальнейшего развития отечественной радиофармацевтической промышленности на базе Института ядерной физики республиканского государственного предприятия на праве хозяйственного ведения «Национальный ядерный центр» Министерства

индустрии и новых технологий Республики Казахстан;

- развития системы обеспечения медицинских организаций РФП (разработка, предклинические, клинические испытания, сертификация, регистрация, производство, закуп, транспортировка, утилизация отходов) и расходными материалами для их производства с целью бесперебойного функционирования центров ядерной медицины;
- создание сервисной службы по обслуживанию циклотронов и специального оборудования, в том числе контроля качества изображений;
- создания сервисной службы по обслуживанию парка лучевых аппаратов, замене источников ионизирующего излучения;
- совершенствования информационных технологий, применяемых в онкологической службе, в том числе регистра раковых больных (канцер-регистр). Создание высокотехнологичных электронных центров хранения и обработки медицинской информации, позволяющей обмениваться информацией между онкологическими организациями, увеличивать пропускную способность диагностического оборудования, значительно сокращать сроки обследования, что в свою очередь позволяет своевременно установить диагноз и начать лечение.

Направление 3. Укрепление и развитие кадрового потенциала

Укрепление и развитие кадрового потенциала онкологической службы будет проводиться путем:

- приведения штатной численности медицинских кадров онкологической службы в соответствии с утвержденными нормативами;
- совершенствования штатных нормативов организаций онкологической службы с учетом внедрения новых технологий диагностики и лечения онкологических заболеваний;
- организации непрерывного повышения профессионального уровня специалистов, оказывающих профилактическую, диагностическую, лечебную, реабилитационную и паллиативную помощь онкологическим больным;
- подготовки и повышения квалификации специалистов онкологической службы, обладающих навыками оказания высокотехнологичных методов диагностики и лечения злокачественных новообразований в национальных и ведущих зарубежных клиниках и научных центрах, в том числе при содействии международных организаций;
- подготовки специалистов немедицинского профиля (медицинские физики, инженеры-физики, инженеры-химики, химики, биомедицинские инженеры по сервису оборудования) на базе отечественных и зарубежных учебных заведений;
- внедрения института социального работника

и психолога в организациях, оказывающих онкологическую помощь;

- создания на базе КазНИИОиР симуляционного центра для обучения специалистов онкологической службы методам современного малоинвазивного хирургического лечения.

Направление 4. Развитие и совершенствование инфраструктуры онкологической службы и укрепление ее материально-технической базы

1. Для развития и совершенствования инфраструктуры онкологической службы и укрепление ее материально-технической базы будет осуществлено:

- строительство Национального научного онкологического центра в г. Астана, оснащенного самым современным оборудованием для проведения диагностических и лечебных мероприятий больным с онкологической патологией на уровне международных стандартов;
- строительство онкологического диспансера на 200 коек с поликлиникой на 100 посещений в смену в Павлодарской области;
- строительство онкологического диспансера на 250 коек с поликлиникой на 100 помещений в Жамбылской области;
- строительство радиологического корпуса городского онкологического диспансера в г. Алматы;
- строительство дополнительного корпуса онкологического диспансера на 175 коек в Кызылординской области;
- строительство дополнительного корпуса онкологического диспансера на 245 коек в Южно-Казахстанской области;
- строительство поликлиники областного онкологического диспансера на 300 посещений в Костанайской области;
- завершение строительства радиологического центра на базе регионального онкологического диспансера в г. Семей с созданием кластера радиологической медицины, основанного на использовании ядерных технологий;
- проведение модернизации КазНИИОиР с завершением строительства недостроенного корпуса на его территории, проведением капитального ремонта с дооснащением современным оборудованием для оказания высокоспециализированной онкологической помощи.

2. Проведение регионализации высокотехнологичной радиологической службы путем создания высокотехнологичных центров радиационной онкологии на базе:

- КазНИИОиР;
- городского онкологического диспансера
- г. Астаны;
- регионального онкологического диспансера г. Семей;

- медицинского центра Западно-Казахстанского государственного медицинского университета им. М. Оспанова г. Актобе;

- Карагандинского областного онкологического диспансера;

- изменение организационно-правовой формы онкологических организаций с переводом их на право хозяйственного ведения;

- приведение в соответствие с утвержденным нормативом (2,5 койки на 10 тысяч населения) коечного фонда онкологических организаций республики с доведением коечного фонда с 2996 коек в 2012 году до 3610 койки в 2013 году, до 3750 – в 2015 году;

- расширение коечного фонда дневного пребывания в онкологических организациях с 222 в 2012 году до 360 в 2013 году и до 1125 к 2015 году;

- создание отделений восстановительного лечения и реабилитации онкологических больных на базе онкологических диспансеров, и многопрофильных больниц путем перепрофилирования их коечного фонда по мере их высвобождения вследствие внедрения высокотехнологичных методов диагностики и лечения на стационарном и амбулаторном уровнях, развития стационарозамещающих технологий и полного лекарственного обеспечения на амбулаторном уровне;

- создание отделений (центров) паллиативного лечения на базе онкологических диспансеров, многопрофильных больниц, а также самостоятельных юридических лиц, в том числе на основе государственно-частного партнерства;

- открытие в онкологических диспансерах кабинетов амбулаторной химиотерапии (далее – КАХ) для динамического наблюдения за онкологическими больными, получающими амбулаторную химиотерапию. До конца 2012 года в каждом онкологическом диспансере будет создан КАХ.

3. Доведение до утвержденного норматива количества:

- онкологических кабинетов (1 кабинет на 50000 населения, но не менее 1 должности в районных поликлиниках). В 2013 году планируется открытие 54 онкологических кабинетов, в 2014 году – 27, 2015 году – 20 кабинетов;

- маммологических кабинетов (1 кабинет на 50000 населения, но не менее 1 должности в районных поликлиниках). В 2013 году планируется открытие 138 маммологических кабинетов, в 2014 году – 52, в 2015 году – 83 кабинета;

- проктологических кабинетов в составе консультативно-диагностических поликлиник (центров), консультативно-диагностических отделений многопрофильных больниц. В 2013 году планируется открытие 18 проктологических кабинетов.

- 4. Укрепление и модернизация материально-технической базы онкологических организаций:

- оснащение компьютерными томографами, видеоэндоскопическим оборудованием онкологических диспансеров, что позволит внедрить и расширить малоинвазивные методы диагностики;
- оснащение современным инновационным оборудованием в области диагностики и лечения онкологических заболеваний (ОФЭКТ, ПЭТ, ПЭТ/КТ с производством РФП, магнитно-резонансный томограф, брахитерапия, проведение дистанционной лучевой терапии на высокоэнергетических линейных ускорителях 20 МэВ, использованием многопесткового каллиматора и др.) лучевые отделения онкологических диспансеров;
- оснащение системами телепатологии референс центров иммуногистохимической и иммунофенотипической диагностики опухолей с целью индивидуализации лечения больных со злокачественными новообразованиями.

5.3. Система обратной связи с населением

Качество и эффективность предлагаемых государственных мер по развитию онкологической помощи в Республике Казахстан в значительной степени зависят от степени вовлечения самого населения, общественных организаций в реализацию данной Программы.

Исходя из этого, Министерством здравоохранения Республики Казахстан будут предприниматься меры по оценке удовлетворенности уровнем обслуживания, соответствия запросам и ожиданиям посредством обеспечения обратной связи с населением для принятия своевременных корректирующих действий по проблемам, возникающим в ходе реализации Программы.

Для обеспечения обратной связи с населением и представителями общественных организаций будут предприниматься следующие меры:

- будет создан веб-сайт, включающий on-line портал для обращения всех заинтересованных сторон, который будет регулярно обрабатываться;
- на постоянной основе будут проводиться опросы пациентов, конференции, встречи и заседания отраслевых рабочих групп, связанных с изучением проблем и перспектив развития отрасли и выработкой по ним решений;
- на регулярной основе будут проводиться телевизионные программы, посвященные проблемам и перспективам развития службы, при участии представителей заинтересованных структур.

6. Необходимые ресурсы

На реализацию Программы будут направлены средства республиканского и

местных бюджетов.

Средства из государственного бюджета в сумме:

- 99 139 674,0 тыс. тенге будут направлены на строительство Национального научного онкологического центра в г. Астана, онкологических диспансеров в Кызылординской, Жамбылской, Северо-Казахстанской, Костанайской, Павлодарской, Южно-Казахстанской областях и г. Алматы;
- 29 978 908,0 тыс. тенге будут направлены на укрепление материально-технической базы онкологических организаций, организаций первичной медико-санитарной помощи, создание кабинетов амбулаторной химиотерапии, онкологических, маммологических и проктологических кабинетов;
- 1 795 935,0 тыс. тенге будут направлены на подготовку и переподготовку медицинских и немедицинских кадров.
- 28 393 734,0 тыс. тенге будут направлены на улучшение оказания медицинской помощи онкологическим больным (в том числе на лекарственное обеспечение, лабораторную диагностику и высокоспециализированную помощь).

Для разработки нормативных правовых актов, методических рекомендаций будут привлечены человеческие и финансовые ресурсы в пределах выделенных средств.

Общие затраты финансовых средств на реализацию Программы составят 207 703 079,6 тыс. тенге

- в 2012 году – 10 865 225,0 тыс. тенге;
 - в 2013 году – 56 238 504,5 тыс. тенге;
 - в 2014 году – 74 884 513,1 тыс. тенге;
 - в 2015 году – 48 399 400,9 тыс. тенге;
 - в 2016 году – 17 315 436,1 тыс. тенге;
- в том числе из средств республиканского бюджета 207 655 079,6 тыс. тенге
- в 2012 году – 10 817 225,0 тыс. тенге;
 - в 2013 году – 56 238 504,5 тыс. тенге;
 - в 2014 году – 74 884 513,1 тыс. тенге;
 - в 2015 году – 48 399 400,9 тыс. тенге;
 - в 2016 году – 17 315 436,1 тыс. тенге;

из средств местных бюджетов 48 000,0 тыс. тенге (в 2012 году – 48 000,0 тыс. тенге).

Объемы расходов по мероприятиям, финансируемым за счет средств государственного бюджета на 2012-2016 годы будут определяться (уточняться) в соответствии с Законом Республики Казахстан «О республиканском бюджете» на соответствующий финансовый год. Объемы расходов по мероприятиям, финансируемым за счет средств государственного бюджета на 2012 год, предусмотрены в соответствии с решением Республиканской бюджетной комиссии № 5 от 18 февраля 2012 года.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО РАЗРАБОТКЕ «БИЗНЕС-ПЛАНА» ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (АПП)

В методических указаниях рассмотрены вопросы разработки бизнес-плана в соответствии с требованиями Министерства здравоохранения Республики Казахстан. Пособие имеет практическую направленность и предназначено для руководителей организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлинические услуги населению.

Цель разработки бизнес-плана – формирование у менеджеров здравоохранения практических навыков по составлению бизнес-плана с целью обеспечения эффективного управления организацией для достижения высокого качества и доступности медицинской помощи, основанной на приоритетном развитии социально ориентированной ПМСП.

Бизнес-план – это качественная экономическая программа эффективного управления организацией, которая включает конкретные меры по развитию и повышению ее конкурентоспособности. Бизнес-план важен для того, чтобы следовать к намеченной цели согласно четкого плана действий. Бизнес-план – это ключевой документ организации, который определяет ее будущее, анализирует возможные проблемы и способы их решения. Бизнес-план – система мероприятий, направленных на максимальное и эффективное использование средств и ресурсов для достижения максимальной результативности при минимальных затратах.

Задачи бизнес планирования:

- 1) Общая концепция развития организации в рыночных условиях и в соответствии с приоритетными направлениями развития здравоохранения;
- 2) Эффективное планирование для обеспечения достижения цели организации согласно программе развития;
- 3) Повышение финансовой устойчивости путем оптимизации дохода и рационального распределения расходной части бюджета;
- 4) Улучшение качества менеджмента на основе результатов оценки и мониторинга процесса развития деятельности организации.

Структура Бизнес-плана

Раздел 1. Оценка конкурентоспособности предприятия.

- 1.1 Краткое описание организации и предоставляемых медицинских услуг;
- 1.2 Программа развития организации на текущий год по достижению приоритетных задач Государственной программы развития здравоохранения.

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. Повышение конкурентоспособности и финансовой устойчивости организации ПМСП через качество услуг и удовлетворенность населения

- 3.1. Эффективная организация ПМСП через внедрение семейного принципа обслуживания и усиление роли медсестры;
- 3.2 Внедрение современных медико-социальных и профилактических технологий и повышение их эффективности;
- 3.3 Повышение эффективности использования консультативно-диагностической помощи;
- 3.4 Обеспечение прав пациента на качество медицинских услуг через компетентность и профессионализм специалистов (инвестиции в обучение);
- 3.5 Организация работы регистратуры;
- 3.6 Качественный отбор пациентов на госпитализацию и эффективное использование стационарозамещающей помощи;
- 3.7 Динамика индикаторов СКПН.

Раздел 4. Эффективное использование финансовых средств и ресурсов организации

- 4.1 Практика ресурсосбережения;
- 4.2 Формирование оптимального графика функционирования;
- 4.3 Повышение доли внебюджетных средств.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Раздел 1. Оценка конкуренто-способности предприятия.

1.1 Краткое описание организации и предоставляемых медицинских услуг:

- Цель и задачи организации;
- Организационная структура предприятия;
- Структура прикрепленного населения;
- Виды оказываемых услуг;
- Кадровая обеспеченность (ключевые специалисты, предоставляющие услуги на уровне ПМСП);
- Основные медико-экономические показатели (за последние 3 года).

Оценка эффективности использования основных средств:

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).

Приложение 1

1.2 Программа развития организации на текущий год по достижению приоритетных задач Государственной программы развития здравоохранения:

- Выбор измеримых конкретных целей, по которым можно будет оценить достижение результата;
- Проблемы, препятствующие развитию организации и достижению намеченных целей;
- Стратегии или план действий, которые должны отражать мероприятия по решению проблем для достижения целей.

Приложение 2

Раздел 2. Стратегия повышения ф и н а н с о - э к о н о м и ч е с к о й самостоятельности предприятия (ПХВ).

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

Приложение 3

Раздел 3. Повышение конкурентоспособности и финансовой устойчивости организации ПМСП через качество услуг и удовлетворенность населения

Мероприятия по увеличению эффективного и рационального использования ресурсов предприятия:

- 1) развитие общей врачебной практики;
- 2) повышение профилактического объема услуг населению позволяет снизить число обращений населения с острыми состояниями и обострениями хронических заболеваний, а также затраты на их лечение и обследование;
- 3) своевременное и полное обеспечение пациентов из числа диспансерной группы бесплатными лекарственными средствами, стационарозамещающей помощью и охват обучением снижает уровень затрат на их обслуживание;
- 4) повышение роли специалистов ПМСП снижает необоснованное направление к профильным специалистам и нерациональное назначение диагностических исследований;
- 5) введение специалистов: социальных работников и психологов;
- 6) развитие потенциала сотрудников ПМСП.

Оценкой мероприятий будет динамика индикаторов СКПН.

3.1 Эффективная организация ПМСП через внедрение семейного принципа обслуживания и усиление роли медсестры

Организационная структура

Необходимо отразить организационную структуру предприятия и раскрыть роль и взаимодействие ПМСП со специализированным отделением через призму повышения доступности и качества помощи населению. В случае несоответствия организационной структуры ПМСП установленным требованиям указать объективные причины и мероприятия для приведения к соответствию.

(примечание* - сравнить фактическую организационную структуру со структурой в соответствии с приказом МЗ РК от №7 «»))

Развитие общей врачебной практики

Раскройте организационные подходы по внедрению семейного принципа обслуживания, проблемы препятствующие развитию общеврачебной практики и мероприятия по их устранению. Ключевыми индикаторами оценки являются:

- увеличение удельного веса врачей общей практики от общего числа врачей ПМСП не ниже 35%;
- снизить нагрузку на 1 ВОП до уровня не более 2000 - 2500 человек прикрепленного населения.

Усиление роли медицинских сестер ПМСП в организации профилактической деятельности среди населения

Показать насколько эффективно

используется потенциал медицинских сестер в организации доступной медицинской, профилактической и социальной помощи населению и как предполагается улучшить организацию сестринского процесса.

Ключевыми индикаторами оценки являются:

- доведение числа участковых медицинских сестер к числу участковых врачей 1:2, медицинских сестер общей практики к числу ВОП 1:3;
- организация самостоятельного сестринского приема - наличие доврачебного кабинета сестринского приема.

3.2 Внедрение современных медико-социальных и профилактических технологий и повышение их эффективности

Описательная часть:

Усиление роли медицинского персонала, социальных работников и психологов в повышении качества профилактических мероприятий и в формировании у населения модели здорового поведения:

1. Усиление роли медицинского работника в проведении эффективных мер профилактики среди населения для повышения мотивации здорового поведения через повышение роли медицинской сестры, создание школ здоровья, клубов и Молодежного центра здоровья;

2. Активное вовлечение социальных работников наряду с медицинскими работниками в процесс профилактики и обучения населения методам само и взаимопомощи, а также для формирования у населения «модели здорового поведения»:

- обеспеченность социальными работниками и психологами к концу года довести до 100% (число социальных работников и психологов из расчета 1 должность на 10 000 человек прикрепленного населения);
- -положительная динамика числа обращений к социальным работникам и психологам.

3. Вовлечение населения в процесс охрану собственного здоровья и повышение солидарной ответственности:

- увеличение процента охвата населения социальными и психологическими услугами, обучением ЗОЖ в школах здоровья и клубах, Молодежном центре здоровья до 30% к концу текущего года (число населения охваченных консультированием социального работника и психолога, а также прошедшие обучение в школах здоровья из общего числа прикрепленного населения).

Улучшение качества диспансерного наблюдения с целью снижения обострений хронических заболеваний:

1. Обеспеченность бесплатными лекарственными средствами на амбулаторном уровне;

2. Своевременный охват оздоровлением

в условиях дневного стационара;

Обеспечение качества проводимых скринингов;

Представление динамики роста показателей заболеваемости по нозологиям определенных на скрининг при наличии снижения смертности и инвалидности по этим же заболеваниям (2009-2012), анализ показателей:

- рак шейки матки,
- рак молочной железы,
- колоректальный рак,
- сердечнососудистые, гипертония и ИБС,
- гепатит В,С,
- глаукома.

Своевременное обеспечение лекарственными средствами больных, подлежащих бесплатному лекарственному обеспечению;

Анализ обеспечения бесплатными лекарственными средствами.

Приложение 4

3.3 Повышение эффективности использования консультативно-диагностической помощи

С целью рационального использования специализированной помощи и обеспечения ее доступности необходимо оценить и спрогнозировать:

1. Снижение потребности населения в специализированной помощи;

2. Снижение времени ожидания пациентом консультации профильного специалиста и направления на лечебно-диагностические услуги (среднее время ожидания пациента характеризует степень организации и взаимодействия первичного звена с консультативно-диагностическим уровнем).

Пути снижения:

1) снижение числа направлений пациентов врачами ПМСП на консультации к профильным специалистам по случаям управляемым на уровне ПМСП;

2) развитие и укрепление общей врачебной практики: увеличение удельного веса врачей общей практики от общего числа врачей ПМСП не ниже 35%;

3) внедрение системы непрерывного повышения квалификации врачей и сестринского персонала, с учетом потребности населения в специализированной помощи;

4) организация «гибкого графика» приема профильных специалистов и диагностического отделения;

5) проведение дополнительных диагностических исследований только при необходимости, снижение числа самообращений пациентов;

6) внедрение малоинвазивных, современных и высокотехнологичных методов диагностики и лечения основных заболеваний – развитие центров амбулаторной хирургии.

Приложение 5 (Анализ показателей)

3.4 Обеспечение прав пациента на качество медицинских услуг и социально-психологических услуг через компетентность и профессионализм специалистов (инвестиции в обучение)

Описательная часть:

1. повышение участия профильных специалистов в профилактических мероприятиях и обучении населения;

2. обучение специалистов ПМСП и профильных специалистов вопросам социальной работы в здравоохранении - среди социальных работников и психологов до 100%, среди медицинских работников ПМСП до 100% и среди медицинских работников консультативно-диагностического отделения не менее 70%.

Анализ инвестиций на обучение специалистов ПМСП.

Приложение 6

3.5 Организация работы регистратуры

Описательная часть

Принципы работы регистратуры и правила распределения потоков населения, обратившихся за медицинской помощью, социальным и психологическим консультированием.

В связи с тем, что первое знакомство посетителей с поликлиникой начинается в регистратуре, она является важным ее структурным подразделением по организации приема больных в поликлинике и на дому и по возникновению жалоб от населения.

В задачи регистратуры входит:

- информационное обеспечение населения по интересующим вопросам касательно организации, кадров, графика работы и ассортимента услуг;
- организация предварительной и неотложной записи больных на прием к врачу как при непосредственном обращении в поликлинику, так и по телефону;
- обеспечение четкого регулирования интенсивности потока населения с целью создания равномерной нагрузки врачей и распределения ее по видам оказываемой помощи;
- проведение своевременного подбора и доставки медицинской документации в кабинеты врачей, правильное ведение и хранение картотеки поликлиники.

Структура:

1. Рабочее место регистратуры строится по принципу «ближе к посетителю» без стеклянных перегородок. Размещение регистратуры должно обеспечивать максимальную

доступность со всех сторон пациентам в получении услуг регистратуры (круговое, веерное расположение регистратуры в новых и строящихся зданиях ОАПП).

2. В составе регистратуры создаются справочная и диспетчерская службы.

3. Регистратура оснащается многоканальной телефонной связью, обеспечивающей непрерывную связь во время работы организации ОАПП.

4. Диспетчерская служба оснащается телефонами для предварительной записи на прием к врачам, не менее одного, телефонами для приема вызовов, не менее одного, телефонами для приема со службы скорой медицинской помощи необоснованных вызовов в часы работы организации ПМСП, не менее одного.

Три метода организации записи посетителей на прием к врачу:

1. талонная система (в т.ч. электронная очередь);
2. самозапись (в т.ч., он-лайн);
3. комбинированный метод.

При комбинированном методе в лист самозаписи записываются только первичные больные. За 15—20 мин. до начала приема врача больной получает в регистратуре заранее заготовленный талон и идет к кабинету врача, где будет принят в соответствии с указанным в талоне временем. При такой системе регистратор всегда знает, сколько человек не явилось на прием к врачу, и имеет право по истечении определенного времени выдать талоны другим больным, желающим попасть на прием к врачу в это время.

Внедрение комбинированного метода записи позволяет решить следующие задачи:

- разделить поток первичных и повторных больных;
- точно учитывать и контролировать нагрузку врача;
- использовать талоны не явившихся больных для выдачи больным, нуждающимся в приеме врача в день обращения;
- уменьшить время ожидания больными приема врача.

В регистратуре должны быть табло, позволяющие пациентам получить исчерпывающие сведения о режиме работы всех подразделений поликлиники: время и место приема населения главным врачом и его заместителями; адреса дежурных поликлиник и стационаров района (города), оказывающих экстренную специализированную помощь населению в воскресные дни, поэтажный указатель врачебных кабинетов; номера телефонов вызова врачей на дом и вызова дежурных врачей в дневное и вечернее время, часы и объем работы кабинетов доврачебного приема, правила подготовки к исследованиям (рентгеноскопии, рентгенографии, анализов крови и т.д.).

Приложение 7

3.6 Качественный отбор пациентов на госпитализацию и эффективное использование стационарозамещающей помощи:

- снижение на 10% числа отказов в стационар по причине отсутствия показаний при плановой госпитализации через улучшение качества работы ПМСП;
- снижение на 10% госпитализаций в круглосуточный стационар с заболеваниями, лечение которых должно осуществляться на уровне дневных стационаров;
- снижение на 10% госпитализаций в круглосуточный стационар с заболеваниями, лечение которых должно осуществляться на уровне ПМСП;
- снижение на 10% госпитализаций в дневной стационар, лечение которых должно осуществляться на амбулаторном уровне;
- снижение на 10% госпитализаций в круглосуточный стационар с обострениями хронических заболеваний, управляемых на уровне ПМСП.

Решение вопроса о направлении на получение помощи в условиях дневного

стационара или стационара на дому необходимо принимать на основе оценки потребности диспансерной группы и населения из группы социального риска, а также пациентов, подлежащих оздоровлению после полученного лечения в круглосуточном стационаре.

При этом должны быть определены риски возможного необоснованного получения лечения пациентами, которые должны получить помощь в амбулаторных условиях. Вместе с тем важно проследить число госпитализации в круглосуточный стационар после проведенного лечения в условиях дневного стационара.

Для рационального и эффективного использования стационарозамещающей помощи необходимо также рассмотреть вопрос развития амбулаторной хирургии.

Приложение 8 (Анализ показателей)

3.7 Динамика индикаторов СКПН

Повышение эффективности деятельности организации ПМСП через достижение индикаторов процесса и конечного результата

Индикаторы	Ожидаемые результаты
1. Исключение материнской смертности, предотвратимой на уровне ПМСП	1. Улучшение качества и увеличение продолжительности жизни пациентов
2. Снижение на 5% беременностей женщин фертильного возраста с экстрагенитальной патологией по сравнению с предыдущим кварталом;	2. Усиление профилактики и развитие социально-психологических услуг
3. Снижение на 5% уровня абортов по отношению к родам по сравнению с предыдущим кварталом;	3. Снижение госпитализации больных с обострениями хронических заболеваний
4. Снижение на 5% детской смертности от 7 дней до 5 лет, предотвратимой на уровне ПМСП от острой кишечной инфекции, острой респираторной инфекции по сравнению с предыдущим кварталом;	4. Повышение профессионализма и привлечение специалистов в организации ПМСП
5. Снижение на 5% несвоевременно диагностированного туберкулеза легких по сравнению с предыдущим кварталом;	5. Удовлетворенность населения качеством оказания медицинских услуг
6. Снижение на 5% впервые выявленных случаев злокачественных новообразований визуальной локализации 3-4 стадии по сравнению с предыдущим кварталом;	
7. Снижение на 10% уровня госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы – артериальная гипертензия, инфаркт миокарда, инсульт по сравнению с предыдущим кварталом;	
8. Увеличение на 5% уровня госпитализации в дневной стационар и стационар на дому по отношению к круглосуточному стационару по сравнению с предыдущим кварталом;	
9. Снижение на 5% уровня госпитализации больных с обострениями хронических заболеваний, не требующих госпитализации в круглосуточный стационар и с состояниями, управляемыми на уровне ПМСП по сравнению с предыдущим кварталом;	
10. Снижение на 5% количества обоснованных жалоб по сравнению с предыдущим кварталом.	

Приложение 9

Раздел 4. Эффективное использование финансовых средств и ресурсов организации

4.1. Практика ресурсосбережения

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

- 1) повышение эффективности лечения и совершенствование процессов лекарственного обеспечения (формуляр, использование эффективных лекарственных средств);
- 2) снижение необоснованного и нерационального назначения консультаций профильных специалистов и диагностических исследований;
- 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, 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.

4.2. Формирование оптимального графика функционирования

- 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		ПЕРЕРЫВ НА ОБЕД		17:00	
Группа 2		12:00		ПЕРЕРЫВ		21:00
				17:00-18:00		

Рисунок 2 - График работы с непрерывным процессом оказания помощи

4.3. Повышение доли внебюджетных средств

- 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).

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Основные медико-экономические показатели ПМСП

№	Наименование	2009	2010	2011	1 кв. 2012	Прогноз на конец 2012 года
1.	Структура населения, чел.					
1.1	Всего численность прикрепленного населения					
1.2	в т.ч. доля детского населения					
1.3	доля лиц старше 70 лет					
2.	Доход - всего, тыс. тенге					
	ПМСП					
2.1	оплата за прикрепленное население по подушевому нормативу					
2.2	целевые текущие трансферты на скрининги					
2.3	целевые текущие трансферты на доукомплектование медицинскими сестрами					
2.4	целевые текущие трансферты на внедрение института социальных работников					
2.5	СКПН					
2.6	платные услуги					
	КДП					
2.7	оплата за услугу по амбулаторному тарификатору					
2.8	оплата за стационарозамещающую помощь					
2.9	указать другие виды оплаты (при наличии)					
2.10	платные услуги					
3.	Расход, тыс. тенге					
3.1	на оплату заработной платы работников (включая обязательные налоговые отчисления) в т.ч. работников ПМСП в т.ч. по СКПН					
3.2	на дифференцированную оплату (премия) сотрудников ПМСП					
3.3	на СКПН					
3.4	на медикаменты в т.ч. для дневного стационара					
3.5	коммунальные и прочие услуги					
3.6	на переподготовку и повышение квалификации (включая командировочные расходы) в т.ч. из средств СКПН					
3.7	приобретение основных средств					
4.	Кадровая обеспеченность					
4.1	Всего врачей ПМСП					
4.2	в т.ч. врачи общей практики					
4.3	Количество населения, закрепленного за ВОП					
4.4	Всего среднего медицинского персонала, обслуживающего население на территориальном участке					
4.5	в т.ч. медицинские сестры общей практики					
4.6	укомплектованность медицинскими сестрами					
4.7	Число социальных работников					
4.8	Число психологов					
4.9	Дефицит кадров всего, в том числе:					
4.10	врачей всего, из них (перечислить по специальностям:					
4.11	ВОП					
4.12	педиатры					
4.13	Терапевты					
4.14	и др.					
4.15	Медицинских сестер из них (перечислить по специальностям:					
4.16	и др.					

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Программа развития организации ПМСП на 2012 (2013) год

Цель	Задача	Проблемы	План действий
1. Обеспечение юридической и экономической самостоятельности предприятия	1. Переход медицинской организации в статус государственного предприятия на праве хозяйственного ведения		
2. Повышение удовлетворенности населения услугами ПМСП и солидарной ответственности граждан за охрану собственного здоровья	2. Повышение уровня удовлетворенности населения доступностью, качеством и ассортиментом услуг 3. Вовлечение населения в охрану собственного здоровья через организацию школ здоровья, клубов, Молодежного центра здоровья и др.		
3. Эффективная организация ПМСП, ориентированной на потребности и нужды пациента, перспективы ее развития в соответствии с требованиями отечественного здравоохранения	4. Обеспечить соответствие организационной структуры ПМСП установленным требованиям. 5. Развитие общей врачебной практики. 6. Усиление роли медицинских сестер ПМСП в организации профилактической деятельности среди населения		
4. Создание модели социально-ориентированной ПМСП с акцентом внимания на первоочередные потребности пациента в области медицины и социального благополучия	7. Внедрение и развитие социальных и психологических услуг 8. Повышение информированности населения, уровня знаний и навыков медицинских и социальных работников по вопросам внедрения и развития специальных социальных услуг в здравоохранении 9. Повышение эффективности профилактических мероприятий среди прикрепленного населения		
5. Организация системы непрерывного обучения и развития персонала в соответствии с современными требованиями	10. Повышение эффективности службы внутреннего аудита 11. Повышение охвата обучением персонала за счет внешних источников		
6. Повышение мотивации персонала в активизации профилактических мероприятий и улучшении показателей здоровья прикрепленного населения	12. Достижение положительной динамики по индикаторам конечного результата деятельности организации 13. Повышение заработной платы медицинских и социальных работников, психологов через мотивацию за вклад в достижение качественного результата деятельности организации		
7. Повышение рационального и эффективного использования средств и ресурсов организации	14. Недопущение кредиторской задолженности 15. Повышение доли средств на стимулирование и обучение персонала		

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Этапы перехода на ПХВ



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 организует обучение бухгалтеров и финансистов международным стандартам бухгалтерского учета и финансовой отчетности.

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 течение месяца проводит анализ предоставленных документов на предмет целесообразности реорганизации казенного предприятия, государственного учреждения в предприятие на праве хозяйственного ведения.

4 этап

В случае положительного принятия 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. Для 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, 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 в 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 учредительным 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 4

Оценка обеспеченности бесплатными лекарственными средствами

	Показатели обеспеченности бесплатными лекарственными средствами в рамках ГОБМП	2009	2010	2011	1 квар. 2012	План 2013
1	Количество лиц, нуждающихся в бесплатном лекарственном обеспечении населения					
2	Количество лиц, получивших бесплатное лекарственное обеспечение					
3	Удельный вес населения, обеспеченных бесплатными лекарственными средствами, к числу нуждающегося в бесплатном лекарственном обеспечении					
4	Удельный вес населения, обеспеченных бесплатными лекарственными средствами, к числу прикрепленного населения					
5	Удельный вес отказов со стороны пациентов					
6	Удельный вес отказов со стороны ПМСП по причине (указать)					

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Оценка лечебно-профилактической деятельности ПМСП

1.	Показатели деятельности отделения профилактики и психосоциальной помощи	2009	2010	2011	1 кварт. 2012	План на 2013
1	Количество обращений к социальному работнику					
2	Удельный вес обращений к социальному работнику					
3	Количество обращений к психологу					
4	Удельный вес обращений к психологу					
5	Удельный вес посещений прикрепленного населения:					
6	- в школы и клубы здоровья					
7	- в Молодежный центр здоровья					
8	- т.д.					
9						
10	Количество обращений с профилактической целью (профилактический осмотр в рамках скрининга, обращения к врачу с профилактической целью)					
11	Удельный вес обращений с профилактической целью (профилактический осмотр в рамках скрининга, обращения к врачу с профилактической целью)					
12	Количество лиц, прошедших профилактические осмотры и скрининговые обследования					

13	Удельный вес охвата профилактическими осмотрами и скрининговыми обследованиями от прикрепленного населения					
14	Количество обращений пациентов, состоящих на диспансерном учете					
15	Удельный вес обращений пациентов, состоящих на диспансерном учете					
16	Удельный вес обращений к специалистам ПМСП к общему числу обращений к специалистам амбулаторной помощи					
2.	Показатели стационарозамещающей помощи (далее- СЗП)					
1	Всего обращений в ПМСП					
2	Количество пролеченных случаев в круглосуточном стационаре					
3	Удельный вес пролеченных в круглосуточном стационаре от количества обращений					
4	Количество пролеченных случаев в дневном стационаре					
5	Удельный вес пролеченных в дневном стационаре от количества обращений					
6	Количество пролеченных случаев в дневном стационаре на дому					
7	Удельный вес пролеченных случаев в дневном стационаре на дому					
8	Удельный вес диспансерных больных из числа получивших СЗП					
3.	Показатели госпитализации в круглосуточный стационар (КС)					
1	Удельный вес направлений на плановую госпитализацию через портал Бюро госпитализации					
2	Удельный вес отказов в госпитализации в КС по причине неполного объема обследований и отсутствия показаний					
3	Доля экстренной госпитализации среди прикрепленного населения					
4	Показатель досуточной летальности в стационаре из числа прикрепленного населения					
5	Удельный вес вызовов скорой медицинской помощи в период работы ПМСП					
4.	Показатели деятельности КДП в сравнении с ПМСП					
1	Кол-во услуг, оказываемых на уровне ПМСП					
2	Кол-во услуг, оказываемых на уровне КДП					
3	Соотношение услуг ПМСП к количеству услуг КДП					

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

Оценка инвестиций на обучение специалистов ПМСП

№	Показатели повышения квалификации специалистов ПМСП (10% от СКПН)	2009	2010	2011	1 кварт. 2012	План на 2013
1	Количество специалистов ПМСП, прошедших повышение квалификации					
2	Удельный вес специалистов ПМСП, прошедших повышение квалификации					
3	Количество врачей ПМСП, прошедших повышение квалификации					
4	Удельный вес врачей ПМСП, прошедших повышение квалификации					
5	Количество дополнительного персонала ПМСП (медицинских сестер, социальных работников, психологов), прошедших повышение квалификации					
6	Удельный вес дополнительного персонала ПМСП (медицинских сестер, социальных работников, психологов), прошедших повышение квалификации					
7	Количество профильных специалистов (узких специалистов), прошедших повышение квалификации					
8	Удельный вес профильных специалистов (узких специалистов), прошедших повышение квалификации					
9	Объем неосвоенных средств (уровень освоения)					

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

Показатели работы регистратуры

№	Показатель	2009	2010	2011	1 кварт. 2012	План на 2013
1	Количество жалоб на несоблюдение установленного режима работы врача					
2	Количество жалоб на очереди к специалистам, диагностические и лечебные процедуры					
3	Количество жалоб на качество оказания консультативных услуг по горячей линии					
4	Другие показатели, указать					

ПРИЛОЖЕНИЕ 8

Внештатные ситуации по данным Портала Бюро госпитализации на 1 апреля 2012 года

№	Направлено	Госпитализировано	Ожидающие	Всего снято с ЛО	из них сняты с листа ожидания (ЛО) по причинам								из числа госпитализированных могли пролечиться:	
					Не проведен минимальный объем обследования на догоспитальном этапе	Отсутствие показаний к стационарной помощи	Наличие противопоказаний к плановой госпитализации на момент госпитализации	Ошибочная запись при вводе данных пациента в Портал	Письменный отказ пациента от госпитализации	Неявка пациента на госпитализацию	Госпитализирован экстренно	Непрофильный пациент	Амбулаторно	Дневной стационар
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Структура направленных в круглосуточные и дневные стационары

№	Всего пролечено	Население*	ЭКСТРЕННАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ						ПЛАНОВАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ						ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР		
			Количество пролеченных экстренно	Уровень экстренности	В том числе				Количество пролеченных планово	Уровень плановой	В том числе				Всего пролечено	Количество пролеченных в дневном стационаре, лечение которых возможно на уровне АПО	Уд. вес %
					Количество больных с обостр. хр. заб. управляемых на уровне АПО	уд. вес %	Количество больных лечение которых возможно на уровне АПО	уд. вес %			Количество случаев отказов от госпитализации по причине отсутствия показаний	уд. вес %	Случаи, лечение которых возможно на уровне дневных стационаров	уд. вес %			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

ПРИЛОЖЕНИЕ 9

Оценка индикаторов СКПН

№	Показатели качества медицинской помощи	4 кв. 2010	1 кв. 2011	2 кв. 2011	3 кв. 2011	4 кв. 2011	1 кв. 2012
1.	Конечные индикаторы по СКПН	(абс.)	(абс.)	(абс.)	(абс.)	(абс.)	(абс.)
1	Материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП						
2	Беременность женщин фертильного возраста с экстрагенитальной патологией						
3	Уровень абортот по отношению к родам						
4	Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимой на уровне ПМСП от острой кишечной инфекции, острой респираторной инфекции						
5	Своевременно диагностированный туберкулез легких						
6	Впервые выявленные случаи злокачественных новообразований визуальной локализации 3-4 стадии						
7	Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы – артериальная гипертензия, инфаркт миокарда, инсульт						
8	Уровень госпитализации в дневной стационар и стационар на дому по отношению к круглосуточному стационару						
9	Уровень госпитализации больных с обострениями хронических заболеваний, не требующих госпитализации в круглосуточный стационар и с состояниями, управляемыми на уровне ПМСП						
10	количество обоснованных жалоб						
2.	Результаты по СКПН	4 кв. 2010	1 кв. 2011	2 кв. 2011	3 кв. 2011	4 кв. 2011	1 кв. 2012
1	Всего получено средств (тыс.тенге)						
2	Плановый уровень балла (ППИ) в квартал						
3	Средний фактически заработанный балл (ППИ) в квартал						
4	Сумма, снятая за допущение материнской смертности, тыс.тенге						
5	Средняя сумма выплат в квартал (тыс.тенге):						
5.1	- врачам						
5.2	- медицинским сестрам						
5.3	- социальному работнику						
5.4	- психологу						
6	Сумма выплат на повышение квалификации (тыс.тенге), из них:						
6.1	- врачам						
6.2	- медицинским сестрам						
6.3	- социальному работнику						
6.4	- иным						

4 ИЮНЯ – ДЕНЬ ГОСУДАРСТВЕННЫХ СИМВОЛОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

«Быть патриотом своей Родины – это носить Казахстан в своем сердце»

Н. Назарбаев

Это праздник патриотизма и гордости за свою страну. Ведь именно в этот день в 1992 году у независимого Казахстана появились свои Флаг, Герб и Гимн. Без глубокого чувства любви к своей стране и подлинного патриотизма нет настоящего гражданина, настоящего человека. Ярким проявлением такого патриотизма является уважение к государственным символам своей страны.

4 июня 2012 года – знаменательная дата в истории символов Республики Казахстан, 20 лет со дня рождения государственной символики.

Впервые государственные символы нашей страны были утверждены 4 июня 1992 года. Указом Президента Республики Казахстан № 337 от 4 июня 2007 года «О внесении дополнения в Указ Президента Республики Казахстан от 20 января 1998 года №382 «О профессиональных и иных праздниках в Республике Казахстан»» 4 июня в республике празднуется День государственных символов.

Государственные символы — одна из незабываемых основ государства. Голубой флаг с золотистым солнцем и парящим силуэтом орла и герб, в центре которого находится образ шанырака, как символ общего дома для всех казахстанцев, олицетворяет образ нового независимого Государства под названием Республика Казахстан. Государственный флаг представляет собой прямоугольное полотнище голубого цвета с изображением в его центре солнца с 32 лучами, под которым изображен парящий степной орел. У древка — вертикальная полоса с национальным орнаментом. Изображения солнца, лучей, орла и орнамента — цвета золота. Отношение ширины флага к его длине: 1:2

Автором флага является заслуженный деятель искусств Казахстана, художник Ниязбеков Шакен Онласынович.

Герб Казахстана имеет форму круга. Круг, как самый близкий к совершенству элемент, особо ценится у кочевников. Это символ жизни, вечности. Центральным элементом, вобравшим в себя основную идею герба Республики, является шанырак — круговое навершие купола юрты. Шанырак — символ семейного благополучия, мира, спокойствия. Мастерски, эффективно и красиво изображенный тундык — зенитное отверстие юрты, напоминает яркое солнце на фоне голубого, мирного неба. Купольные жерди —

уык, равномерно расходящиеся от центра по голубому пространству герба, напоминают лучи солнца — источник жизни и тепла.

Авторам удалось решить проблему изображения кереге — раздвижных решетчатых основ юрты. Крестообразные, тройные кульдреуши шанырака символизируют единство трех жузов, которое обеспечивает его прочность. Сегодняшний герб суверенного Казахстана является результатом огромного труда, творческих исканий двух известных архитекторов, выигравших известное соревнование из 245 проектов Жандарбека Малибекова и Шоты Уалиханова.

Следующей составной частью композиционной структуры герба являются золотокрылые с рогами в форме полумесяца фантастические скакуны — тулпары. Силуэт скакунов имеет глубокий смысл и содержание. Он означает: бесстрашие льва, прозорливость сокола, физическую мощь и силу быка, быстроту, скорость и пластику лани, хитрость и находчивость лисы в борьбе против врагов. Золотые крылья скакунов напоминают также снопы зерна, золотых колосьев, то есть признак труда, изобилия и материального благополучия. В центре герба находится пятиконечная звезда. Сердце и объятия открыты представителям всех пяти континентов. Цветовую гамму герба составляют два основных цвета — золотистый и голубой. Первый соответствует светлому, ясному будущему народов страны. Голубое небо едино для всех народов мира. Его цвет в гербе олицетворяет стремление Казахстана к миру, согласию, дружбе и единству со всеми народами планеты.

С 7 января 2006 года гимном Республики Казахстан стала популярная песня, написанная ещё в 1956 году «Мой Казахстан» («Менің Қазақстаным») с внесенными изменениями, приводящими песню в соответствие со статусом государственного гимна. Поскольку поправки в текст внесены Президентом РК Нурсултаном Назарбаевым, он будет указываться, как соавтор текста.

Также изменены правила прослушивания гимна. Теперь при исполнении гимна на официальных церемониях присутствующие должны вставать и прикладывать ладонь правой руки к левой стороне груди.

Музыка композитора Шамши Калдаякова, слова Жумекена Нажимеденова (1956), Нурсултана Назарбаева (2005).

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОЕКТА «СЕГОДНЯ ЛУЧШИЙ – ТЫ, ЗАВТРА – ВСЕ»

С 28 по 30 мая 2012 года в г. Караганде Республиканским Центром развития здравоохранения с курирующим участием Министерства здравоохранения РК (рисунок 1, 2) проведен инструктаж для 18 тренеров различных регионов Казахстана (рисунок 3). Главной особенностью проведенного мероприятия была разработка концептуально нового формата практического взаимодействия тренеров двух категорий: практикующих управленцев и преподавателей ВУЗов на базах Карагандинского Государственного медицинского университета (рисунок 4), медицинских организаций Карагандинской области.

Такой подход в отборе тренеров был обусловлен потребностью современного образования в здравоохранении. Поскольку запланированный тренинг предполагает практический выход в виде компетентно разработанного «Бизнес-плана» (рисунок 5), возникла необходимость использования тренеров-практиков, имеющих богатый опыт, которые в большей степени направлены на достижение практического результата.



Рисунок 3 – Инструктаж тренеров каскадного обучения



Рисунок 1 – Обсуждение итогов инструктажа с председателем КОМУ Еремекбаевым К.К.

В тандеме с ними работают традиционные тренеры из числа профессорско-преподавательского состава медицинских



Рисунок 2 - Встреча с Министром здравоохранения РК Каирбековой С. З.

ВУЗов, которые владеют навыками ораторства. Присущий преподавателям стиль – это, в первую очередь, информирование. И те, и другие тренеры нацелены на качественное проведение тренинга в рамках тематических вопросов, необходимых для эффективного менеджмента медицинского предприятия.

Опыт и знания, полученные слушателями в результате такого симбиозного тренерского состава, предположительно будет превосходить по результативности, чем, если бы тренинг проводил один тренер. Отсюда вытекает первая задача данного инструктажа, сформировать и отработать групповую работу каждой пары тренеров.

Для эффективного осуществления обучения в современных условиях необходимо сочетать активное включение участников в процесс



Рисунок 4 - Тренера каскадного обучения перед зданием КГМУ, г. Караганда

обучения. Слушателям данного каскадного обучения важно чувствовать, что тренеры передали им личный ценный опыт и новые знания. Этим новшеством может стать модель бизнес-планирования, которая отражает в себе все основные инновации сферы управления и финансирования системы здравоохранения, и самое главное, возможность практической реализации и четкое видение результатов реализации мероприятий, которые приведут к реальной финансово-экономической эффективности медицинской организации.

После инструктажа в рамках реализации проекта «Сегодня лучший – ты, завтра – все» в период с 4 июня по 9 июня 2012 года проведен 2 этап Каскадного обучения представителей медицинских организаций Республики Казахстан, оказывающих стационарную медицинскую помощь в составе руководителей и главных экономистов на базах Карагандинского Государственного медицинского университета и 8 «точек роста» -

лучших медицинских организаций Республики Казахстан.

Медицинские организации были распределены по «точкам роста» с учетом принципов территориальности и профильности (многопрофильные медицинские организации, медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь детям и организации родовспоможения).

По результатам проведения 2-го этапа Каскадного обучения были обучены 184 представителя 92 медицинских организаций Республики Казахстан, посещаемость которого составила 95%.



Рисунок 5 - Презентация Бизнес-плана директора РГП на ПХВ «Городская больница №1» г. Караганды Чернова Д. Д.

С 28 июня по 4 июля 2012 года планируется проведение 3-го этапа Каскадного обучения, где планируется обучить 698 слушателей-представителей 349 медицинских организаций, оказывающих стационарную медицинскую помощь (рисунок 6).

		КАСКАД		МАРТ	АПРЕЛЬ	МАЙ	ИЮНЬ	ИЮЛЬ			
		Подготовка 38 тренеров ППС 8 медицинских ВУЗов		12 дней							
КАСКАД	СТАЦ	Подготовка 900 представителей 458 стационаров (исключая частные стационары) и 14 АПО	Подготовка 32 представителей 31 МО (стационары и АПО по	Обучение 18 представителей 17 стационаров	6 дней						
			Подготовка 216 слушателей 109 стационаров и 14 АПО	Обучение 14 представителей 14 АПО	6 дней						
			Отбор 8 лучших тренеров стационаров		1 день						
			Организационная работа		7 недель						
			Инструктаж 16 тренеров 8 лучших точек роста		3 дня						
			Обучение 184 представителей 92 стационаров		3 дня						
			Организационная работа		2 недели						
			Обучение представителей 698 слушателей 349 стационаров		3 дня						
			АПО	Подготовка 406 представителей 203 АПО (исключая частные АПО)	Подготовка 336 представителей 168 АПО	Подготовка 70 представителей 35 АПО по проекту	Организационная работа	2 недели			
						Обучение 70 представителей 35 АПО		3 дня			
Организационная работа		2 недели									
Подготовка 336 представителей 168 АПО		3 дня									

Рисунок 6 - Дорожная карта Каскадного обучения медицинских организаций Республики Казахстан

Материал подготовили А. Азербайева, С. Березин

30-Я СЕССИЯ КООРДИНАЦИОННОГО СОВЕТА ЮНЭЙДС

5–7 июня 2012 года в Женеве прошла 30-я сессия Координационного Совета Объединенной Программы ООН по ВИЧ/СПИДу (КСП).

В работе сессии КСП, проходившей под председательством Польши, также приняли участие наблюдатели от стран-членов ООН, дипломатические Представительства в Женеве, международные организации, представители гражданского общества и неправительственных организаций (НПО).

Генеральный директор ВОЗ Маргарет Чен, выступившая от имени группы 10-ти коспонсоров ЮНЭЙДС, представила ключевые итоги проведенной в 2011 г. работы по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом. Также сообщила, что в марте 2012 года 10-ти коспонсорам ЮНЭЙДС в целом было ассигновано донорских 82.2 млн. долл. США на программы по борьбе с ВИЧ/СПИДом в 2012-2013 гг.: ВОЗ - 19.8%; ЮНИСЕФ - 14.9%; Фонд ООН в Области Народонаселения (ЮНФПА) - 13%; Программа развития ООН (ПРООН) – 10.6%; Всемирный банк - 9.6%; ЮНЕСКО – 7.6%; Управление ООН по наркотикам и преступности (UNODC) – 7.1%; Международная организация труда (МОТ) – 6.8%; Управление Верховного комиссара ООН по делам беженцев (УВКБ ООН) - 5.3% и Всемирная продовольственная программа (ВПП) - 5.3%. Из предоставленных 82.2 млн. около 33.3 млн. долл. США было выделено следующими государствами-донорами: Великобритания, Германия, Израиль, Новая Зеландия, Нидерланды, Таиланд, Швейцария, Швеция и Япония.

Ключевая тема данной сессии была посвящена комбинированной профилактике, включающей партнерские взаимодействия

с целью остановить распространение ВИЧ/СПИДа.

Представитель Польши, являющейся Председателем КСП, зачитал заявление от 9-ти стран Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА), включая Казахстан. В документе выражена благодарность коспонсорам ЮНЭЙДС за вклад в преодолении эпидемии ВИЧ/СПИДа в регионе, а также признательность за представленный доклад и детальный прогноз на региональном и страновом уровнях. В документе также обращено внимание на общие для региона проблемы, требующие особого внимания всех коспонсоров ЮНЭЙДС.

Координационный Совет признал огромную роль, которую организации гражданского общества играют в осуществлении мер в ответ на ВИЧ. В этой связи КСП призвал Секретариат ЮНЭЙДС в сотрудничестве с государствами-членами способствовать дальнейшему финансированию гражданского общества, а также усилению механизмов, обеспечивающих поддержку и отчетность гражданского общества в рамках новой архитектуры финансирования Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. Члены КСП также призвали ЮНЭЙДС активизировать ее координирующую роль с целью расширения стратегической и технической поддержки стран.

Результаты данной сессии будут использованы при проведении дискуссий в ходе Международной конференции по СПИДу, которая состоится в июле 2012 года в Вашингтоне, округ Колумбия.

Следующая 31-я сессия Координационного совета ЮНЭЙДС состоится в Женеве 11-13 декабря 2012 года.

Материал подготовила А. Султанова

V АСТАНИНСКИЙ ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ФОРУМ: СЕКЦИЯ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

В период 22-24 мая 2012 года проводился V юбилейный Астанинский экономический форум, главной темой которого стала «Глобальная экономическая трансформация: вызовы и перспективы развития». На форум съехались 8500 участников из 97 стран мира.

Свыше 2500 иностранных делегатов принимали участие в 55 мероприятиях Форума. Главы государств, министры, руководители ТНК и бизнеса, лауреаты Нобелевских премий, руководители международных организаций – ООН, ВОИС, МВФ, ЭСКАТО, МБ и др. принимали участие в открытых дискуссиях.

23 мая Форум открыл Президент Республики Казахстан Нурсултан Назарбаев. Глава государства предложил пять фундаментальных принципов миропорядка 21 века, которые назвал Принципами G-Global: «Эволюция, а не революция. Справедливость, равенство и консенсус. Глобальная толерантность и доверие. Глобальная транспарентность. Конструктивная многополярность».

24 мая в здании Назарбаев университета проходила Панельная сессия на тему «Актуальные проблемы развития медицины и фармацевтической деятельности», организаторами которой выступили Министерство здравоохранения Республики Казахстан, Самрук-Казына Фармация и Назарбаев университет.

Открытие сессии началось с приветственного слова Министра здравоохранения Республики Казахстан – Салидат Каирбековой. Гостей также приветствовали Заместитель Председателя Исполнительного совета Назарбаев университета – Алмаз Шарман и Председатель Комитета по социальной политике Жогорку Кенеша Кыргызской Республики 5-го созыва, депутат – Дамира Ниязалиева.

На сессию прибыли почетные гости из разных стран такие как: Ричард Джон Робертс, Кэри Бенкс Муллис, Ханс Рослинг, Константин Северинов, Ханс Клюге, Александр Эггермон, Джордж Шмид, Франс Стоббелаар.

На панельной сессии обсуждались следующие вопросы:

- Актуальные вопросы медицины;
- Дефицит квалифицированных кадров в медицине, необходимость улучшения их подготовки и привлечение в страну иностранных специалистов;
- Обеспечение эффективными, безопасными и качественными лекарственными

препаратами, их развитие в интересах пациента;

- Развитие фармацевтической промышленности в Республике Казахстан и производство сложной медицинской техники;
- Привлечение инвестиций в здравоохранение.

Участники панельной сессии «Актуальные проблемы развития медицины и фармацевтической деятельности» признали V Астанинский экономический форум международной площадкой для обсуждения наиболее острых вопросов, затрагивающих развитие экономики стран – участников, социального сектора, в том числе системы здравоохранения, выражая приверженность следующему:

- здоровье является фактором, влияющим на экономическое развитие, конкурентоспособность страны и способствует повышению благосостояния населения;
 - инвестиции в систему здравоохранения и фармацевтический сектор являются вкладом в повышение человеческого потенциала, укрепление здоровья, предупреждение болезней и развитие эффективно функционирующих систем здравоохранения;
 - обеспечение безопасности, доступности, эффективности и гарантированного качества лекарственных средств является приоритетом лекарственной политики;
 - в современную эпоху стремительной глобализации знаний, инфраструктуры, технологий возникает необходимость своевременного обмена информацией и ее использования для развития;
 - организация и проведение научных исследований должны быть основаны на приоритетах развития здравоохранения с использованием современных технологий и методологических подходов;
 - стратегии развития разрабатываются на базе использования доказательных и экономически обоснованных решений в общественном здоровье и здравоохранении, и рекомендовали:
- В целях охраны и улучшения здоровья населения стран-участников:
- усилить роль общественного здравоохранения и межсекторального сотрудничества на государственном уровне с внедрением механизмов солидарной ответственности граждан за свое здоровье;
 - развивать программы по борьбе с неинфекционными заболеваниями, в

том числе с онкопатологией, сердечно-сосудистыми заболеваниями, диабетом и травматизмом с целью снижения бремени заболеваний;

- поощрять исследовательскую и инновационную деятельность, применение доказательных и экономических подходов и результатов исследований в процессе формирования государственной политики в области общественного здравоохранения;

- подчеркнуть актуальность совершенствования лекарственной и инвестиционной политики для развития фармацевтической промышленности, направленной на создание нового поколения инновационных лекарственных препаратов;

- вовлекать все заинтересованные стороны, в том числе неправительственные организации и пациентоориентированные общественные объединения, в процессы формирования и реализации соответствующей политики здравоохранения и способствовать их активному участию в процессах улучшения качества предоставляемых услуг в секторе здравоохранения;

- активизировать сотрудничество с международными организациями (ВОЗ, ПРООН, ЮНИСЕФ, ЮНФПА и другими

специализированными агентствами ООН) по борьбе с инфекционными и неинфекционными заболеваниями;

- совершенствовать политику по вопросам органного донорства, безопасности продуктов крови и борьбы с биотерроризмом;

- принимая во внимание важность инвестиций в человеческие ресурсы, руководствуясь международно-признанными программами ВОЗ в области повышения человеческого потенциала, поддержать новые инициативы стран-участников по совершенствованию национальных политик в области кадровых ресурсов здравоохранения;

- провести панельную сессию, посвященную вопросам медицины и фармации в рамках VI Астанинского экономического форума в 2013 году.

Панельная сессия «Актуальные проблемы развития медицины и фармацевтической деятельности» завершилась подписанием Меморандумов о сотрудничестве в области здравоохранения и лекарственного обеспечения с руководителями ведущих компаний-производителей лекарственных средств «Санофи-Авентис Казахстан» (Франция), «MSD» и «Пфайзер Эйч-СИ-Пи Корпорэйшн» (США).

Материал подготовили А. Ахимова, Н. Ибраимова

МОЗГОВОЙ ШТУРМ ПО ПОДГОТОВКЕ СТРАТЕГИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА 2013-2022 ГГ.

Мозговой штурм по подготовке Стратегической программы здравоохранения на 2013-2022 гг. проводился 11-12 июня 2012 года в г. Анкара, Турция. На семинаре присутствовали члены Наблюдательного совета по здравоохранению из Казахстана, Саудовской Аравии, Республики Джибути, Генерального секретариата Организации исламского сотрудничества (ОИС), Центра статистических, экономических и социальных исследований и профессиональной подготовки для исламских стран (SESRIC), Постоянного комитета по научному и технологическому сотрудничеству (COMSTECH), Исламской организации по вопросам образования науки и культуры (ISESCO), Исламского банка развития (ИБР), Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Глобального фонда по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией. Также в семинаре принимали участие представители стран и международных организаций, таких как Турция, Лаборатория Абдул Латиф Джамиля по борьбе с нищетой (Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab - J-PAL), Школа общественного здравоохранения Гарварда, Союз палат и товарных бирж Турции (TOBB).

На открытии сессии представители Генерального секретариата ОИС SESRIC и ИБР зачитали свои доклады. Все участники семинара освещали жизненно важную роль сектора здравоохранения в развитии стран ОИС. Они отметили прогресс, достигнутый странами-участниками относительно некоторых основных показателей здравоохранения по сравнению с глобальными региональными сферами здравоохранения и средними показателями. Они также отметили важность широкого сотрудничества ОИС в решающей роли ОИС-SHPA (Общество фармацевтов Австралии) в этом отношении.

Во время первой рабочей сессии, SESRIC представил подготовительную презентацию по ОИС-SHPA с целью ознакомить участников с приказом, целями и предложенной структурой ОИС-SHPA. Презентация продолжилась открытыми дебатами, за которой последовала последняя рабочая сессия. На протяжении

сессии участники выражали свои мнения о содержании ОИС-SHPA и внесли ценный вклад для усовершенствования ее структуры с целью сделать ее эффективным и инструментальным документом. После обсуждения тем ОИС-SHPA участники один за другим единодушно приняли итоговую структуру ОИС-SHPA. Во время обсуждения участники также выделили сравнительное преимущество ОИС по отношению к пропаганде и политической собственности документа SHPA. Члены Наблюдательного совета здравоохранения ОИС, как и другие участвующие организации поручили содействовать SESRIC в обеспечении технической поддержки во время подготовки проекта документа SHPA.

В октябре 2012 г., планируется встреча экспертов, которая будет организована за пределами Конференции Регионального бюро стран Восточного Средиземноморья по здравоохранению для осмотра первоначального проекта. Впоследствии члены Наблюдательного совета будут осматривать итоговый проект документа SHPA перед ее презентацией Министрам здравоохранения в течение первой половины 2013 года.

Относительно реализации ОИС-SHPA участники пришли к соглашению, что план действий под каждой тематической областью должен проходить аттестацию каждые 2 года и на каждую тематическую область необходимо установить экспертную группу, которая будет обеспечивать техническую поддержку и наблюдать за продвижением. Генеральный секретариат ОИС будет прослеживать этот вопрос совместно с ВОЗ для утверждения технических деталей.

Участники также обсудили финансовые перспективы ОИС-SHPA и решили подготовить бюджет, предложенный для каждой тематической области после подтверждения Министерством SHPA.

Участники Семинара приняли резолюцию всеобщим одобрением. Это выразило одобрение SESRIC за отличную подготовку, проведенную для семинара.

Материал подготовила А. Султанова

МЕРОПРИЯТИЯ В РАМКАХ СОТРУДНИЧЕСТВА МЕЖДУ ЕВРОПЕЙСКИМ РЕГИОНАЛЬНЫМ БЮРО ВОЗ/СТРАНОВОЙ ОФИС ВОЗ В КАЗАХСТАНЕ И МИНИСТЕРСТВОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

В рамках двухстороннего соглашения о сотрудничестве между Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения (ЕРБ ВОЗ) и Министерством здравоохранения Республики Казахстан на 2012-2013 гг. в период с 2 апреля по 29 июня 2012 года были организованы миссии по различным направлениям.

Для выполнения Приоритета 1: Европейская политика здравоохранения – Здоровье 2020 и отдельной задачи: «Разработать инструмент мониторинга сектора здравоохранения на основе пятилетней стратегии здравоохранения» с 2 по 8 апреля 2012 г. проведена миссия с участием д-ра Таави Лайа эксперта ВОЗ. Целью данной миссии являлась документирование и оценка потенциала, а также институциональной структуры текущих инициативы по мониторингу и оценки в секторе здравоохранения и выработки рекомендаций по дальнейшему совершенствованию мониторинга и оценки системы. Данная миссия включила в себя следующие направления: провести оценку сильных и слабых сторон инициатив, а также прокомментировать, насколько хорошо они объединяются в целостную картину работы сектора и обеспечивают информационную основу для развития политик, разработки рекомендации по улучшению.

В целях проведения оценки реализации национальной программы по контролю туберкулеза (ТБ) с 10 по 18 мая 2012 г. была организована миссия по обзору программы по борьбе с туберкулезом под руководством д-ра Масуда Дара с 10 экспертами ЕРБ ВОЗ. Основными задачами были: отразить достигнутый прогресс и недостатки по вопросам профилактики, контролю ТБ и уходу и сравнить с данными обширной оценки программы профилактики ТБ; посетить соответствующие ТБ учреждения; оценить роль социальных детерминант ТБ и ответные меры системы здравоохранения к ним.

ЕРБ ВОЗ поддерживает глобальные усилия по укреплению систем регистрации актов гражданского состояния в целях содействия своевременному получению высококачественной информации о рождениях, смертях и причинах смерти, что является необходимым условием эффективного

мониторинга показателей здоровья населения.

С миссией изучения опыта стран Центральной Азии по оценке информационных систем регистрации, кодирования, сбора и анализа данных рождаемости и смертности детей в период с 28 мая по 1 июня 2012 года Казахстан посетил независимый консультант ЕРБ ВОЗ д-р Fern Greenwell. В данной миссии выполнены следующие задания: проведен обзор форм регистрации рождения и смерти, в том числе относящихся к перинатальному периоду; проведено ознакомление с базой данных по причинам смерти и обсуждено ее содержание и с результатами и трудностями во внедрении в практику определения понятия «живорождения» (ВОЗ); проведено посещение учреждений, где производится регистрация рождений и смертей.

В текущем году реализуется миссия по элиминации передачи ВИЧ – инфекции от матери ребенку, целью которой является обзор пакетов, ключевых глобальных индикаторов, которые могут помочь предложить пакет критериев и процессов для глобального и регионального подтверждения элиминации передачи ВИЧ – инфекции от матери к ребенку. Данная миссия в Казахстане была проведена техническими сотрудниками Европейского регионального офиса ВОЗ д-ром Лали Котенашвили, регионального офиса ЮНИСЕФ для стран Восточной Европы и Центральной Азии д-ром Руслан Малюта и Ядранка Мимика. В ходе миссии обсудили на пилотной модели Казахстана предлагаемые индикаторы и методологию мониторинга процесса элиминации передачи ВИЧ – инфекции от матери к ребенку, разрабатываемые для внедрения новой глобальной инициативы.

С 19 по 21 июня 2012 года с целью выявления и обсуждения передовой практики, опыта и проблем, касающиеся профилактики ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков (далее ПИН) в пяти центрально-азиатских государствах-членах Европейского региона ВОЗ (Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане) проведено техническое консультативное совещание "Опыт и проблемы профилактики ВИЧ-инфекции среди ПИН в странах Центральной Азии, государствах-членах Европейского региона ВОЗ" с участием более

80 представителей различных организаций. В это же время с 21 по 22 июня 2012 г. проведена национальная конференция по наркологии с привлечением специалистов по опиоидной заместительной терапии с участием экспертов ЕРБ ВОЗ: д-р Ларс Моллер, Мартин Донохью, Аннет Верстер, Лали Котенашвили.

Для реализации миссии по укреплению надзора за резистентными формами гонококковой инфекции (*Neisseria gonorrhoeae*) для оптимизации лечения и улучшения контроля и снижения заболеваемости была проведена миссия с 25 по 27 июня 2012 года. Миссия была проведена д-ром Лали Котенашвили, техническим сотрудником Европейского регионального офиса ВОЗ и директором университетской клиники в Оребро (Швеция) профессором Магнус Унемо, международным консультантом ВОЗ по контролю за инфекциями, передающимися половым путем.

С целью представления Европейским региональным бюро ВОЗ Министерству здравоохранения РК методики самостоятельной оценки служб общественного здравоохранения в г. Астана с 25 по 26 июня 2012 г. проведен семинар, в рамках которого были изучены международные данные и выстроено современное понимание служб здравоохранения (определение, масштаб, границы, сфера, направления, процессы, услуги, участники, комплексные подходы и т.д.), изучен соответствующий опыт других

стран Европы, для улучшения служб в системе здравоохранения; выполнено практическое обучение для специалистов по основным оперативным функциям общественного здравоохранения и использованию метода самостоятельной оценки ЕРБ ВОЗ.

В рамках Совещания высокого уровня, которое состоится 10 и 11 декабря 2012 г. в г. Ашгабат, Туркменистан, в г. Астана с 27 по 29 июня 2012 г. проведен Стратегический диалог по вопросам укрепления услуг общественного здравоохранения в целях совершенствования профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями. Настоящий стратегический диалог дал уникальную возможность для обсуждения представителями Министерств здравоохранения современного состояния вопроса в отношении возможностей систем здравоохранения по профилактике и борьбе с НИЗ, а также осуществлению основных оперативных функций общественного здравоохранения (ОФОЗ). Проведенное совещание позволило создать в масштабах ННГ сети должностных лиц старшего звена в области общественного здравоохранения в целях развития субрегионального сотрудничества и в качестве платформы для обмена опытом наилучшей практики служб общественного здравоохранения, в частности по профилактике и борьбе с НИЗ, а также для поддержания систематических консультаций и диалога.

Материал подготовила Г. Ермаханова

СОВЕЩАНИЕ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ ПО ГОСО РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ МАГИСТРАТУРЫ «МЕНЕДЖМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

В целях выполнения поставленных задач по совершенствованию системы управления и менеджмента в здравоохранении, подготовке профессиональных управленческих кадров (менеджеров) для медицинской отрасли проведена работа в данном направлении.

В частности, приказом Ответственного секретаря Министерства здравоохранения РК от 18 мая 2012 года № 357 была создана рабочая группа по разработке проекта Государственного общеобязательного стандарта образования РК по специальности магистратуры «Менеджмент здравоохранения» (ГОСО РК). В состав

рабочей группы вошли представители Министерства здравоохранения РК, Республиканского центра развития здравоохранения, высших учебных заведений РК, Национального медицинского холдинга.

Рабочей группой выработаны единые требования к направлению подготовки, объектам и видам профессиональной деятельности, срокам обучения и приему, задачам, содержанию и структуре образовательных магистерских программ.

В настоящее время проект ГОСО РК направлен на согласование в заинтересованные структурные подразделения Министерства здравоохранения РК.

Материал подготовила С. Исакова

КОНКУРС «ЛУЧШИЙ МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

Ко дню Медицинского работника в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан 14 июня 2012 года проведен конкурс на звание «Лучший менеджер здравоохранения Республики Казахстан» 2012 года. Конкурс проводился в два этапа. Первый этап был проведен на уровне регионов. Выбор «лучшего регионального менеджера» осуществлялся на основе критериев оценки эффективности управления медицинской организацией.

Второй этап проводился в Министерстве здравоохранения РК по результатам обсуждения и суммы баллов, набранных конкурсантами в результате участия на первом этапе.

В конкурсе приняли участие руководители организаций здравоохранения. Непростое решение принимала республиканская комиссия (рисунок 4), в составе представителей которой были руководители и заместители руководителей Комитетов (рисунок 2) и Департаментов Министерства здравоохранения, а также Республиканского Центра развития здравоохранения (РЦРЗ).

Председатель Республиканской комиссии Ермекбаев К.К. выступил со вступительной речью к победителям конкурса регионов (рисунок 1):

«Вы являетесь лидерами в сфере менеджмента здравоохранения, поскольку вас признали лучшими ваши регионы. Сегодня в вопросе эффективного расходования денежных средств высока роль менеджера.



Рисунок 1 - Открытие конкурса «Лучший менеджер»



Рисунок 2 – Выступление члена конкурсной комиссии Асылбековой Г.О. - Заместителя председателя КОМУ МЗ РК



Рисунок 3 - Выступления конкурсантов

Нам, как менеджерам, необходимо находить баланс между объемами финансирования и обязательствами, взятыми на себя перед государством. Менеджер должен понимать значение социальных гарантий и уровень ответственности перед обществом. Для успешной реализации поставленных задач и эффективного выполнения взятых



Рисунок 4 - Совещание конкурсной комиссии: слева направо – Сыздыкова А.А., заместитель директора ДНЧР МЗ РК; Кульжанов М.К., Егеубаева С.А., РЦРЗ

По итогам конкурса победителем стал Нурлыбаев Ержан Шакирович – директор КГП на ПХВ «Областной центр травматологии и ортопедии имени профессора Х. Ж. Макажанова» (Карагандинская область) (рисунок 5). Второе место занял Директор КГП на ПХВ «Областной медицинский центр» г. Кызылорда - Табынбаев Нариман Болтаевич, третье место заняла Главный врач КГП «Поликлиника №3 смешанного типа» г. Семей - Альменова Найля Сапановна.

Победители конкурса будут иметь возможность обучения зарубежом с целью обмена опытом лучшей практики управления в системе здравоохранения.



Рисунок 5 - Победитель конкурса, Нурлыбаев Е. Ш.



Рисунок 6 - Участники конкурса с Председателем КОМУ МЗ РК Ермекбаевым К. К. и Генеральным директором РЦРЗ МЗ РК Кульжановым М. К.

Материал подготовили С. Березин, А. Султанова

КОНКУРС «ЛУЧШИЙ НЕЗАВИСИМЫЙ ЭКСПЕРТ»

На основании приказа Председателя Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности министерства здравоохранения Республики Казахстан №412-1 от 31.05.2012 года накануне Дня медицинского работника – 13 июня 2012 г. на базе РГП на пхв «Республиканский

центр развития здравоохранения» был проведен республиканский конкурс «Лучший независимый эксперт».

Рабочую группу по проведению конкурса возглавил Есимов Д.С. – заместитель Председателя ККМФД МЗ РК (рисунок 1).



Рисунок 1 – Состав жюри конкурса

В числе претендентов на участие в конкурсе по номинации «Лучший независимый эксперт» (12 человек) были практикующие врачи (педиатры, терапевты, акушеры-

гинекологи, гастроэнтерологи), организаторы здравоохранения, патологоанатомы – представители областей и городов Астана, Алматы (рисунок 2).



Рисунок 2 - Претенденты на участие в конкурсе по номинации «Лучший независимый эксперт»

Для участия в конкурсе претенденты представляли документы, отражающие их деятельность в качестве независимых экспертов качества в здравоохранении, демонстрировали видеоролики о себе и о своей профессиональной деятельности, а также при собеседовании отвечали на вопросы

членов жюри.

Победителем республиканского конкурса «Лучший независимый эксперт в области здравоохранения 2012 года» стала Тусупбекова Майда Масхаповна, доктор медицинских наук, профессор Карагандинского государственного медицинского университета (рисунок 3).



Рисунок 3 – Вручение приза д.м.н., проф. Тусупбековой М.М. - победителю республиканского конкурса в номинации «Лучший независимый эксперт»

Материал подготовила Г. Бейсенбекова

ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ:

НОМЕР ПОСВЯЩАЕТСЯ ВОПРОСАМ ОБРАЗОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Capacity Building in Health Management Training

Повышение потенциала в области здравоохранения. Подготовка управленческих кадров

Формирование профессиональной компетентности

Поликлиника без очередей. Пути совершенствования амбулаторной помощи

СОБЫТИЯ

Результаты проекта «Сегодня лучший – ты, завтра – все»: 3 этап каскадного обучения

Совещание с участием Государственного секретаря Республики Казахстан и Заместителя Премьер-министра

Аттестация медицинских работников

Подготовка профессиональных стандартов медицинской помощи

Инструктаж каскадного обучения по ПМСП

Қазақстан Республикасы,
010000, Астана қ.
Иманов к-сі 13, 619 каб.

Республика Казахстан,
010000, г. Астана
ул. Иманова 13, каб. 619

www.rcrz.kz



ISSN 2225-9925



9 772225 992002