

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



Журналдың аты:  
Қазақстан Республикасының  
Денсаулық сақтау менеджері

Бас редактор:  
Э.А. Байжүнісов

Редакциялық кеңес:  
Қ.Қ. Ермекбаев, М.Е. Шоранов,  
Н.М. Исатаева, А.А. Ақанов, Г.М. Алпысбекова,  
С.Қ. Уралов, В.З. Кучеренко, Л. Ковач

Редакциялық коллегия:  
А.Ж. Әзербайбаева, Д.С. Абельгазина, Д.Е. Айтуарова,  
Б. Т. Қаупбаева, А.А. Нургожаев, Г.Т. Жангереева,  
В.В. Койков, А.Б. Цепке, О.Б. Сакенов

Редакцияның хатшысы:  
А.В. Беликова

Техникалық редакторлар:  
А.В. Беликова, А.Е. Тапенова

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

Жазылу индексі:  
74608

Мерзімділігі:  
жарты жылда 2 рет

Таралымы:  
500 дана

Құрылтайшылары:  
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау  
және әлеуметтік даму министрлігі,  
Денсаулық сақтау дамыту  
Республикалық орталығы.

Редакцияның мекен-жайы:  
Астана қ., Иманов к-сі, 13, 206 кеңсе  
e-mail: imzrk@bk.ru

Баспахана мекен-жайы:  
Астана қ., Иманов к-сі, 13,  
e-mail: imzrk@bk.ru

Жарияланатын мәліметтердегі  
ақпараттардың нақтылығы, авторлардың  
жауапкершілігінде

Наименование журнала:  
Менеджер здравоохранения  
Республики Казахстан

Главный редактор:  
Байжунусов Э.А.

Редакционный совет:  
Ермекбаев К.К., Шоранов М.Е.,  
Исатаева Н.М., Ақанов А.А., Алпысбекова Г.М.,  
Уралов С.К., Кучеренко В.З., Ковач Л.

Редакционная коллегия:  
Азербайбаева А.Ж., Абельгазина Д.С., Айтуарова Д.Е.,  
Каупбаева Б.Т., Нургожаев А.А., Жангереева Г.Т.,  
Койков В.В., Цепке А.Б., Сакенов О.Б.

Секретарь редакции:  
Беликова А.В.

Технические редакторы:  
Беликова А.В., Тапенова А.Е.

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

Подписной индекс:  
74608

Периодичность:  
2 раза в полугодие

Тираж:  
500 экземпляров

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

Адрес редакции:  
г. Астана, ул. Иманова, 13, офис 206  
e-mail: imzrk@bk.ru

Адрес типографии:  
г. Астана, ул. Иманова, 13,  
e-mail: imzrk@bk.ru

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

# МАЗМУНЫ/СОДЕРЖАНИЕ

## МЕДИЦИНАЛЫҚ-САНИТАРИЯЛЫҚ АЛҒАШҚЫ КӨМЕК МЕНЕДЖМЕНТІ: БҮГІНІ МЕН БОЛАШАҚ БАҒЫМДАРЫ/ МЕНЕДЖМЕНТ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ: НАСТОЯЩЕЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Руководитель организации, осуществляющей ПМСП:  
кто он?

*МСАК-ті жүзеге асыратын ұйымның басшысы: ол кім?.....5*

Доступность медицинских услуг ПМСП глазами  
топ-менеджеров

*МСАК медициналық қызметтерінің қолжетімділігі топ-менеджерлердің көзімен.....8*

Оценка удовлетворенности пациентов уровнем  
доступности медицинских услуг ПМСП – как  
элемент системы управления качеством медицинской  
помощи.

*Емделушілердің МСАК медициналық қызметтерінің қолжетімділік  
деңгейіне қанағаттануын бағалау – медициналық көмектің сапасын басқару  
жүйесінің элементі ретінде.....13*

Совершенствование технологии оценки компетенций  
руководителей медицинских организаций

*Медициналық ұйымдар басшыларының құзіреттерін бағалау  
технологиясын жетілдіру.....25*

Проблемы и перспективы развития непрерывного  
профессионального обучения медицинских  
специалистов, оказывающих первичную медико-  
санитарную помощь

*Медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін медицина мамандарын  
үздіксіз кәсіби оқытудың мәселелері және даму перспективалары.....30*



## ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ ТИІМДІЛІКТІ АРТТЫРУ ТЕХНОЛОГИЯСЫ/ТЕХНОЛОГИИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

- Ответственность пациентов с хроническими заболеваниями  
в рамках «Программа управления заболеваниями»  
*Созылмалы аурулары бар емделушілердің «Ауруларды басқару бағдарламасы»  
шеңберіндегі жауапкершілігі.....35*
- Внедрение современных эффективных инструментов  
менеджмента в системе здравоохранения  
*Денсаулық сақтау жүйесінде менеджменттің қазіргі заманғы тиімді құралдарын енгізу.....38*
- Финансовое управление коечным фондом здравоохранения  
с использованием механизма полного фондодержания  
на уровне ПМСП  
*МСАК деңгейінде толық қор ұстау тетігін қолдана отырып денсаулық сақтау  
саласының төсек қорын қаржылық басқару.....44*
- О деятельности Павлодарского областного онкологического  
диспансера в рамках глобального бюджета за  
2012 – 2013 годы  
*Павлодар облыстық онкология диспансерінің 2012-2013 жылдар үшін жаһандық  
бюджет шеңберіндегі қызметі туралы.....50*
- 
- Условия принятия решений и принципы организации  
неотложной хирургической помощи  
*Шұғыл хирургиялық көмекті ұйымдастыру қағидалары мен шешімдер қабылдау шарттары.....53*
- ## ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ КАДРЛЫҚ РЕСУРСАРДЫҢ ӘЛЕУМЕТІҢ АРТТЫРУ/ПОВЫШЕНИЕ ПОТЕНЦИАЛА КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ
- Подготовка специалистов сестринской службы в  
Финляндии, опыт для Казахстана  
*Финляндиядағы мейіргерлік қызмет мамандарын даярлау, Қазақстан үшін тәжірибе.....62*
- Подготовка кадровых ресурсов как основа  
совершенствования национальной системы  
аккредитации  
*Кадрлық ресурстарды даярлау ұлттық аккредиттеу жүйесін жетілдірудің негізі ретінде.....67*



## Байжунусов Эрик Абенович

*Генеральный директор  
РГП на ПХВ «Республиканский  
центр развития здравоохранения»  
МЗСР РК*

### ГЛУБОКОУВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ, ЧИТАТЕЛИ ОТРАСЛЕВОГО ЖУРНАЛА ПО МЕНЕДЖМЕНТУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ!

Приветствую Вас на страницах нашего отраслевого журнала «Менеджер здравоохранения Республики Казахстан». Этот номер посвящен реформам на уровне ПМСП. В настоящее время идет пересмотр концепции нашего журнала. Данный номер является уникальным в своем роде, так как основные материалы данного номера – это консолидация информации о состоянии менеджмента амбулаторно-поликлинических организаций. В перспективе ежеквартально редакцией журнала будут определяться наиболее

интересные и актуальные темы по приоритетным направлениям развития здравоохранения, возможным путям кооперации различных видов деятельности и научных исследований. Наш Журнал будет представлять собой средство обмена опытом и знаниями, а также средство обратной связи между Министерством здравоохранения и социального развития и организациями здравоохранения на местах, он поможет объединить широкий круг специалистов и станет большим шагом для развития менеджмента в сфере здравоохранения.

*С уважением, Главный редактор*

# МЕДИЦИНАЛЫҚ-САНИТАРИЯЛЫҚ АЛҒАШҚЫ КӨМЕК МЕНЕДЖМЕНТІ: БҮГІНІ МЕН БОЛАШАҚ БАҒЫМДАРЫ/ МЕНЕДЖМЕНТ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ: НАСТОЯЩЕЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ

## Руководитель организации, осуществляющей ПМСП: кто он?

Кунабаева Р.С.

### Резюме

С целью формирования необходимого уровня квалификации и профессиональной компетенции руководителей медицинских организаций, для обеспечения и повышения качества медицинских услуг необходимо иметь полную картину об имеющемся потенциале топ-менеджеров, используя множество параметров оценки менеджеров, таких как: данные возраста и пола руководителя, хотя вопросы зависимости между возрастом, полом и эффективностью руководства так и остаются не определенными. Данные об имеющемся образовании, повышении квалификации, имеющемся опыте руководящей работы могут говорить о потенциале руководителя.

Таким образом, анкетирование, проведенное с целью определения общей картины среднего облика топ-менеджеров в медицинских организациях, показало, что уровень профессиональной подготовки менеджеров не всегда соответствует требованиям, предъявляемым к должности руководителя; есть необходимость в разработке долгосрочного плана повышения квалификации менеджеров с учетом современных тенденций развития системы здравоохранения в Республике Казахстан.

### Түйіндеме

Медициналық ұйымдар басшыларының қажетті біліктілік деңгейі мен кәсіби күзінетін қалыптастыру мақсатымен, медициналық қызметтердің сапасын қамтамасыз ету және арттыру үшін менеджерлерді бағалаудың төмендегідей көптеген өлшемдерін пайдалана отырып, топ-менеджерлерде бар әлеует жайлы толық хабардар болу қажет: басшының жасы және жынысы туралы деректер, десек те басшылықтың жас мөлшері, жынысы және тиімділігі арасындағы тәуелділік мәселесі анықталмаған күйі қалып отыр. Басшы үшін өте маңызды болып табылатын, алған білімі туралы деректер, өйткені тиімді басшы басқару және бизнес, қаржыландыру саласындағы сан түрлі білімге ие болуы тиіс, ол өзінің басқарушы әлеуетін ұдайы арттыру мақсатында үздіксіз оқуды көздейді. Басшылық жұмыстағы тәжірибесі туралы деректер кезең кезеңімен басшы боп қалыптасудың маңызы туралы хабардар ете алады.

Осылайша, медициналық ұйымдардағы топ-менеджерлердің орташа келбетінің жалпы көрінісін айқындау мақсатымен жүргізілген сауалнама менеджерлердің кәсіби дайындықтарының деңгейі басшы лауазымына қойылатын талаптарға әрқашан сай келе бермейтінін көрсетті; Қазақстан Республикасындағы денсаулық сақтау жүйесінің қазіргі заманғы даму тенденцияларын ескере отырып, менеджерлердің біліктілігін арттырудың ұзақ мерзімді жоспарын әзірлеу қажеттігі бар.

### Abstract

With the purpose to create the necessary qualifications and professional competence level of medical organization managers, to ensure and improve the quality of medical services we need a complete picture of the existing potential of top managers, using a variety of manager valuation parameters, such as age and sex of managers, although managers age, sex and effectiveness dependency issues remain undefined. Data on available education, training, current experience of administrative work can show the manager potential.

Thus, a survey conducted to determine the overall picture of the average shape of the top managers in medical organizations, showed that the level of professional training of managers do not always correspond to the requirements for the managerial position; there is a need to develop a long-term plan for managers training considering the current trends in the development of the healthcare system in the Republic of Kazakhstan.

Современный этап реформирования системы здравоохранения в Республике характеризуется задачами, направленными на повышение качества и доступности медицинского обслуживания населения. С целью формирования эффективной системы предоставления медицинских услуг продолжаются структурные преобразования, направленные на усиление первичной медико-санитарной помощи. В этих процессах ключевым фактором является уровень компетентности лидеров, которым вверено столь важное управление изменениями. Для понимания проблем проводимых преобразований мы задались целью, для начала, определить в целом, каков средний потенциал тех, кому вверено управление медицинскими организациями, осуществляющими услуги ПМСП.

С целью определения общей картины среднего облика топ-менеджеров в медицинских организациях РК, проведено исследование с помощью онлайн программы *surveymonkey.com*. На веб-сайте РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» было размещено структурированное резюме, в которое вошли следующие разделы:

- личные данные;
- данные с места работы;
- данные об имеющемся образовании (основное образование, постдипломное, повышение квалификации);

– данные об имеющемся опыте руководящей работы.

Структурированное резюме заполнили 359 руководителей и заместителей руководителя 248 амбулаторно-поликлинических организаций, оказывающих услуги ПМСП в 16 регионах Республики Казахстан.

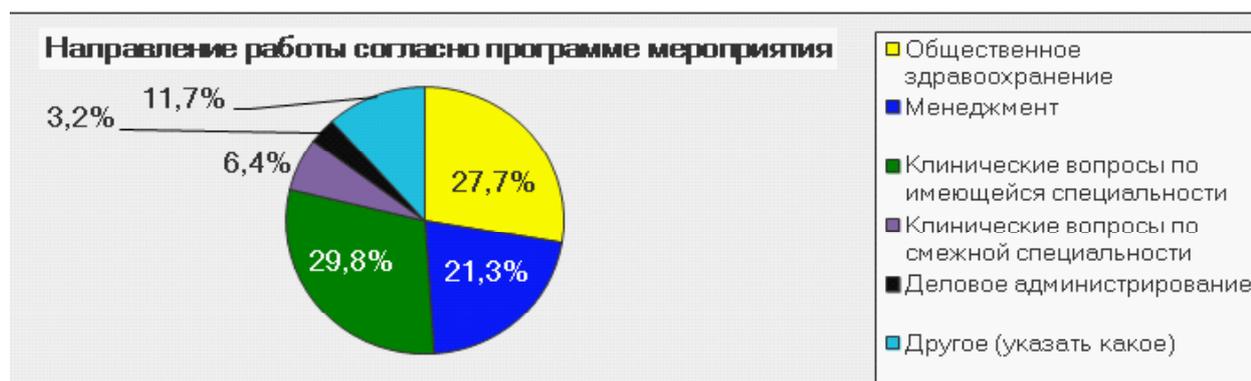
В разделе «Личные данные» отражены паспортные данные респондентов, дата рождения, пол, контакты. Анализ данного раздела показал, что большинство топ-менеджеров в медицинских организациях, осуществляющих ПМСП – это женщины, составившие 67% опрошенных респондентов.

Возраст респондентов варьировал в широких пределах:

**до 30 лет составил 1% опрошенных, от 30 до 40 лет – 15%, от 40 до 50 лет – 27%, от 50 до 60 лет – 38%, возрастная группа старше 60 лет представлена 19%.**

По занимаемым должностям опрошенные разбились по следующим категориям: главные врачи – 60%, директора лечебных учреждений – 15%, заместители главных врачей составили 20% опрошенных, главные медицинские сестры – 5% опрошенных.

Таким образом, по выше приведенным данным, большую часть опрошенных представляют женщины в возрастной группе старше 50 лет, занимающие должность первого руководителя организации, осу-



ществляющей услуги ПМСП.

Следующий раздел включает *данные об имеющемся образовании*, куда включены вопросы по основному образованию (ВУЗ, форма обучения, уровень образования и специальность (согласно диплому), постдипломное образование (интернатура, резидентура, клиническая ординатура, магистратура, аспирантура, докторантура), и если имеется другое образование.

**По результатам исследования большинство опрошенных имеют медицинское образование, 24,1% респондентов окончили КазНМУ им. Асфендиярова, МУА – 17,4%, КГМУ – 10,7%, ЗКГМУ – 13,7%, СГМУ – 12,6%, ЮКГФА – 11,1% и другие медицинские ВУЗы – 5,9%, институт сестринского дела «Эмили» – 2,2%, другие немедицинские ВУЗы 3,2%.**

В основном респонденты обучались на очной форме обучения – 98,9%. По уровню образования высшее специальное образование имеют 95,5% респондентов, бакалавриат у 2,2%. Из них по специальности: 48,3% – лечебное дело, 29,0% – педиатрия, 2,2% – сестринское дело, 8,2% – стоматология.

**Из дополнительного образования опрошенные имеют интернатуру – 73,8%, резидентуру – 2,3%, клиническую ординатуру – 8,4%, магистратуру – 3,4%, аспирантуру – 1,3%, докторантуру – 0,3%, лишь только 16,7% являются магистрами делового административного управления.**

Это показывает, что в настоящее время уровень профессиональной подготовки не всегда соответствует требованиям, предъявляемым к должности руководителя медицинской организации.

Повышение квалификации управленческого персонала организаций здравоохранения, одна из ключевых проблем, требующая незамедлительного решения. Поставленные перед сферой здравоохранения задачи, не могут быть выполнены, если уровень компетентности руководителей медицинских организаций не будет соответствовать современным требованиям эффективного производства медицинских услуг.

**В АГИУВ повышение квалификации проходили – 31,2% респондентов, в ЗКГМУ – 22,3%, во ВШОЗ – 15,9% и в МУА – 10,2%.**

Поэтому, систематическое повышение потенциала топ-менеджеров предусматривает непрерывное обучение.

Краткосрочные курсы обучения за последние два года (2012 – 2013 гг.) респонденты проходили в АГИУВ – 28,9%, в МУА – 16,2%, в ВШОЗ – 15,6%, в КазНМУ им. Асфендиярова – 9,8%, в РЦРЗ – 2,3% и других. Основными направлениями краткосрочных курсов обучения были, клинические вопросы по имеющейся специальности – 29,8%, по менеджменту здравоохранения – 21,3%, по общественному здравоохранению – 27,7% и другие. Это были такие виды обучения как, тематическое усовершенствование – 59,3%, общее усовершенствование – 27,1%, семинары – 4,5%, мастер-классы – 3,4%. Согласно полученным результатам, повышению управленческих компетенций менеджеров здравоохранения не уделяется должного внимания.

За последние два года (2012 – 2013 гг.) большинство респондентов приняли участие в конференциях, круглых столах, посвященных вопросам общественного здравоохранения, делового администрирования и клиническим вопросам по смежным специальностям.

В разделе *данных об имеющемся опыте руководящей работы* были включены вопросы общего стажа, стажа на руководящей должности, наличие сертификата специалиста, квалификационная категория, ученые и научные степени, награды и призовые места, публикации.

**По результатам анкетирования, следует отметить низкий процент соответствия стажа работы на руководящей должности среди топ-менеджеров, который составил всего 47%.**

Из числа анкетированных топ-менеджеров имеют высшую категорию – 32,4%, первую категорию – 28,7%, вторую категорию – 7,8%. Поэтому, задача повышения показателя уровня квалификации менеджеров, в организациях с низким по-

**казателем должна стать актуальной.**

В числе принявших участие в анкетировании 13,5% топ-менеджеров заняли призовые места на конкурсах республиканского уровня, имеют государственные отраслевые награды: Нагрудный знак «Денсаулық сақтау ісіне қосқан үлесі үшін» – 19,6%, Нагрудный знак «Денсаулық сақтау ісінің үздігі» – 69,6%. Не все руководители делятся опытом работы, не принимают участие в обсуждении насущных вопросов в средствах массовой информации. Меньше половины топ-менеджеров, из числа анкетированных (40,5%), публи-

куют свои работы в газетах и журналах.

Таким образом, результаты проведенного анкетирования показывают необходимость проведения мероприятий по повышению образовательного уровня топ-менеджеров, так как уровень профессиональной подготовки менеджеров не всегда соответствует требованиям, предъявляемым к должности руководителя. Необходимо создание долгосрочного плана повышения квалификации менеджеров с учетом современных тенденций развития системы здравоохранения в Республике Казахстан.

#### **Источники:**

1. Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг.
2. Журнал «Справочник по управлению персоналом», № 6-2004 <http://www.ipnou.ru/article.php?idarticle=000433>
3. Менеджмент в здравоохранении: учеб. пособие / Под ред. М.М. Мухамбекова. – М.: РУДН, 2012. – 372 с.
4. Методические рекомендации кафедры. Основные вопросы организации лечебно-профилактической помощи городскому населению.
5. Потемкин В.К. Управление персоналом: Учебник для вузов. – СПб.: Изд-во СПбГУЭФ, 2009. – 340 с. 191023, Санкт-Петербург.
6. Степанов В.В. Организация работы ЛПУ / В.В. Степанов. – М.: МУФЭР, 2006. – 463 с.
7. <https://ru.surveymonkey.com/> Оценка влияния управленческих компетенций топ менеджментов на доступность медицинских услуг в организациях ПМСП (структурированное резюме)

## **Центр менеджмента здравоохранения РЦРЗ МЗСР РК Доступность медицинских услуг ПМСП глазами топ-менеджеров**

Тапенова А.Е.

### **Резюме**

Основные актуальные задачи системы здравоохранения на сегодняшний момент – обеспечение доступности и улучшение качества медицинской помощи в немаловажной степени зависят от работы топ-менеджера медицинской организации. Менеджеры – это профессиональные управляющие, использующие знания, опыт, интеллект и мотивы поведения людей для достижения целей организации. Работа топ-менеджера сегодня является престижной, ответственной.

Необходимость проведенного анкетирования заключается в том, чтобы понять, как обеспечивается процесс доступности медицинских услуг, своевременного оказания услуг, свободного выбора врача и медицинской организации, вопросы преемственности в работе. Ведь от решения топ-менеджера зависит деятельность и процветание всей организации. Ведь именно он – ответственный за принятие решений.

Компетентность и эффективность работы руководителя – это обеспечение повышения доступности и качества медицинских услуг.

## Түйіндеме

Денсаулық сақтау жүйесінің қазіргі сәттегі негізгі өзекті міндеттері – медициналық көмектің қолжетімділігін қамтамасыз ету және сапасын жақсарту айтарлықтай дәрежеде медициналық ұйымның топ-менеджерінің жұмысына байланысты болмақ. Менеджерлер – бұл адамдардың білімін, тәжірибесін, интеллектін және мінез-құлық уәжін ұйымның мақсаттарына қолжеткізу үшін пайдаланатын кәсіби басқарушылар.

Өткізілген сауалнаманың қажеттілігі медициналық қызметтердің қолжетімділігі, қызметтің уақтылы көрсетілуі, дәрігер мен медициналық ұйымды еркін таңдау үдерістері, жұмыстағы сабақтастық мәселесі қалай қамтамасыз етілетіндігін түсінуде болып табылады. Тұтас ұйымның қызметі мен өркендеуі топ-менеджердің шешіміне тәуелді болмақ. Өйткені ол – шешімдерді қабылдауға жауапты. Басшының күзiреттілігі мен жұмысының тиімділігі – бұл медициналық қызметтердің қолжетімділігі мен сапасын арттыруды қамтамасыз ету.

## Abstract

The main relevant objectives of the health system at the moment - ensuring accessibility and improving the quality of medical care which are in great extent depend on the work of a top manager of the medical organization. Managers – are professionals who use the knowledge, experience, intelligence and motives of human behavior to achieve organizational goals. The work as a top manager is a prestigious and responsible today.

The need to conduct the survey is consist in understanding how the processes of accessibility to medical services, provision of services in time, free choice of doctor and medical organizations, continuity issues in the work are being provided. After all the activity and prosperity of the entire organization depends on the decision of the top manager. After all he is responsible for making decisions.

The competency and efficiency of the manager work is to ensure the medical services accessibility and quality improvement.

**В**обеспечении доступности медицинских услуг в современных условиях развитие амбулаторной помощи является первоочередной задачей здравоохранения. Как известно, уровень доступности и качества медицинской помощи, эффективность деятельности системы охраны здоровья определяется состоянием и развитием первичной медико-санитарной помощи.

В связи с внедрением ЕНСЗ остро встал вопрос о **необходимости оценки доступности оказываемой медицинской помощи.**

Центром менеджмента здравоохранения проведен анализ анкет на предмет понимания дефиниции «Доступность медицинских услуг ПМСП» топ-менеджерами здравоохранения.

1) По данному направлению было проанкетировано 86 респондентов;

2) Из них: 27 мужчин, 59 женщин;  
3) Возраст респондентов:

от 20 лет – 6 человек, 20-40 лет – 33 респондента, 40-60 лет – 44; возраст свыше 60 лет – 3 человека;

4) На вопрос «Пациент, как потребитель медицинских услуг обладает правами» на:

- охрану здоровья – 8 чел., что составило 9,3 %;
- получение бесплатного гарантированного объема медицинской помощи, установленно-го законом – 34 чел., что составило 39,5 %;
- получение платной медицинской помощи в государственных и частных лечебных учреждениях – 0;
- всё выше перечисленное – 44 респондента, что соответственно составило 52%.

Почти 50% респондентов не ориентируются в правах пациентов, в знании законо-

дательных правовых актов на предмет «Пациент, как потребитель медицинских услуг обладает правами».

5) Знаете ли Вы законодательные акты, регулирующие гарантированный объем бесплатной медицинской помощи?

знаю	88,4%	(76)
не знаю	0,0%	(0)
затрудняюсь ответить	11,6%	(10)

88% топ-менеджеров знают законодательные акты, регулирующие гарантированный объем бесплатной медицинской помощи.

Но, в тоже время, почти 12% затруднились ответить на этот вопрос. Руководитель медицинской организации в ЕНСЗ должен быть в первую очередь эффективным, грамотным и современным менеджером, обладающим необходимым набором умений, знаний, навыков. Он должен знать стратегию развития системы здравоохранения в контексте стратегических документов РК.

6) В полной ли мере, по Вашему мнению, обеспечивается возможность получения гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и ее качества независимо от материального состояния больного?

в полной мере	87,2%	(75)
не в полной мере	11,6%	(10)
не используется	0,0%	(0)
затрудняюсь ответить	1,2%	(1)

Почти 88% респондентов считают, что возможность получения гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и ее качества независимо от материального состояния больного обеспечивается в полной мере. Однако, почти 12% топ-менеджеров ответили, что возможность получения гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и ее качества независимо от материального состояния больного обеспечивается не в полной мере. Доступность медицинской помощи не должна зависеть от материального состояния больного. Экономическая доступность – возможность получения гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и ее качества независимо от материального состояния больного.

7) Как Вы думаете, в полной ли мере обеспечивается использование языка пациента при обращении за медицинской помощью?

в полной мере	87,2%	(75)
не в полной мере	8,1%	(7)
не используется	0,05%	(0)
затрудняюсь ответить	4,7%	(4)

На данный вопрос 87% респондентов думают, что использование языка пациента при обращении за медицинской помощью обеспечивается в полной мере, а 8% считают – не в полной мере и 4,7% опрошенных респондентов затрудняются ответить. Языковая доступность должна поддерживаться в полной мере при обращении за медицинской помощью в организациях ПМСП.

8) В полной ли мере, по Вашему мнению, обеспечивается свободный выбор врача и медицинской организации?

в полной мере	72,1%	(62)
не в полной мере	15,1%	(13)
не обеспечивается	2,3%	(2)
затрудняюсь ответить	10,5%	(9)

Свободный выбор врача и медицинской организации по мнению 72% респондентов обеспечивается в полной мере. 13 человек (15%) считают, что не в полной мере, а 2,3% – считают, что не обеспечивается. Именно свободный выбор медицинской организации и лечащего врача являются основными принципами ЕНСЗ.

9) В полной ли мере, по Вашему мнению, обеспечивается преемственность поликлиники с врачами скорой медицинской помощи?

в полной мере	84,9%	(73)
не в полной мере	8,1%	(7)
не обеспечивается	2,3%	(2)
затрудняюсь ответить	4,7%	(4)

Почти 85% топ-менеджеров ответили, что преемственность поликлиники с врачами скорой медицинской помощи обеспечивается в полной мере. 8,1% респондентов – не в полной мере, 4,7% опрошенных затруднились ответить. Преемственность и непрерывность медицинской помощи –

это координация деятельности в процессе оказания пациентам медицинской помощи в разное время, различными специалистами и лечебными учреждениями. Обеспечение преемственности в оказании скорой медицинской помощи на современном этапе требует четкой координации деятельности разных медицинских учреждений как в плане обеспечения непрерывности лечебно-диагностического процесса, так и в плане полноты передачи информации о пациенте.

**10) В полной ли мере, по Вашему мнению, обеспечивается географическая доступность в Вашей поликлинике (наличие транспорта, расстояния, времени в пути и другие обстоятельства)?**

в полной мере	82,6 %	(71)
не в полной мере	14,0%	(12)
не обеспечивается	1,2 %	(1)
затрудняюсь ответить	2,3%	(2)

82,6% считают, что географическая доступность в их поликлинике (наличие транспорта, расстояния, времени в пути и другие обстоятельства) обеспечивается в полной мере, 14% – не в полной мере, 2,3% затрудняются ответить. Географическая доступность – это наличие транспорта, расстояния, времени в пути и другие обстоятельства, которые могут препятствовать пациенту в получении необходимой медицинской помощи. Географическая доступность для населения медицинских организаций – один из определяющих элементов качества оказываемой медицинской помощи.

**11) Укажите наиболее оптимальный режим работы поликлиники с Вашей точки зрения.**

с 8-00 до 20-00 без перерыва	96,5%	(83)
с 8-00 до 21-00 без перерыва	2,3%	(2)
с 9-00 до 21-00 без перерыва	0,0%	(0)
круглосуточный прием без перерыва	1,2%	(1)

96,5% респондентов указали, что наиболее оптимальный режим работы поликлиники с 8-00 до 20-00 без перерыва.

Организационная доступность – оптимизация в режиме работы отдельных медицинских услуг. Например, расписание ра-

боты амбулаторно-поликлинических служб должно быть в удобное для пациентов время. Недостаточное количество вечерних приемов снижает доступность медицинской помощи для работающих в течение дня людей.

**12) Своевременно ли Вы получаете результаты лабораторных и диагностических исследований?**

своевременно	98,8%	(85)
несвоевременно	1,2%	(1)
затрудняюсь ответить	0,0%	(0)

Почти 99% топ-менеджеров своевременно получают результаты лабораторных и диагностических исследований. Несвоевременно – 1,2% респондентов. Лабораторная диагностика – это комплекс медицинских услуг, направленных на установление факта наличия или отсутствия заболевания (состояния) путем лабораторных исследований биоматериалов, полученных от пациентов. Доступность лабораторной услуги является одним из критериев качества оказания медицинской помощи. Это обусловлено тем, что современная лабораторная диагностика находит свое активное применение в постановке более точного диагноза, а это, в свою очередь, приводит к назначению объективного лечения. Критерий «доступность» – это один из факторов, влияющих на качество оказания медицинских услуг. Таким образом, своевременность получения результатов лабораторных и диагностических исследований, внимание к критерию «доступность» лабораторной услуги, позволит руководителям лечебных учреждений улучшить качество оказываемых медицинских услуг, а также повысить лояльность пациентов.

**13) Используются ли в Вашей поликлинике для улучшения организационной доступности электронные медицинские карты и электронные системы прописывания лекарств?**

используются	82,6%	(71)
не используются	17,4%	(15)

Около 83% респондентов считают, что в поликлинике для улучшения организационной доступности используются электронные медицинские карты и электронные системы прописывания лекарств. 17,4% респондентов

считают, что не используются.

14) Как Вы относитесь к внедрению первичных консультаций пациентов медицинскими сестрами в поликлинике?

положительно	89,5%	(77)
отрицательно	3,5%	(3)
затрудняюсь ответить	7,0%	(6)

По данному вопросу анкеты 89,5% топ-менеджеров положительно относятся к внедрению первичных консультаций пациентов медицинскими сестрами в поликлинике.

15) Как Вы относитесь к внедрению круглосуточных медицинских телефонных консультаций?

положительно	84,9%	(73)
отрицательно	11,6%	(10)
затрудняюсь ответить	3,5%	(3)

Почти 85% положительно относятся к внедрению круглосуточных медицинских телефонных консультаций, 12% – отрицательно, 3,5% – затрудняются.

Таким образом, на основании прове-

денного анализа анкет на предмет понимания дефиниции «Доступность медицинских услуг ПМСП» топ-менеджерами здравоохранения следует, что большинство руководителей медицинских организаций правильно представляют себе вопрос доступности медицинских услуг, своевременного оказания услуг. Топ-менеджеры примерно одинаково разбираются в стандартах медицинских услуг, вопросах преемственности, географической, экономической доступности и др. Но наряду с этим, имеются вопиющие факты того, что топ-менеджеры не знают законодательных актов, регулирующих гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (12%). Требуется совершенствование менеджмента в медицинских организациях. Топ-менеджеры должны быть компетентными и эффективными руководителями, что позволит обеспечить, в конечном итоге, повышение доступности и качества медицинских услуг, рост конкурентоспособности национального здравоохранения Республики Казахстан.

#### Источники:

1. Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 гг.
2. Шарабчиев Ю.Т., Дудина Т. В. Доступность и качество медицинской помощи: слагаемые успеха // Журнал «Медицинские новости», М. – 2009. – №12. – С 45-48.
3. Бойко А.Т. Качество и стандарты медицинской помощи (понятие и принципиальные основы) //maps.spb.ru/ordinator/addelmen
4. Гришин В.В., Киселев А.А., Кардашев В.Л., и др. Контроль качества оказания медицинской помощи в условиях медицинского страхования в ведущих странах мира. – М., 2005. – С. 62.
5. Дьяченко В.Г., Капитоненко Н.А., Пудовкина Н.А., Потылицына Л.К. Система контроля качества медицинской помощи. // Ж. Медицинское страхование. 2006. – № 1-2 (13-14). – С. 47-51.
6. Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения».
7. Конституция Республики Казахстан.
8. Первая помощь. Словарь медицинских терминов. Проверено 27 июня 2009. Архивировано из первоисточника 28 августа 2011.
9. Первичная медико-санитарная помощь / Международная конференция по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата, СССР, 6-12 сентября 1978 г. – Женева, Нью-Йорк, 1978. – 68 с.
10. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник. – М.: ГОЭТАР-Медиа, 2007. – 512 с.
11. Методические рекомендации кафедры. Основные вопросы организации лечебно-профилактической помощи городскому населению.
12. Степанов В.В. Организация работы ЛПУ / В.В. Степанов. – М.: МУФЭР, 2006. – 463 с.
13. <https://ru.surveymonkey.com/s/>

## Оценка удовлетворенности пациентов уровнем доступности медицинских услуг ПМСП – как элемент системы управления качеством медицинской помощи

Рахимова Л.Ж., Есполова Г.Д.

*Центр менеджмента здравоохранения РЦРЗ МЗСР РК*

### Резюме

В данной статье показаны результаты проведенного социологического опроса среди пациентов, который показал существенные проблемы в удовлетворенности уровнем доступности медицинских услуг ПМСП: отношение медицинских работников данной поликлиники; условия пребывания пациента в данной поликлинике; организация работы данной поликлиники; доступность медицинской помощи; эффективность (результативность) полученной медицинской помощи; отношение пациентов к работе поликлиники.

Тем самым, оценка удовлетворенности пациентов уровнем доступности медицинских услуг доказывает, что является одним из основных элементов системы управления качеством медицинской помощи.

### Түйіндеме

Берілген мақалада топ-менеджерлердің күзіреттері мен басқа да іскер қасиеттерін бағалауға арналған, күшті және әлсіз тұстарын, өсу және даму әлеуетін түсіну мақсатымен қызметкердің айналасындағы жақын ортадан алынған әлеуметтік зерттеудің нәтижелері сипатталған, ол ассессмент орталықты құру қажеттігін көрсетті.

### Abstract

This article shows the results of a sociological survey among patients which showed significant problems in the satisfaction level of access to primary care services: the attitude of the health workers of the clinic; the conditions of the patient stay in the clinic; the work organization of the clinic; the accessibility to medical care; the effectiveness of medical care received; the attitude of patients to the clinic work.

Thus, the assessment of patient satisfaction level for the health services accessibility shows that it is one of the main elements of the medical care quality management system.

**В** государственной программе развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы предусмотрено приоритетное развитие ПМСП. В рамках быстро развивающейся реформы в сфере здравоохранения принимаются комплексные усилия по совершенствованию управления организации и финансированию медицинской помощи, в том числе по выделению дополнительных средств на развитие социально-ориентированной модели ПМСП. Тем не менее, существенная часть населения страны продолжает испытывать серьезные трудности в доступе к качественным медицинским услугам, потребность в которых с каждым днем все больше растет. Это актуализирует необходимость проведения степени удо-

влетворенности пациентов уровнем доступности медицинских услуг ПМСП с целью получения рекомендаций для менеджеров здравоохранения по обеспечению доступности и качества медицинской помощи населению в своих медицинских организациях (1).

Качество медицинской помощи это – комплекс характеристик и уровень соответствия оказанной медицинской помощи, на основе современного уровня медицинской науки и технологии, существующим потребностям и ожиданиям пациента (2).

Первичная медико-санитарная помощь является основой успешной деятельности системы здравоохранения и играет важную роль в обеспечении качества медицинской помощи, ее стоимости и результативности. Кроме

того, первичная помощь оказывает влияние на удовлетворенность населения системой здравоохранения (3-9).

Одной из основных характеристик качества медицинской помощи является доступность медицинской помощи.

Данная характеристика обозначает, что медицинская помощь не должна зависеть от географических, экономических, организационных или языковых барьеров. Географическая доступность это – наличие транспорта, расстояния, времени в пути и другие обстоятельства, которые могут препятствовать пациенту в получении необходимой медицинской помощи. Экономическая доступность – возможность получения гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и ее качества независимо от материального состояния больного. Организационная доступность – оптимизация в режиме работы отдельных медицинских услуг. Например, расписание работы амбулаторно-поликлинических служб должно быть в удобное время для пациентов, и недостаточное количество вечерних приемов снижает доступность для работающих людей в течение дня. Языковая доступность – использование в работе медицинских служб языка пациентов, обращающихся за медицинской помощью и т.д. (10-13).

Особое внимание должно быть уделено субъективным факторам доступности медицинской помощи, «человеческому фактору» и, в первую очередь, анализу удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью.

Для определения степени удовлетворенности пациентов уровнем доступности медицинских услуг ПМСП с помощью онлайн программы [surveymonkey.com](http://surveymonkey.com) проведено анкетирование 213 пациентов амбулаторно-поликлинических медицинских организаций. В анкете были предложены параметры, характеризующие различные аспекты деятельности поликлиники, такие как, условия пребывания пациента в данной поликлинике, организация работы поликлиники, доступность медицинской помощи, эффективность (результативность) получен-

ной медицинской помощи. Пациенты в анкете также могли указать жалобы, обращения и предложения по повышению качества и доступности медицинской помощи.

Степень удовлетворенности пациентов качеством оказываемой медицинской помощи определялась по следующим критериям:

*Блок I*

**Отношение медицинских работников к пациентам.**

*Блок II*

**Условия пребывания пациента в данной поликлинике.**

*Блок III*

**Организация работы данной поликлиники.**

*Блок IV*

**Доступность медицинской помощи.**

*Блок V*

**Эффективность (результативность) полученной медицинской помощи.**

*Блок VI*

**Отношение пациентов к работе поликлиники (таблица 1) (14).**

Вопросы, предложенные в первом блоке анкеты, позволяют оценить параметры, характеризующие отношение медицинских работников данной поликлиники к пациентам.

Только 54% респондентов отметили корректность и доброжелательность в общении медицинского персонала с родственниками пациентов. 27.7% респондентов отмечают постоянное некорректное поведение, 26.3% – периодическое некорректное поведение по отношению к пациентам (рисунки 1, 2).

В общем, 53,6% пациентов недовольны обращением медицинского персонала с пациентами. Это говорит о серьезных проблемах HR-службы, работы с персоналом менеджеров всех уровней. Необходимо проведение систематической работы с персоналом поликлиник по этике и деонтологии общения. Как известно, основной поток жалоб, поступающих в ККМФД, Управления здравоохранением, Министерство связан именно с проблемами деонтологии.

17.4% пациентов не верят в заинтересованность медицинского персонала в резуль-

татах лечения, 15.5% не доверяют врачебному персоналу. Здоровоохранение является одним из направлений деятельности социального государства, обеспечивающего безопасность и качество жизни каждого человека (рисунки 3, 4). В Республике постоянно осуществляются социальные и экономические реформы системы здравоохранения с целью ее адаптации к новым социально-экономическим и рыночным условиям. Процесс реформирования отрасли проходит сложно, и уровень доверия казахстанцев государственным медицинским учреждениям продолжает оставаться низким.

С другой стороны, низкий уровень доверия медицинским организациям является одной из причин, сдерживающих успешное реформирование системы здравоохранения, ведь отрицательный опыт взаимодействия пациентов с государственными медицинскими учреждениями формирует недоверие не только к конкретной организации и ее персоналу, но и к системе здравоохранения в целом. Низкий уровень доверия населения государственным медицинским учреждениям обусловлен несоответствием фактического качества медицинского обслуживания ожиданиям пациентов.

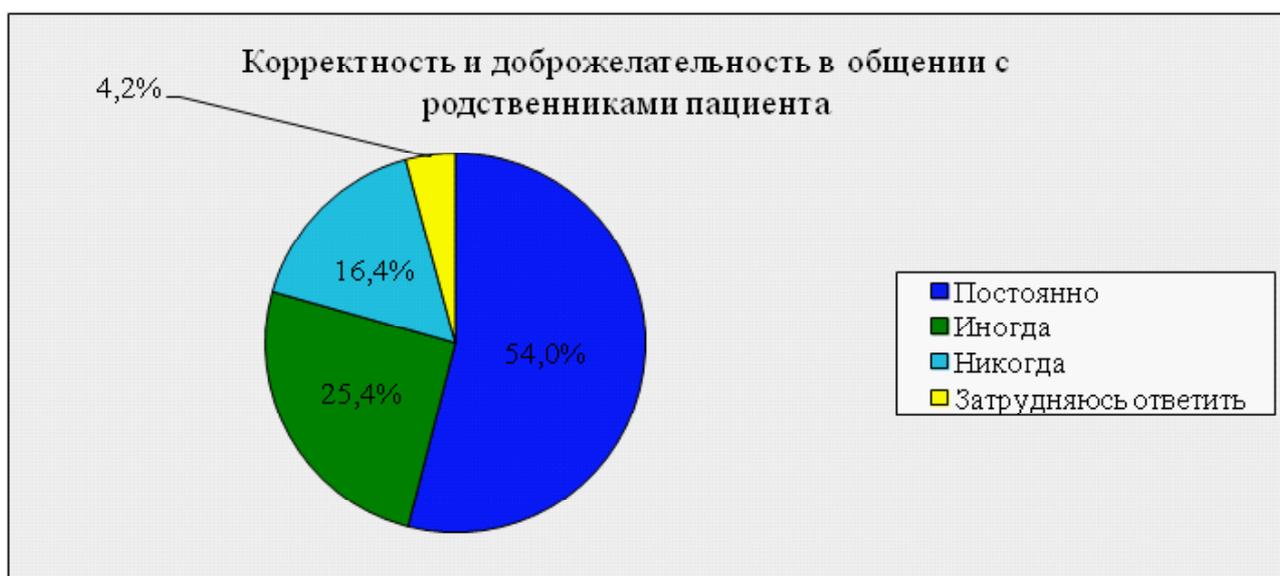


Рисунок 1.

Доля корректности и доброжелательности в общении с родственниками пациента



Рисунок 2.

Доля случаев с некорректным поведением и обращением со стороны медицинского персонала к пациенту

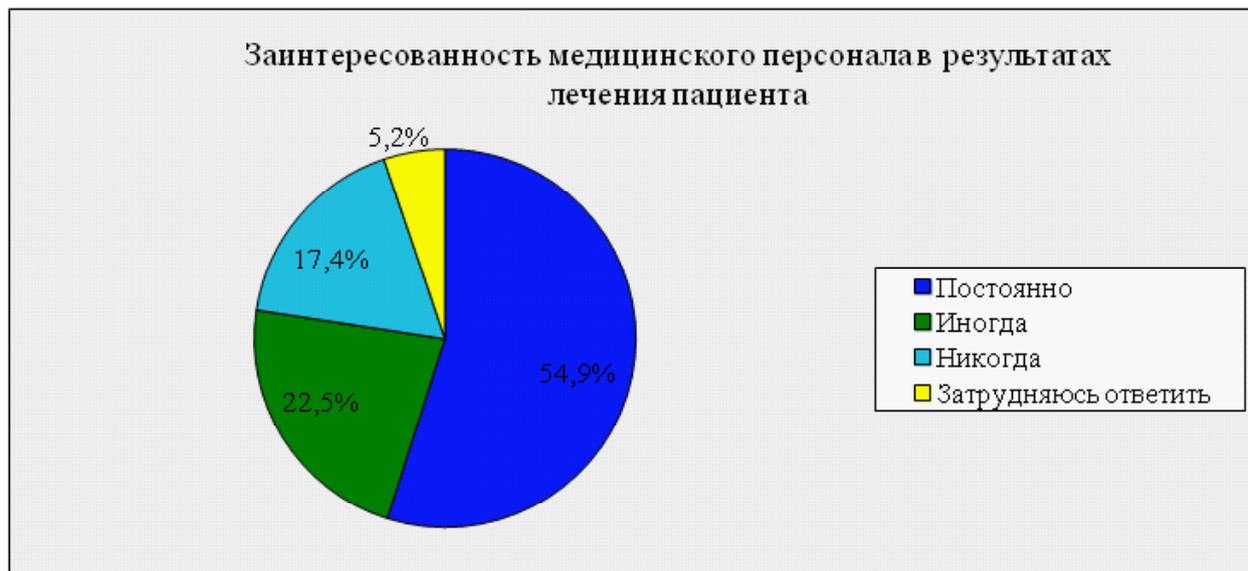


Рисунок 3.

*Доля заинтересованности медицинского персонала в результатах лечения пациента*



Рисунок 4.

*Уровень доверия к врачебному персоналу*

Доверие врачебному персоналу также напрямую связано с прозрачностью обследования и лечения пациента, открытостью врача, объемом информирования пациента, доходчивостью разъяснений, рекомендаций и назначений. Как видим из диаграммы, только 53.1% пациентов удовлетворены объемом информирования, доходчивостью разъяснений, рекомендаций и назначений, а 17.4% – отмечают абсолютную закрытость врачей в этом вопросе.

В рамках второго блока вопросов проводилась оценка условий пребывания

пациента в поликлинике

70-80% пациентов довольны предоставляемыми условиями пребывания в поликлинике, в частности: площадью, освещенностью помещений и т.п., удобством ожидания очереди (наличие стульев, кресел возле кабинетов), санитарными условиями в поликлинике (чистота, исправность сантехники).

32.9% респондентов считают, что медицинский персонал не соблюдает санитарно-гигиенические нормы.

70-80% пациентов удовлетворены условиями комфорта в поликлинике (удоб-

ство, эстетика, заполнение времени ожидания, наличие наглядной информации (брошюр, плакатов и др.), внешним видом поликлиники.

По данным агентства Казахстана по статистике, в стране насчитывается более 500 тысяч человек с ограниченными возможностями. 82 процента от 26 тысяч общественных объектов (школы, больницы, дома культуры, железнодорожные и автовокзалы, аэропорты и другие здания), которые проходили паспортизацию, не доступны для инвалидов. 43,3% из опрошенных респондентов отметили частичное или полное отсутствие приспособлений для людей с ограниченными возможностями, в частности – отсутствие пандусов в поликли-

никах (рисунок 5). Третий блок вопросов касается параметров, характеризующих организацию работы поликлиники.

Пациенты недовольны длинными очередями в регистратуру, невозможностью дозвониться в регистратуру и к профильным врачам. 49,2% пациентов отмечают постоянные очереди к участковому терапевту, 47,7% – на прием к узким специалистам (хирург, окулист, отоларинголог, невролог, кардиолог и др.), 47,2% – на обследования (ЭКГ, УЗИ, лабораторные анализы, эндоскопические исследования и др.), 43,2% – на получение физиолечения (электрофорез, магнитотерапия, грязелечение и т.д.).

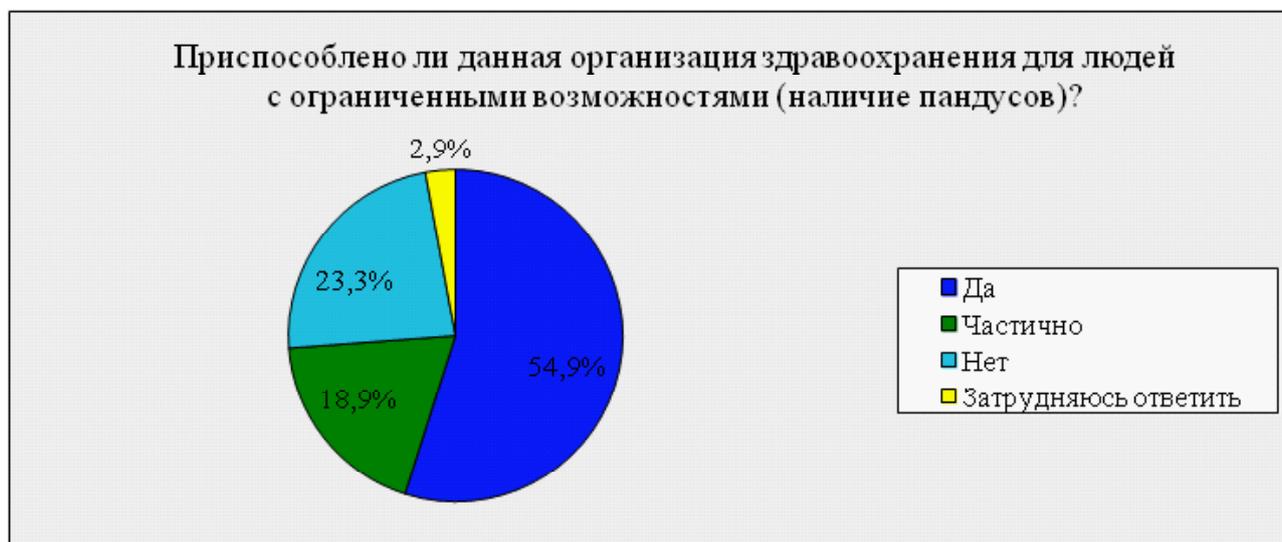


Рисунок 5.

Доля оценки приспособленных организаций здравоохранения для людей с ограниченными возможностями (наличие пандусов)

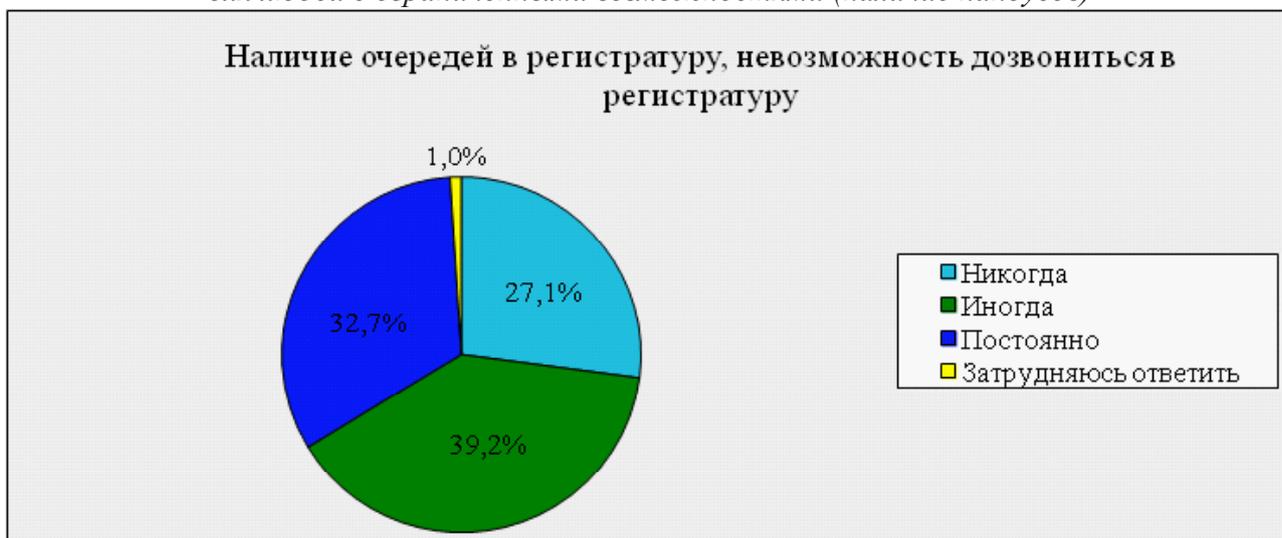


Рисунок 6.

Доля очередей и невозможности дозвониться в регистратуру

Вследствие проблем с очередями пациенты откладывают посещение врача до критических времен, занимаются самолечением. На сегодня миграционные процессы и урбанизация приводят к увеличению численности обслуживаемого городского населения. Мощности имеющихся поликлиник не позволяют обслуживать адекватно растущее население. Для решения данной проблемы необходимо вводить в строй новые типовые поликлиники, соответствующие современным требованиям. Есть проблема с кадрами в поликлиническом секторе здравоохранения. Молодые специалисты не хотят работать в «первичном звене» и всеми силами стараются устроиться в стационар или узкими специалистами в диагностические клиники. Необходимо обучение менеджеров. Правильно поставленный менеджмент в поликлинике положительно влияет на распределение потоков пациентов. Необходимо применять меры по обучению врачей участковой службы, чтобы не было необоснованных направлений к узким специалистам, по таким востребованным направлениям как неврология, кардиология, ревматология, нефрология, пульмонология. Соответствующие финансовые средства на обучение должны быть предусмотрены в бюджете.

Пациенты в целом удовлетворены режимом работы поликлиник в будние дни, но отмечают неудобства в выходные и праздничные дни. Внедрение медицинских телефонных консультаций позволяет обеспечить доступность первичной врачебной и сестринской помощи во внерабочее время. Дежурства в праздничные и выходные дни также могли бы помочь в решении данной проблемы. В Великобритании существует система 24-часовых телефонных консультаций по сестринской помощи. После двух лет опыта работы в Великобритании и Канаде, США тоже ввели у себя эту услугу.

Выявлена высокая удовлетворенность (более 70%) пациентов доступностью медицинской помощи пациентам на дому, возможностью проведения медицинских манипуляций на дому (внутримышечные инъекции, перевязки и др.), оказания неотлож-

ной помощи в условиях поликлиники.

Более 50% респондентов отмечают проблемы с амбулаторными картами в поликлинике. Амбулаторные карты теряются, что создает нервозность, провоцирует очереди, жалобы и усиливает негативное отношение пациентов к медицинскому персоналу поликлиники.

21,1% пациентов считают, что санитарно-просветительская работа в поликлинике (санбюллетени, лекции о вредных привычках, о здоровом образе жизни) ведется в недостаточном объеме.

По оценке параметров четвертого блока можно отметить следующее.

38,1% респондентов при опросе отметили присутствие нелегальных доплат и стимулирования персонала пациентами. Низкая оплата труда медицинского персонала, перегруженность, недостаток врачей первичной медико-санитарной помощи, перманентное реформирование системы здравоохранения, приводящее к стрессовому состоянию, профессиональному выгоранию медицинских работников – все эти факторы непосредственно указывают на необходимость пересмотра материального и морального стимулирования медицинского персонала, активного внедрения дифференцированной оплаты труда. Стимулирующий компонент душевного норматива способствовал притоку персонала на ПМСП, но проблема с кадрами, как было указано выше, еще актуальна в ПМСП.

Результат лечения в поликлинике как улучшение отметили только 53,3% респондентов, без изменений – 28,7%, ухудшение – 8,2%, затруднились ответить на данный вопрос – 9,7%. Как видно из последующих диаграмм, всего лишь 42,2% пациентов чувствовали себя ценными клиентами в поликлинике, 28,1% пациентов, участвующих в анонимном опросе считают, что в случае наличия выбора не продолжили бы лечение в данной медицинской организации.

Из числа всех опрошенных пациентов 36,5% оставили отзыв в виде жалоб, обращений и предложений по повышению качества и доступности медицинской помощи.



Рисунок 7.

Доля оценки результатов лечения в данной организации

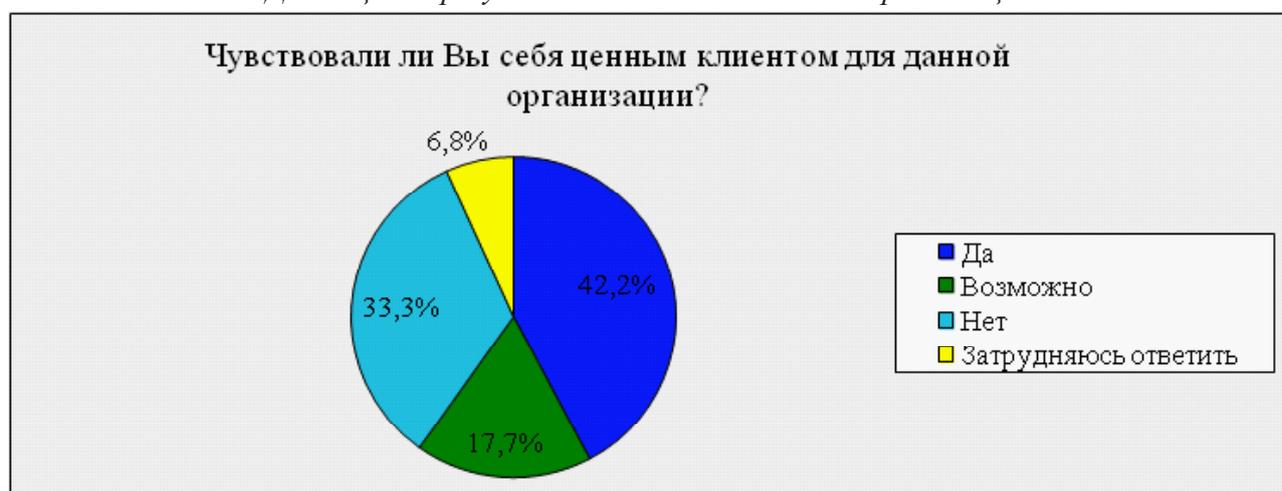


Рисунок 8.

Доля оценки пациентов о важности клиентов для данной поликлиники

Из них – 10,5% не удовлетворяет организация работы данной поликлиники, 27,1% – отношение медицинских работников данной поликлиники к пациентам.

Таким образом, проведенный опрос показал существенные проблемы в удовлетворенности пациентов уровнем доступности медицинских услуг ПМСП – как элемента системы управления качеством медицинской помощи.

Степень удовлетворенности пациентов должна стать одним из объективных, измеряемых показателей качества и доступности медицинской помощи. Необходимо определить стандартный набор ключевых показателей

степени удовлетворенности пациентов и организовать регулярный сбор единообразных данных по ним для дальнейшего использования в повседневной работе менеджеров здравоохранения, пациентов и других потребителей, выбирающих медицинские организации.

Медицинский персонал всегда должен помнить, насколько важна человеческая забота о пациенте, как неотъемлемая составная часть хорошего лечения. Лечение заболевания не приведет к успеху, если первым делом не найти подход к пациенту. Умение по-доброму обойтись с пациентом – объективно важный медицинский навык.

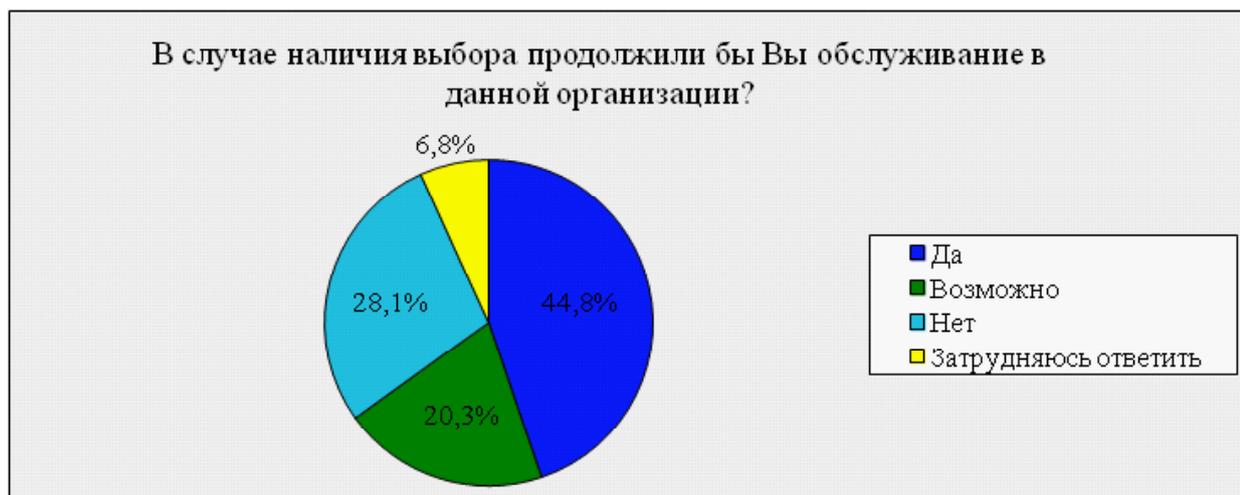


Рисунок 9.

*Доля оценки пациентов о продолжении обслуживания в данной поликлинике при наличии ее выбора*

Блок I		ОТНОШЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ДАННОЙ ПОЛИКЛИНИКИ			
1)	Корректность и доброжелательность в общении с родственниками пациента	<i>Постоянно</i>	<i>Иногда</i>	<i>Никогда</i>	<i>Затрудняюсь ответить</i>
		<b>54,0%</b>	<b>25,4%</b>	<b>16,4%</b>	<b>4,2%</b>
2)	Некорректные поведения и обращения со стороны медицинского персонала к пациенту	<i>Постоянно</i>	<i>Иногда</i>	<i>Никогда</i>	<i>Затрудняюсь ответить</i>
		<b>27,7%</b>	<b>26,3%</b>	<b>42,3%</b>	<b>3,8%</b>
3)	Заинтересованность медицинского персонала в результатах лечения пациента	<i>Постоянно</i>	<i>Иногда</i>	<i>Никогда</i>	<i>Затрудняюсь ответить</i>
		<b>54,9%</b>	<b>22,5%</b>	<b>17,4%</b>	<b>5,2%</b>
4)	Уровень доверия к врачебному персоналу	<i>Постоянно</i>	<i>Иногда</i>	<i>Никогда</i>	<i>Затрудняюсь ответить</i>
		<b>52,1%</b>	<b>25,4%</b>	<b>15,5%</b>	<b>7,0%</b>
5)	Культура обслуживания, вежливость	<i>Постоянно</i>	<i>Иногда</i>	<i>Никогда</i>	<i>Затрудняюсь ответить</i>
		<b>50,7%</b>	<b>29,1%</b>	<b>16,4%</b>	<b>3,8%</b>
6)	Объем информирования и доходчивость разъяснений, рекомендаций и назначений	<i>Постоянно</i>	<i>Иногда</i>	<i>Никогда</i>	<i>Затрудняюсь ответить</i>
		<b>53,1%</b>	<b>23,9%</b>	<b>17,4%</b>	<b>5,6%</b>
Блок II		УСЛОВИЯ ПРЕБЫВАНИЯ ПАЦИЕНТА В ДАННОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ			

7)	Площадь, освещенность помещений и т.п.	<i>Полностью соответствует</i>	<i>В целом соответствует</i>	<i>Не соответствует</i>	<i>Затрудняюсь ответить</i>
		<b>47,6%</b>	<b>25,7%</b>	<b>17,0%</b>	<b>9,7%</b>
8)	Удобство ожидания очереди (наличие стульев, кресел возле кабинетов)	<i>Полностью соответствует</i>	<i>В целом соответствует</i>	<i>Не соответствует</i>	<i>Затрудняюсь ответить</i>
		<b>41,7%</b>	<b>29,6%</b>	<b>22,8%</b>	<b>5,8%</b>
9)	Характеристика санитарных условий в поликлинике (чистота, исправность сантехники)	<i>Полностью соответствует</i>	<i>В целом соответствует</i>	<i>Не соответствует</i>	<i>Затрудняюсь ответить</i>
		<b>43,7%</b>	<b>29,6%</b>	<b>17,0%</b>	<b>9,7%</b>
10)	Всегда ли соблюдаются медицинским персоналом санитарно-гигиенические нормы (проведение манипуляций в стерильных перчатках, одноразовым инструментарием, мытьё рук до и после проведения процедуры и т.п.)?	<i>Всегда</i>	<i>Не всегда</i>	<i>Никогда</i>	<i>Затрудняюсь ответить</i>
		<b>57,3%</b>	<b>28,6%</b>	<b>5,3%</b>	<b>8,7%</b>
11)	Комфортность пребывания пациентов в поликлинике (удобство, эстетика, заполнение времени ожидания, наличие наглядной информации (брошюр, плакатов) и др.)	<i>Полностью соответствует</i>	<i>В целом соответствует</i>	<i>Не соответствует</i>	<i>Затрудняюсь ответить</i>
		<b>45,6%</b>	<b>28,2%</b>	<b>20,4%</b>	<b>5,8%</b>
12)	Внешний вид поликлиники	<i>Полностью соответствует</i>	<i>В целом соответствует</i>	<i>Не соответствует</i>	<i>Затрудняюсь ответить</i>
		<b>46,6%</b>	<b>32,5%</b>	<b>13,1%</b>	<b>7,8%</b>
13)	Приспособлена ли данная организация здравоохранения для людей с ограниченными возможностями (наличие пандусов)?	<i>Да</i>	<i>Частично</i>	<i>Нет</i>	<i>Затрудняюсь ответить</i>
		<b>54,9%</b>	<b>18,9%</b>	<b>23,3%</b>	<b>2,9%</b>
14)	Транспортная доступность (расстояние до остановок общественного транспорта)	<i>Рядом с остановками</i>	<i>Далеко от остановок</i>	<i>Отсутствуют остановки</i>	<i>Затрудняюсь ответить</i>
		<b>49,0%</b>	<b>26,7%</b>	<b>10,2%</b>	<b>14,1%</b>

Блок III	ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ДАННОЙ ПОЛИКЛИНИКИ				
15)	Наличие очередей в регистратуру, невозможность дозвониться в регистратуру	<i>Никогда</i>	<i>Иногда</i>	<i>Постоянно</i>	<i>Затрудняюсь ответить</i>
		<b>27,1%</b>	<b>39,2%</b>	<b>32,7%</b>	<b>1,0%</b>
16)	Наличие очередей на приём к участковому терапевту	<i>Никогда</i>	<i>Иногда</i>	<i>Постоянно</i>	<i>Затрудняюсь ответить</i>
		<b>21,1%</b>	<b>27,6%</b>	<b>49,2%</b>	<b>2,0%</b>
17)	Наличие очередей на приём к узким специалистам (хирург, окулист, отоларинголог, невролог и др.)	<i>Никогда</i>	<i>Иногда</i>	<i>Постоянно</i>	<i>Затрудняюсь ответить</i>
		<b>24,6%</b>	<b>25,6%</b>	<b>47,7%</b>	<b>2,0%</b>
18)	Наличие очередей на обследования (ЭКГ, УЗИ, лабораторные анализы, эндоскопические исследования и др.)	<i>Никогда</i>	<i>Иногда</i>	<i>Постоянно</i>	<i>Затрудняюсь ответить</i>
		<b>28,6%</b>	<b>22,6%</b>	<b>47,2%</b>	<b>1,5%</b>
19)	Наличие очередей на получение физиолечения (электрофорез, магнитотерапия, грязелечение и т.д.)	<i>Никогда</i>	<i>Иногда</i>	<i>Постоянно</i>	<i>Затрудняюсь ответить</i>
		<b>34,2%</b>	<b>17,6%</b>	<b>43,2%</b>	<b>5,0%</b>
20)	Удобство режима работы поликлиники в будние дни	<i>Удобный режим</i>	<i>В целом удобный режим</i>	<i>Неудобный режим</i>	<i>Затрудняюсь ответить</i>
		<b>49,2%</b>	<b>32,7%</b>	<b>8,5%</b>	<b>9,5%</b>
21)	Удобство режима работы поликлиники в выходные и праздничные дни	<i>Удобный режим</i>	<i>В целом удобный режим</i>	<i>Неудобный режим</i>	<i>Затрудняюсь ответить</i>
		<b>50,3%</b>	<b>23,1%</b>	<b>21,1%</b>	<b>5,5%</b>
22)	Возможность оказания неотложной помощи в условиях поликлиники	<i>Есть</i>	<i>Частично есть</i>	<i>Нет</i>	<i>Затрудняюсь ответить</i>
		<b>50,8%</b>	<b>35,7%</b>	<b>7,0%</b>	<b>6,5%</b>
23)	Оказание медицинской помощи пациентам на дому	<i>Есть</i>	<i>Частично есть</i>	<i>Нет</i>	<i>Затрудняюсь ответить</i>
		<b>52,8%</b>	<b>31,7%</b>	<b>11,1%</b>	<b>4,5%</b>
24)	Возможность проведения медицинских манипуляций на дому (внутримышечные инъекции, перевязки и др.)	<i>Есть</i>	<i>Частично есть</i>	<i>Нет</i>	<i>Затрудняюсь ответить</i>
		<b>48,7%</b>	<b>30,7%</b>	<b>13,6%</b>	<b>7,0%</b>

25)	Сохранность амбулаторных карт в поликлинике	<i>Сохранны</i>	<i>Иногда теряются</i>	<i>Постоянно теряются</i>	<i>Затрудняюсь ответить</i>
		<b>45,2%</b>	<b>33,2%</b>	<b>18,6%</b>	<b>3,0%</b>
26)	Возможность обращения к руководству поликлиники при возникновении спорных ситуаций	<i>Есть</i>	<i>Проблемно</i>	<i>Нет</i>	<i>Затрудняюсь ответить</i>
		<b>53,3%</b>	<b>30,7%</b>	<b>10,6%</b>	<b>5,5%</b>
27)	Оцените эффективность проведения санитарно-просветительской работы в лечебном поликлинике (санбюллетени, лекции о вредных привычках, о здоровом образе жизни)	<i>Ведется в достаточном объеме</i>	<i>Ведется в недостаточном объеме</i>	<i>Не ведется</i>	<i>Затрудняюсь ответить</i>
		<b>52,8%</b>	<b>21,1%</b>	<b>17,6%</b>	<b>8,5%</b>
<b>Блок IV</b>	<b>ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ</b>				
28)	Возникают ли трудности при получении талона на приём к врачу?	<i>Не возникают</i>	<i>Иногда возникают</i>	<i>Постоянно возникают</i>	<i>Затрудняюсь ответить</i>
		<b>43,1%</b>	<b>31,0%</b>	<b>22,8%</b>	<b>3,0%</b>
29)	Возможность выбора лечащего врача по желанию пациента	<i>Есть</i>	<i>Проблемно</i>	<i>Нет</i>	<i>Затрудняюсь ответить</i>
		<b>49,2%</b>	<b>29,9%</b>	<b>16,2%</b>	<b>4,6%</b>
30)	Доступность консультации врачей-специалистов (кардиолог, офтальмолог, онколог, отоларинголог и др.)	<i>Доступно</i>	<i>Проблемно</i>	<i>Недоступно</i>	<i>Затрудняюсь ответить</i>
		<b>51,3%</b>	<b>38,6%</b>	<b>6,6%</b>	<b>3,6%</b>
31)	Доступность получения физиотерапевтического и других видов лечения (массаж, ЛФК)	<i>Доступно</i>	<i>Проблемно</i>	<i>Недоступно</i>	<i>Затрудняюсь ответить</i>
		<b>52,3%</b>	<b>38,1%</b>	<b>6,1%</b>	<b>3,6%</b>
32)	Доступность и своевременность получения рентгенологического, ультразвукового обследований	<i>Доступно</i>	<i>Проблемно</i>	<i>Недоступно</i>	<i>Затрудняюсь ответить</i>
		<b>53,8%</b>	<b>38,1%</b>	<b>4,6%</b>	<b>3,6%</b>

33)	Доступность таких методов обследования как компьютерная томография, магнитно-резонансная томография	<i>Доступно</i>	<i>Проблемно</i>	<i>Недоступно</i>	<i>Затрудняюсь ответить</i>
		<b>41,6%</b>	<b>39,1%</b>	<b>13,2%</b>	<b>6,1%</b>
34)	Сталкиваетесь ли Вы с трудностями при направлении Вас на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе в другие регионы РК?	<i>Не сталкиваюсь</i>	<i>Возникают проблемы</i>	<i>Невозможно получить</i>	<i>Затрудняюсь ответить</i>
		<b>52,3%</b>	<b>32,0%</b>	<b>6,1%</b>	<b>9,6%</b>
35)	Доступность в получении больничного листа	<i>Доступно</i>	<i>Проблемно</i>	<i>Недоступно</i>	<i>Затрудняюсь ответить</i>
		<b>57,4%</b>	<b>32,5%</b>	<b>2,5%</b>	<b>7,6%</b>
36)	Сталкиваетесь ли Вы с трудностями при направлении на медико-социальную экспертизу по получению инвалидности?	<i>Не сталкиваюсь</i>	<i>Возникают проблемы</i>	<i>Невозможно получить</i>	<i>Затрудняюсь ответить</i>
		<b>54,8%</b>	<b>33,5%</b>	<b>3,6%</b>	<b>8,1%</b>
37)	Сталкиваетесь ли Вы с навязыванием платных услуг?	<i>Не сталкиваюсь</i>	<i>Возникают проблемы</i>	<i>Невозможно получить</i>	<i>Затрудняюсь ответить</i>
		<b>54,3%</b>	<b>24,9%</b>	<b>18,8%</b>	<b>2,0%</b>
38)	Присутствие нелегальных доплат и стимулирования персонала	<i>Нет</i>	<i>Иногда</i>	<i>Есть</i>	<i>Затрудняюсь ответить</i>
		<b>53,8%</b>	<b>19,8%</b>	<b>18,3%</b>	<b>8,1%</b>
<b>Блок V</b>	<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ (РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ) ПОЛУЧЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ</b>				
39)	Оцените результат Вашего лечения в данной организации	<i>Улучшение</i>	<i>Без изменений</i>	<i>Ухудшение</i>	<i>Затрудняюсь ответить</i>
		<b>53,3%</b>	<b>28,7%</b>	<b>8,2%</b>	<b>9,7%</b>
<b>Блок VI</b>	<b>ОТНОШЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ К РАБОТЕ ПОЛИКЛИНИКИ</b>				
40)	Чувствовали ли Вы себя ценным клиентом для данной организации?	<i>Да</i>	<i>Возможно</i>	<i>Нет</i>	<i>Затрудняюсь ответить</i>
		<b>42,2%</b>	<b>17,7%</b>	<b>33,3%</b>	<b>6,8%</b>
41)	В случае наличия выбора продолжили бы Вы обслуживание в данной организации?	<i>Да</i>	<i>Возможно</i>	<i>Нет</i>	<i>Затрудняюсь ответить</i>
		<b>44,8%</b>	<b>20,3%</b>	<b>28,1%</b>	<b>6,8%</b>

**Источники:**

1. Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 гг.
2. Шарабчиев Ю.Т., Дудина Т. В. Доступность и качество медицинской помощи: слагаемые успеха // Журнал «Медицинские новости», М. – 2009. – №12. – С 45-48.
3. Первая помощь. Словарь медицинских терминов. Проверено 27 июня 2009. Архивировано из первоисточника 28 августа 2011.
4. Первичная медико-санитарная помощь / Международная конференция по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата, СССР, 6-12 сентября 1978 г. – Женева, Нью-Йорк, 1978. – 68 с.
5. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник для студентов медвузов под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова. М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 528 с.
6. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник. – М.: ГОЭТАР-Медиа, 2007. – 512 с.
7. Методические рекомендации кафедры. Основные вопросы организации лечебно-профилактической помощи городскому населению.
8. Степанов В.В. Организация работы ЛПУ / В.В. Степанов. – М.: МУФЭР, 2006. – 463 с.
9. Руководство по ПМСП с приложением на диске / главн.ред. Баранов А.А. и др. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 154 с.
10. Бойко А.Т. Качество и стандарты медицинской помощи (понятие и принципиальные основы) //maps.spb.ru/ordinator/addelmen
11. <http://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=4477>
12. Гришин В.В., Киселев А.А., Кардашев В.Л., и др. Контроль качества оказания медицинской помощи в условиях медицинского страхования в ведущих странах мира. – М., 2005. – С. 62.
13. Дьяченко В.Г., Капитоненко Н.А., Пудовкина Н.А., Потылицына Л.К. Система контроля качества медицинской помощи. // Ж. Медицинское страхование. 2006. – № 1-2 (13-14). – С. 47-51.
14. [https://ru.surveymonkey.com/s/udovletvorennost\\_pacientov](https://ru.surveymonkey.com/s/udovletvorennost_pacientov)

## Совершенствование технологии оценки компетенций руководителей медицинских организаций

Рахимова Л.Ж., Есполова Г.Д., Тюлюбаева С.А.

*Центр менеджмента здравоохранения РЦРЗ МЗСР РК*

### Резюме

В данной статье описаны результаты социологического исследования для оценки компетенций и других деловых качеств топ-менеджеров от ближайшего окружения сотрудника с целью понимания сильных и слабых сторон, потенциала роста и развития, что показало о необходимости создания ассессмент центра.

### Түйіндеме

Берілген мақалада топ-менеджерлердің күзіреттері мен басқа да іскер қасиеттерін бағалауға арналған, күшті және әлсіз тұстарын, өсу және даму әлеуетін түсіну мақсатымен қызметкердің айналасындағы жақын ортадан алынған әлеуметтік зерттеудің нәтижелері сипатталған, ол ассессмент орталықты құру қажеттігін көрсетті.

### Abstract

This article describes the results of sociological research to assess the competencies and other business skills of top managers from the employee's nearest environment in order to understand the strengths, weaknesses, potential for growth and development, which showed the need for creation of assessment center.

**В** обеспечении эффективности функционирования организации ключевая роль принадлежит человеческому фактору. Эффективное управление персоналом заключается в максимальном использовании кадрового потенциала организации с оптимальными затратами для достижения целей организации [1].

Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан с целью реализации Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты-Казахстан» на 2011-2015 годы утвердило меморандум с медицинскими организациями, согласно которому эффективность деятельности руководителей медицинских организаций оценивается по достижению целевых индикаторов, где компетенции руководителя являются

главным в достижении результатов [2].

Однако, положительный результат проведение оценки дает только в том случае, если грамотно определены ее цели (цели оценочной процедуры между собой не конфликтуют) и адекватно подобран инструмент оценки. Каждая группа методов оценки нацелена на решение определенных задач организации, имеет свои преимущества, но и свои ограничения [3].

Поэтому в практической работе методы в чистом виде не применяются, а используется их сочетание. За счет грамотной комбинации оценочных инструментов усиливают положительные эффекты и компенсируют ограничения. На практике наилучшего результата достигают при совмещении результат - ориентированных методов оценки с методами оценки компетенций. Сочетание этих методов



Рисунок 1.  
Успешные компетенции топ-менеджера

позволяет измерить степень достижения руководителем поставленных перед ним целей и, одновременно, обеспечить его развитие. Эта комбинация ориентирует оценочную процедуру сразу в три измерения: в прошлое (в данном случае прошлая деятельность руководителя рассматривается как источник информации о достигнутых результатах), настоящее (определяется уровень развития умений и навыков руководителя) и в будущее (определяются перспективные цели деятельности и развития руководителя) [4, 5].

Основной задачей социологического исследования является получение структурированной связи по оценке менеджерских компетенций и других деловых качеств от ближайшего окружения сотрудника [5-7].

Компетенции – это комплекс знаний, навыков, установок и личностных качеств, необходимых для успешного выполнения работы конкретной должности конкретной организации.

Оценка компетенций применяется для реализации следующих задач организации:

- определение потребности в развитии и обучении руководителей (развитие компетенций требует достаточно длительного периода развития – 12 месяцев и выше);
- мотивация руководителей;
- определение соответствия руководителя должности (занимаемой или вакантной, если планируется продвижение) [5-7].

Основные компетенции руководителей, приводящие к успеху указаны на рисунке 1.

Проведен социологический опрос медицинских работников организаций, оказывающих ПМСП и не занимающих руководящую должность топ-менеджера (главного врача, руководителя медицинской организации, его заместителя) [10].

Целью анонимного опроса являлась оценка компетенций топ-менеджеров для лучшего понимания сильных и слабых сторон, потенциала роста и развития. Анкетирование состояло из 25 утверждений по бальной шкале (таблица 1).

Для определения тенденций в развитии успешной деятельности руководителей признаки были сгруппированы по

компетенциям – управленческие, коммуникативные, личностные, профессиональные.

По данным анкетирования сотрудники считают, что управленческие компетенции руководителей 31,16% – проявляются в половине случаев, 26,81% – проявляются всегда, 24,24% – не имеют информации, 17,26% – проявляются в большинстве случаев, 0,53% – не имеют информации (рисунок 2).

Коммуникативные компетенции на 38,65% – проявляются всегда, 23,33% – проявляются в большинстве случаев, 22,49% – проявляются в половине случаев, 13,99% – не проявляется почти никогда, 1,53% – не имеют информации (рисунок 3).

Метакомпетенции руководителей в 39% случаев проявляются всегда, что означает наличие учета к персональному подходу каждого сотрудника (рисунок 4).

По данным оценки профессионального уровня 39% сотрудников считают, что руководитель обладает недостаточными профессиональными знаниями и навыками, 29,5% – профессиональная компетенция проявляется всегда, 16% – проявляется в большинстве случаев и также еще 16% сотрудников находят, что компетенция не проявляется практически никогда.

Данное анонимное исследование показало, что профессиональные и управленческие компетенции нуждаются в расширенном изучении и рекомендациях по их устранению.

Таким образом, для углубленной оценки компетенций топ-менеджеров необходимо создание ассессмент центра. В сравнении с другими методами оценки ассессмент центр позволит наиболее точно спрогнозировать успешность топ-менеджеров и его будущей деятельности, опираясь на наблюдения, полученные в ходе оценки.

В результате, мы получаем данные по параметрам: эффективность деятельности топ-менеджеров, особенности его поведения, выполнение должностных обязанностей, уровень достижения целей, уровень компетентности, личностные особенности.

Оценка топ-менеджеров предоставит Министерству здравоохранения и соци-

ального развития Республики Казахстан сформировать команду, которая приведет именно ту информацию, которая поможет его к успеху в развитии медицинских организаций.

	<b>Наш руководитель (управленческие, профессиональные, коммуникативные, метакомпетенции)</b>	Не имею информации	Проявляется всегда	Проявляется в большинстве случаев	Проявляется в половине случаев	Не проявляется почти никогда
1	Несправедливый	6,11%	58,02%	10,69%	7,63%	17,56%
2	Активный	0,76%	32,82%	32,06%	22,90%	11,45%
3	Внимательный	0,80%	33,60%	20,80%	31,20%	13,60%
4	Вежливый	0,00%	31,78%	27,13%	27,91%	13,18%
5	Разбирается в сути работы	0,00%	29,92%	14,17%	44,09%	11,81%
6	Проявляет заботу о подчиненных	0,78%	29,69%	28,91%	25,78%	14,84%
7	Порядочный	0,00%	37,01%	25,98%	22,83%	14,17%
8	Пользуется симпатией окружающих	2,38%	25,98%	25,98%	33,07%	12,60%
9	Вызывает доверие	1,55%	27,13%	34,88%	22,48%	13,95%
10	Относится положительно к экспериментам в работе	0,00%	25,20%	33,33%	28,46%	13,01%
11	Поддерживает интерес к обучению	0,79%	33,07%	22,05%	28,35%	15,75%
12	Плохо информирует	7,20%	17,60%	15,20%	31,20%	28,80%
13	Выслушивает мнение подчиненных	0,00%	25,20%	13,39%	46,46%	14,96%
14	Придирчивый	3,13%	14,06%	24,22%	28,91%	29,69%
15	Устанавливает теплые отношения в коллективе	0,00%	31,97%	24,59%	22,95%	20,49%
16	Конфликтный	4,76%	17,46%	23,02%	24,60%	30,16%
17	Под его руководством приятно работать	0,81%	29,84%	20,97%	33,06%	15,32%
18	Всегда оказывает поддержку в работе	0,80%	28,00%	25,60%	28,80%	16,80%
19	Диктаторские отношения	3,88%	17,05%	17,83%	27,91%	33,33%
20	Профессионально относится к своей работе	0,81%	27,42%	11,29%	40,32%	20,16%
21	Умеет признавать хорошо сделанную работу и поощрять тех, кто заслужил	0,00%	26,19%	10,32%	48,41%	15,08%
22	Настаивает на том, чтобы качество работы сотрудников отвечало требованиям пациентов	0,00%	28,57%	7,94%	45,24%	18,25%
23	Его задания всегда четкие и ясные	0,00%	28,57%	8,73%	46,83%	15,87%
24	Отлично заранее предполагает стратегию развития ситуации	0,00%	24,03%	11,63%	20,16%	44,19%
25	Эмоциональный интеллект (контроль эмоций, способность осознавать, выражать чувства)	0,77%	23,08%	6,15%	30,77%	39,23%

Таблица 1.

Результат анкетирования оценки топ-менеджеров по компетенциям медицинских организаций, оказывающих ПМСП



Рисунок 2.

Доля оценки управленческих компетенции



Рисунок 3.

Доля оценки коммуникативных компетенции

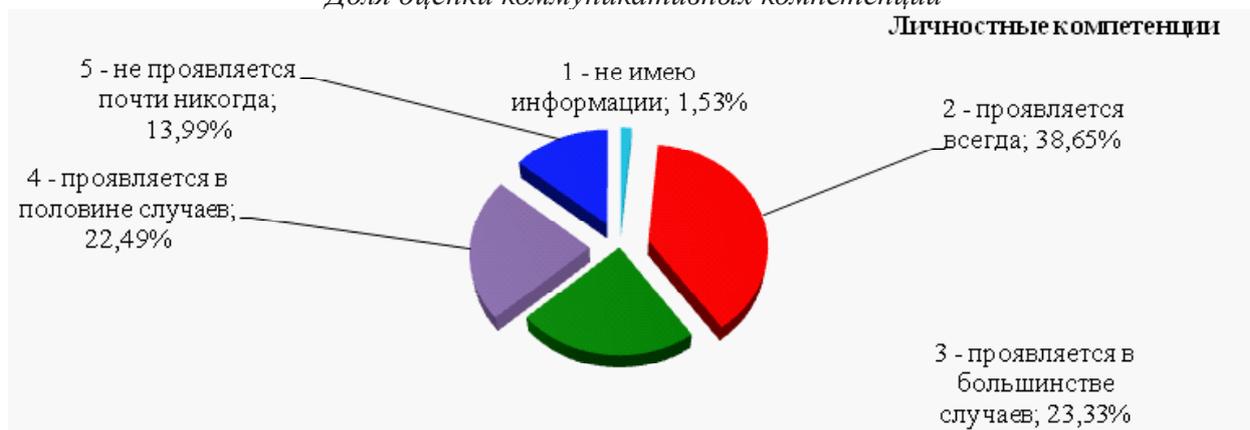


Рисунок 4.

Доля оценки метакомпетенции

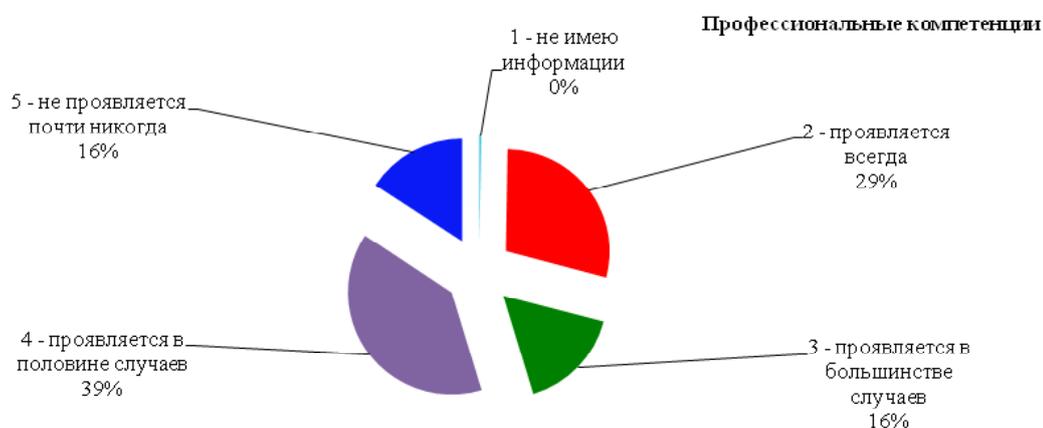


Рисунок 5.

Доля оценки профессиональные компетенции

**Источники:**

1. [http://logen.ru/product/ziup/analiz\\_effektivnosti\\_upravleniya\\_personalom.php](http://logen.ru/product/ziup/analiz_effektivnosti_upravleniya_personalom.php) ООО «Логен» (консалтинговая группа «Logic Engineering»).
2. Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг.
3. Аксенов Е.А. Технологические аспекты проведения аттестации // Управление персоналом. №2, 1999.
4. Аксенова Е.А. Стратегический ассессмент. М.:Аспект Пресс, 2008.
5. Базаров Т. Ю., Беков Х. А., Аксенова Е.А. Методы оценки управленческого персонала государственных и коммерческих структур. М., 2000.
6. Баллантайн И., Пова Н. Центры Оценки и Развития/ Перевод с англ. – М.: НИРРО, 2003.
7. Иванова С.В. Формирование профиля кандидата на основе стратегических и текущих целей организации // Журнал «Справочник по управлению персоналом», №10, 2002.
8. [https://ru.surveymonkey.com/s/otsenka\\_kompetensii\\_topmenedzherov](https://ru.surveymonkey.com/s/otsenka_kompetensii_topmenedzherov)

**Проблемы и перспективы развития непрерывного  
профессионального обучения  
медицинских специалистов, оказывающих первичную  
медико-санитарную помощь**  
Асылбекова Г.О., Абылкасимова Б.Р.,  
Министерство здравоохранения и социального развития РК  
Тюлюбаева С.А.  
РГП «Республиканский центр развития здравоохранения»

*Развитая страна в XXI веке – это активные,  
образованные и здоровые граждане*  
Н. Назарбаев

### Резюме

В работе рассмотрены актуальные проблемы непрерывного профессионального развития среди работников организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

По результатам проведенной работы предложены меры по совершенствованию непрерывного образования – разработка регламента процесса организации обучения в частных организациях образования, проведение информационно-разъяснительной работы по актуальным проблемам здравоохранения, проведение республиканскими организациями образования, имеющих государственный образовательный заказ обучение с выездом на базы организаций ПМСП.

### Түйіндеме

Жұмыста алғашқы медико-санитарлық көмек көрсететін, ұйымдардың қызметкерлерінің арасында үздіксіз кәсіби дамытудың актуалды мәселелері қарастырылған.

Істелінген жұмыстар нәтижесі бойынша үздіксіз білім беруді жетілдіру жөнінде жеке білім беру ұйымдарында оқытуды ұйымдастыру үдеріс тәртібін әзірлеу, денсаулық сақтауда актуальды мәселелері бойынша ақпаратты – түсіндіру жұмыстарын жүргізу, мемлекеттік білім беру оқуына тапсырыстары бар, республикалық білім беру ұйымдарымен өткізу.

## Abstract

The paper reviews actual problems of continuous professional development among employees of organizations that provide primary health care.

Based on the work done, the following measures of improving the continuing education were offered: development of process regulation for organization of education in private educational institutions, conducting info-explanatory work on actual problems of healthcare, training by the national educational organizations that hold the state educational order for training including visiting the base of medical organizations.

### Введение

Отрасль здравоохранения представляет собой совокупность мер экономического, правового, социального характера, требующая особого внимания, отношения и направлена на сохранение и укрепление физического и психического здоровья человека. Не менее важным аспектом здравоохранения является непрерывное профессиональное развитие, как успех к достижению доступного медицинского обслуживания населения.

Непрерывное профессиональное развитие – образовательный процесс, направленный на поддержание и развитие профессионального уровня квалификации кадров. Сегодня ценятся высокообразованные медицинские работники, имеющие качественное образование, которые способны наряду с большим объемом работы, также уделять время дополнительному образованию.

«Развитие первичной медико-санитарной помощи» – основной приоритет в Послании Президента Республики Казахстан Н. Назарбаева народу Казахстана. Первичная медико-санитарная помощь нуждается в качественном развитии для удовлетворения нужд пациентов страны.

Через непрерывное профессиональное развитие необходимо подготовить квалифицированных специалистов первичной медико-санитарной помощи с учетом потребностей отрасли здравоохранения и политики государства [1].

Данное направление развития образования активно выполняется медицинскими организациями, оказывающими стационарную и первичную медико-санитарную помощь. На обучение в стационарных организациях выделяется не менее 1% от годового республиканского бюджета, в амбулаторно-

поликлинических организациях не менее 5% по системе комплексного подушевого норматива [2].

Целью повышения квалификации является обновление и углубление теоретических знаний и совершенствование практических навыков по общим и отдельным разделам медицинской или фармацевтической специальности, ее смежным дисциплинам, в соответствии с квалификационными требованиями.

Координация, эффективное управление образовательными программами и целевое использование средств республиканских бюджетных программ – являются основными направлениями улучшения качества медицинского образования.

### Анализ и обсуждение

По итогам мониторинга повышения квалификации за 6 месяцев 2014 года среди медицинских работников было обучено 9 364 медицинских работника, из них врачей 3 586, средних медицинских работников 5 778.

Выяснилось, что обучение в амбулаторно-поликлинических организациях прошли 4 559 медицинских работников, среди них врачей – 1 875, средних медицинских работников – 2 684.

Обучение проводилось государственными организациями образования, имеющими государственный образовательный заказ по повышению квалификации и переподготовке медицинских и фармацевтических кадров в области здравоохранения на 2014 год [3] и организациями, осуществляющими образовательную деятельность.

В государственных медицинских организациях образования обучено 4 230 медицинских работников. Из 84 организаций, осуществляющих образовательную деятельность, только 21 организация обучала с вы-



ездом на базы медицинских организаций в 26 поликлиниках (из 158 государственных на уровне города). Таким образом, охват обучением амбулаторно-поликлинических организаций остается также на низком уровне, необходима работа над формированием контингента слушателей со всех регионов страны с включением элементов обязательной явки и соответствующего отношения к дополнительному образованию.

35 частных организаций провели обучение в 15 (36% от всех охваченных) амбулаторно-поликлинических организациях.

При этом в 33% случаях представленные темы лекций не соответствовали задачам повышения квалификации.

Медицинские работники преимущественно проходят обучение с отрывом от

производства. Данное преимущественное обучение с отрывом от производства связано с причинами нахождения обучающей организации на дальнем расстоянии, сложностью совмещения работы и обучения, а также отсутствием лекторов (таблица 2).

В организациях, оказывающих ПМСП с отрывом от производства, Южно-Казахстанская область провела обучение среди 841 медицинского работника, Павлодарская – 391, Жамбылская – 453 (таблица 2).

Обучение медицинских работников, для которых необходимость в обучении является обязательным компонентом, проведение его с отрывом от производства является наиболее затратным, при этом имеет наибольший спрос. Чтобы обучение стало менее затратным, но при этом оставалось эффективным, можно организовывать обучение с приглашением лекторов, при этом, необходимо проведение дополнительной работы по потребности в данном обучении на уровне каждого региона.

## Заключение

Повышение и поддержание профессионализма медицинских работников – одно из ключевых инструментов экономического и социального развития. В настоящее время повышение квалификации и переподготовку врачи и средние медицинские работники могут пройти как в государственных, так и

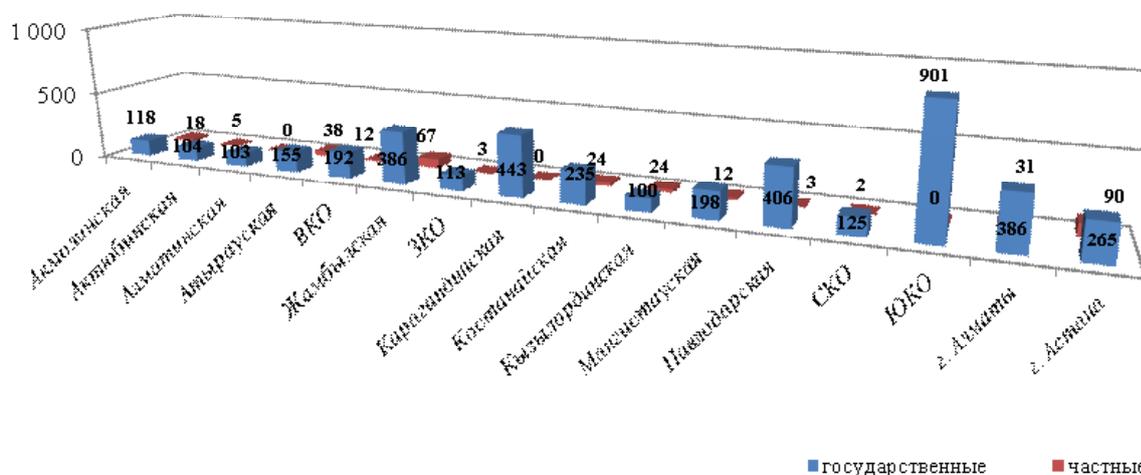


Таблица 1.  
Число обученных медицинских работников ПМСП в государственных и частных организациях образования

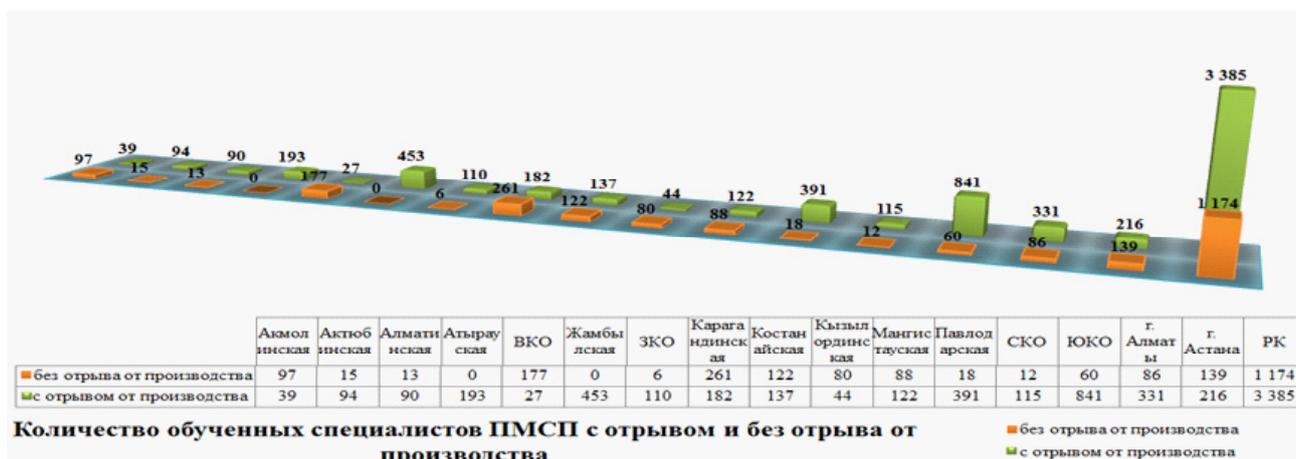


Таблица 2.

*Количество обученных специалистов ПМСП с отрывом и без отрыва от производства*

в частных медицинских организациях образования. Государством законодательно не регламентирован процесс организации непрерывного медицинского развития в прохождении аккредитации государственных и частных медицинских организаций, имеющих право на проведение обучения. Необходимо создание рабочей группы для осуществления постоянного мониторинга по прохождению повышения квалификации и переподготовки работников отрасли, проведение анализа по лекциям обучения, так как приоритеты тенденции развития здравоохранения должны быть напрямую связаны с обучением и актуальными проблемами.

Таким образом, для сохранения, укрепления, развития и углубления знаний в области медицинской науки, работникам медицинской специальности необходимо поддерживать свой потенциал с помощью доступных путей совершенствования собственного образования.

На примере проведенного анализа обучения работников первичной медико-санитарной помощи мы увидели нецелевое обучение и необоснованные затраты, так как на многие циклы повышения квалификации специалисты амбулаторно-поликлинических организаций были направлены не в соответствии с профессиональным уровнем.

При соответствующем планировании контингента слушателей, утверждении актуальных программ обучения, тенденций развития отрасли кадровая политика здравоохранения принесет ключевой успех в

стратегию развития государства [4]. На сегодняшний день по представленным региональным потребностям в обучении актуальны такие темы, как реабилитация в условиях амбулаторно-поликлинических организаций, протокола диагностики и лечения, работа с инвалидами, профилактическая стоматологическая помощь, рейтинговая оценка медицинских организаций в выполнении индикаторов государственной программы «Саламатты-Казахстан», бизнес-планирование и разработка стратегических планов предприятий, возможности и перспективы внедрения аутсорсинга, методика распределения СКПН на основе оценки достижения значений индикаторов конечного результата деятельности организаций ПМСП.

Также, основными направлениями в амбулаторно-поликлиническом звене на перспективу и проблемы развития отрасли необходимо проводить обучение по введению обязательного медицинского страхования, внедрение программ управления заболеваниями на республиканском уровне, свободный выбор гражданами РК и оралманами организации, оказывающей ПМСП.

Для развития кадровой политики также необходим управленческий ресурс – это руководители медицинских организаций, которые определяют курс обучения на местах своих специалистов и компетентно направляют их на обучение.

В ходе организации обучения по повышению квалификации необходимо

учитывать порядок, процесс и контроль организации обучения. Потребность в дополнительном образовании вызвана развитием медицинской науки, появлением новых медицинских специальностей, неудовлетворительными показателями здоровья населения.

В нынешних условиях темпа роста и развития медицинской инфраструктуры спе-

циалисты должны постоянно обращаться к непрерывному профессиональному развитию не только по специальным программам, но и по собственному желанию и самостоятельному дополнительному обучению для раскрытия собственного потенциала и представлению новых решений в существующих проблемах первичной медико-санитарной помощи.

#### **Источники:**

1. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении Правил повышения квалификации и переподготовки медицинских и фармацевтических кадров» № 691 от 11 ноября 2009 года;
  2. Концепция развития медицинского и фармацевтического образования Республики Казахстан на 2011-2015 гг. от 12 августа 2011 года;
  3. Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства;
  4. Послание Президента Республики Казахстан Н. Назарбаева народу Казахстана от 18 января 2014 года;
  5. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан «О некоторых вопросах повышения квалификации медицинских работников организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь» № 119;
  6. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «О внесении изменений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 689 «О некоторых вопросах отраслевой системы поощрения и об утверждении Правил оплаты труда медицинских работников в зависимости от объема, качества оказываемой медицинской помощи и отраслевой системы поощрения»
  7. [http://www.moscom-psy.com/science/poslediplomnoe\\_obrazovaniye\\_psikhiatrija.php](http://www.moscom-psy.com/science/poslediplomnoe_obrazovaniye_psikhiatrija.php)
  8. <http://cyberleninka.ru/article/n/dopolnitelnoe-obrazovanie-meditsinskih-kadrov-v-rossii-istoriya-razvitiya-perspektivy>
-

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ ТИІМДІЛІКТІ  
АРТТЫРУ ТЕХНОЛОГИЯСЫ/  
ТЕХНОЛОГИИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ  
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

**Ответственность пациентов с хроническими заболеваниями в  
рамках «Программы управления заболеваниями»**

Тюлюбаева Ж.С.

*ведущий специалист отдела совершенствования ПМСП  
РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»*

Гаркалов К.А.

*профессор кафедры организации здравоохранения и общей врачебной практики,  
филиал АГИУВ в г.Астане, к.м.н.*

**Резюме**

С 2013 года Министерством здравоохранения Республики Казахстан начата реализация программ управления заболеваниями. Из ряда актуальных для здравоохранения хронических неинфекционных заболеваний были выделены три: сахарный диабет, артериальная гипертензия и хроническая сердечная недостаточность. Данные программы управления заболеваниями направлены на решение целого ряда задач: улучшение здоровья пациентов, применение самопомощи/самоменеджмента пациентов, увеличение использования эффективных лекарственных препаратов и приверженность этому лечению пациентов. В результате чего можно ожидать снижение числа обострений, осложнений, потребности в стационарной и скорой медицинской помощи.

**Түйіндеме**

Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау министрлігімен 2013 жылдан ауруларды басқару бағдарламасын жүзеге асыруы басталды. Денсаулық сақтауда созылмалы жұқпайтын аурулар үшін маңыздылардың ішінен үш:қант диабеті, артериялық гипертензия және созылмалы жүрек жетімсіздігі түрі бөлінген. Ауруды басқару бағдарламасының мәліметі пациенттердің осы емдеуге шынайы берілгендігі және дәрілік дәрі-дәрмектерді тиімді пайдалануды арттыру, пациенттердің өзіндік менеджменті/өзіндік көмегін қолдану, пациенттердің денсаулығын жақсарту:арнайы тапсырмаларды шешуге бағытталған. Осының нәтижесінде жедел және стационарлық медициналық көмек көрсетуде қажеттілік, асқыну, қайталану санының төмендеуі күтілуі мүмкін.

**Abstract**

In 2013 the Ministry of health of the Republic of Kazakhstan launched programs of disease management. The top three health chronic non-communicable diseases were pointed out: insular diabetes, arterial hypertension and chronic heart failure. Pavlodar and North-Kazakhstan were identified as a pilot regions. These disease management programs are aimed for solving a number of tasks: improving the health condition of patients, the use of self-help/self-management of patients, increasing the use of effective medicament and patients' commitment for these treatments. As a result, we can expect a decrease in the number of exacerbations, complications, need for hospital and ambulance services.



## Введение

Хронические неинфекционные заболевания (далее – ХНИЗ) остаются одной из актуальнейших проблем современного здравоохранения, являясь ведущими причинами высокой преждевременной смертности и инвалидизации населения развитых стран. По данным многих эпидемиологических исследований, роль целого ряда факторов, таких как курение, артериальная гипертензия, избыточная масса тела, повышенный уровень глюкозы и холестерина крови, злоупотребление алкоголем, низкая физическая активность в развитии сердечно-сосудистых и других хронических неинфекционных заболеваний доказана и неоспорима. Соответственно предупреждение факторов риска развития и прогрессирования ХНИЗ является важным направлением работы медицинских работников, особенно на уровне первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП).

## Анализ и обсуждение

По данным Европейского региона ВОЗ, ХНИЗ обуславливает почти 86% от всей смертности и 77% бремени болезней, что влечет за собой нагрузку на систему здравоохранения, наносит ущерб экономическому развитию страны. ХНИЗ являются главной причиной смертности, заболеваемости

и инвалидности во всем мире, в том числе и в Республике Казахстан. Приоритетность мер по профилактике заболеваний в настоящее время является одним из принципов государственной политики в области здравоохранения, что способствует поиску новых решений в уменьшении бремени ХНИЗ [3].

Одной из таких форм являются так называемые программы управления заболеваниями. Более десяти лет назад в ответ на ряд проблем, которые возникли в медицинском обслуживании, была предложена концепция Управления болезнями (Disease Management) – новый структурированный системный подход, максимально обеспечивающий реализацию функциональных возможностей самого пациента, снижающий риск развития болезней, инвалидизацию и смертность, и поднимающий на новый уровень продуктивность и рентабельность здравоохранения.

Управление болезнью (Disease Management) – целостная концепция, которая организует структуру и порядок оказания медицинской помощи адекватно процессу развития заболевания у конкретного пациента. Характерная особенность указанного подхода – стремление помочь пациентам быть более компетентными в управлении своим поведением и болезнью, развитие со-

лидарной ответственности пациента и медицинской организации за состояние здоровья конкретного пациента [3].

С 2013 года Министерством здравоохранения начата реализация программ управления заболеваниями. Из ряда актуальных для здравоохранения ХНИЗ были выделены три: сахарный диабет, артериальная гипертензия и хроническая сердечная недостаточность. В качестве пилотных регионов были определены Павлодарская и Северо-Казахстанская области. В последующем постепенно будут включаться новые области, что в итоге позволит включить в эти программы все регионы Казахстана [2].

В разрезе пилотных регионов распределение ПУЗ было осуществлено следующим образом:

г.Павлодар:

Городская поликлиника №1 – сахарный диабет;

Городская поликлиника №2 – хроническая сердечная недостаточность, артериальная гипертензия;

Городская поликлиника №4 – сахарный диабет;

Городская поликлиника №5 – артериальная гипертензия.

г.Петропавловск:

Городская поликлиника №1 – сахарный диабет;

Городская поликлиника №2 – хроническая сердечная недостаточность;

Городская поликлиника №3 – артериальная гипертензия.

Данные программы управления заболеваниями направлены на решение целого ряда задач: улучшение здоровья пациентов, применение самопомощи/самоменеджмента пациентов, увеличение использования эффективных лекарственных препаратов и приверженность этому лечению пациентов. В результате чего можно ожидать снижение числа обострений, осложнений, потребности в стационарной и скорой медицинской помощи.

### **Заключение**

Таким образом, для успешной реализации данной программы необходимо активное участие участковых медицинских сестер, повышение их статуса, функциональных обязанностей, улучшение взаимодействия между врачами первого контакта (участковая служба) и специалистами, разработка и распространение эффективных образовательных программ и инструментов для пациентов. Последнее является ключевым звеном управления болезнью. Роль информированного активного пациента и его продуктивное взаимодействие с врачом является ведущей в данной программе. Внедрение программ управления заболеваниями позволит по-новому взглянуть на взаимодействие пациента и медицинской организации, их роли и ответственности.

### **Источники:**

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы от 29 ноября 2010 года № 1113;
2. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан «О внедрении Программы управления хроническими неинфекционными заболеваниями в пилотных регионах от 01.04.2012 года №211;
3. Актаева Л.М., Гаркалов К.А., Кулкаева Г.У. Внедрение программ управления заболеваниями в практическое здравоохранение: Методические рекомендации. – Астана, 2013. – 39 с.

## Внедрение современных эффективных инструментов менеджмента в системе здравоохранения

Асылбекова Г.О.

*Заместитель председателя Комитета  
оплаты медицинских услуг МЗСР РК*

Основными актуальными задачами системы здравоохранения на сегодняшний момент являются – обеспечение доступности и улучшение качества медицинской помощи, обеспечение экономической эффективности оказанных медицинских услуг. Уникальным механизмом реализации поставленных задач и модернизации здравоохранения выступает Единая национальная система здравоохранения (ЕНСЗ). Единая национальная система здравоохранения – это механизм, который включает ряд инструментов, направлений и путей достижения поставленных целей Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Казакстан» (ГПРЗ).

В 2013 году подписаны меморандумы о достижении целевых показателей и конечных результатов деятельности между Управлениями здравоохранения областей, городов Астана и Алматы и подведомственными медицинскими организациями. Меморандум обязует Стороны принимать действенные меры по улучшению сферы менеджмента здравоохранения. В меморандуме прописаны основные индикаторы и дополнительные индикаторы по профилю.

Основные индикаторы – это общие индикаторы для государственных медицинских организаций. Дополнительные индикаторы по профилю – это индикаторы для государственных медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь, индикаторы оценки качества медицинской помощи для медицинских организаций по охране здоровья матери и ребенка, индикаторы оценки качества медицинских услуг станций скорой медицинской помощи и др. В вышеуказанных Меморандумах впервые так подробно, пошагово детализируются индикаторы достижения целевых показателей медицинской организации, достижение которых напрямую

зависит от эффективного менеджмента.

Подписанные Меморандумы позволят проранжировать медицинские организации с точки зрения развития менеджмента.

Комиссии под председательством Руководителей УЗ, в составе представителей территориальных департаментов Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства и Комитета оплаты медицинских услуг Министерства, территориальных департаментов Агентства по защите прав потребителей Республики Казахстан, общественных объединений и частного сектора, проведут оценку достигнутых результатов и эффективности деятельности руководителей МО по индикаторам Меморандума 2 раза в год: промежуточную оценку по полугодию и заключительную оценку по итогам года.

В меморандуме есть индикаторы, связанные с работой приемного покоя. Не секрет, что в приемном покое стационара достаточно часто наблюдаются очереди, в которых пациенты часами сидят в ожидании осмотра врача на предмет госпитализации. Какие инструменты менеджмента можно применить в этом случае? Можно направить медсестер, врачей из профильных отделений на помощь сотрудникам приемного покоя в часы-пик, что позволит значительно сократить время ожидания пациентов в очереди. В соответствии с приказом МЗ РК № 617 от 12 сентября 2011 года «Об утверждении Инструкции по организации деятельности приемного отделения медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь» необходимо применять в работе такие инструменты менеджмента как 3-колон, «тревожная кнопка». В приемном покое нужно уметь рационально использовать специалистов для четкого проведения управления потоком пациентов. Все выше-

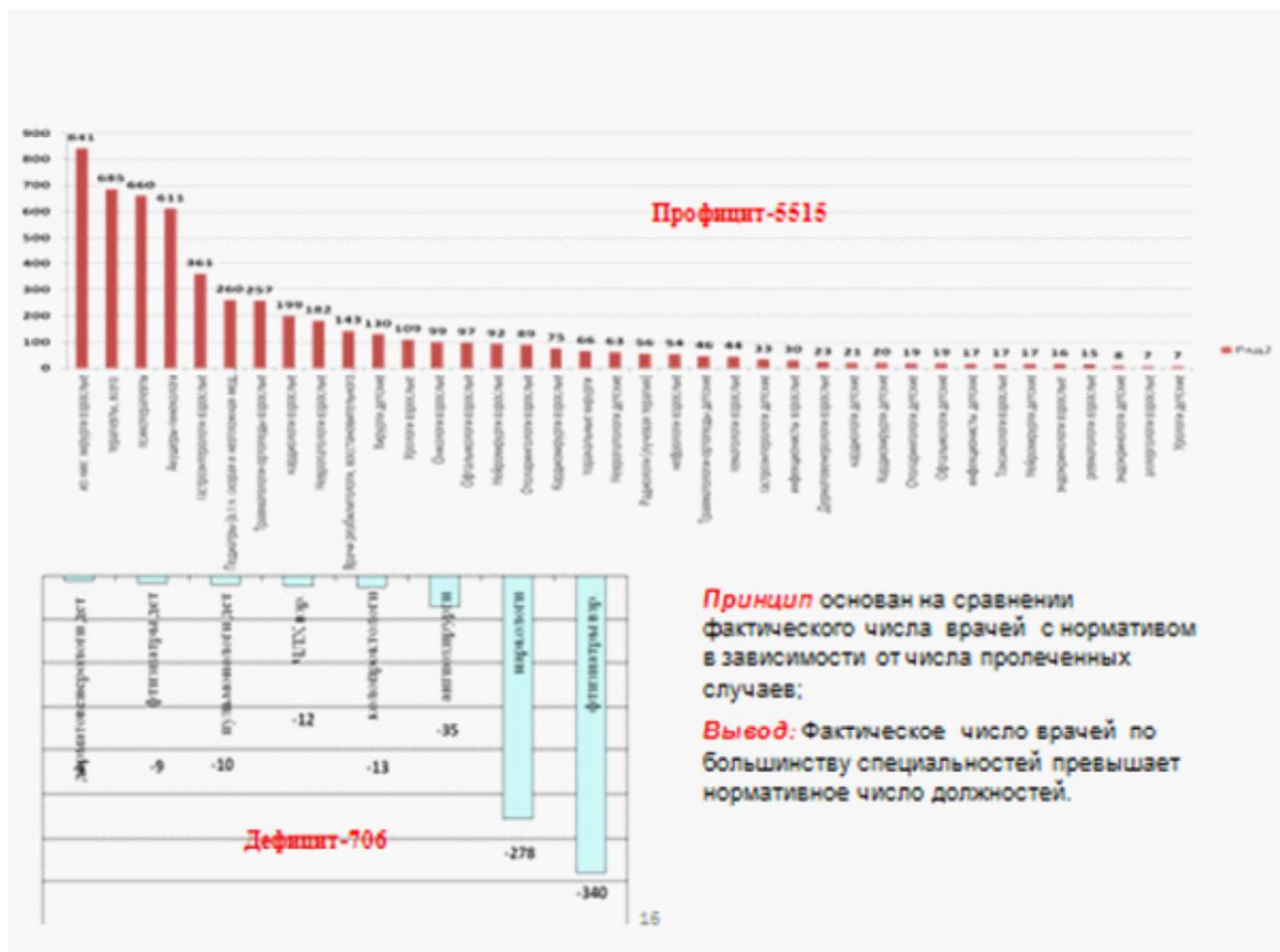


Рисунок 1.

Соотношение фактического количества врачей стационаров РК к нормативу, в зависимости от пролеченных случаев (2012 г.) (стат.форма 30)

указанное – инструменты менеджмента, которые должен применять в своей медицинской организации ее первый руководитель.

В медицинских организациях, оказывающих стационарную помощь, наблюдается профицит (переизбыток) врачей (рисунок 1).

Фактическое число врачей по большинству специальностей превышает нормативное число должностей. В стационарах необходима рациональная расстановка штатов, перепрофилизация коек, структурирование госпитализации больных и многое другое, что относится к области менеджмента медицинской организации.

С целью достижения оперативности плановой госпитализации пациентов в стационары и реализации двух первостепенных принципов ЕНСЗ: свободного выбора пациентом медицинской организации и прозрачности оказываемых медицинских услуг, соз-

дано Бюро госпитализации. На сегодняшний момент Бюро госпитализации (далее – БГ) является посредником между поликлиникой и стационаром и в итоге проделанной работы благодаря БГ имеется четкая структура взаимодействия стационаров, поликлиник и пациентов, которую все три стороны могут отслеживать на одном веб-сайте: [www.bg.eisz.kz](http://www.bg.eisz.kz). Но портал БГ – это только инструмент регистрации. Регулировать потоки пациентов должны менеджеры медицинских организаций.

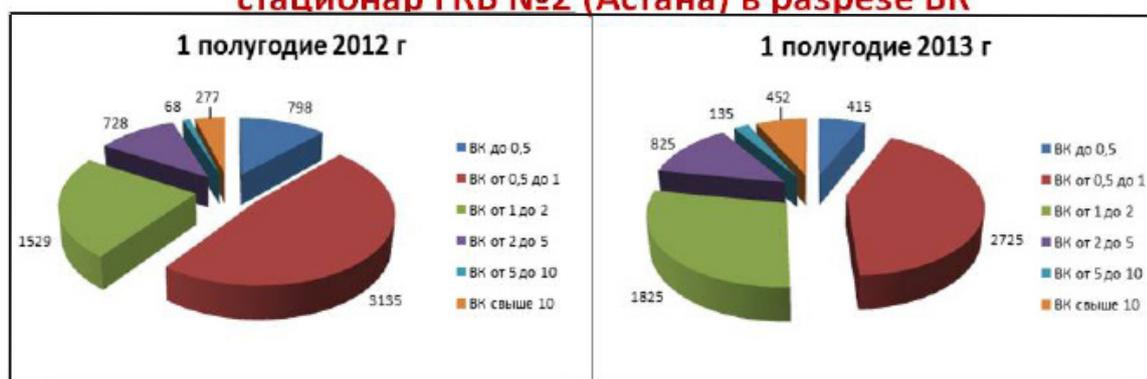
Сейчас, в связи с внедрением частичного фондодержания, поликлиники будут меньше направлять пациентов на госпитализацию в круглосуточные стационары. Впереди – внедрение полного фондодержания, которое еще более снизит заинтересованность поликлиник без показаний направлять больного в стационар. Очень важно стационару в этом случае не поддаваться на бездумное запол-

нение коек по «звонку» без показаний для того, чтобы увеличить количество больных, так как оплату стационары получают за конкретного больного по клинико-затратным группам. Менеджер стационара должен помнить, что тарифы связаны со степенью тяжести клинико-затратных групп (КЗГ). Бездумное «заполнение» больными стационара есть не что иное, как – неумение управлять структурой госпитализации, неудовлетворительный менеджмент. Мы сегодня до сих пор имеем то, что в стационарах

лечатся пациенты с диагнозом «гастриты, острые циститы» и др. заболевания, которые должны лечиться на амбулаторном уровне. Управление структурой госпитализации больных – одна из важнейших функций менеджеров медицинских организаций. В стационарах должна проводиться оптимальная перепрофилизация коечного фонда, должен быть пересмотрен перечень пациентов, госпитализируемых на дорогостоящее лечение, внедряться высокотехнологичные медицинские услуги (рисунок 2, 3).

### Пример

#### Анализ структуры госпитализированных в круглосуточный стационар ГКБ №2 (Астана) в разрезе ВК



- Перепрофилизация коечного фонда стационара в зависимости от потребности городского населения
- Сокращение количества коек и ургентных дней стационара малорентабельных отделений (МХГ)
- Увеличение количества коек и ургентных дней стационара высокорентабельных отделений (урология)

#### Результат:

- снижение средней длительности пребывания с 9,2 до 8,0
  - высвобождение коек для пациентов с высоким ВК и развития СЗП
  - прирост иногородних пациентов (2012 – 95 пац.), (2013 – 395 пациентов)
- Итого: прирост 194 млн. тенге

#### Рисунок 2.

#### Анализ структуры госпитализированных в круглосуточный стационар ГКБ №2 г. Астана в разрезе ВК

С 1 июля 2014 года проводится пилотное внедрение автоматического бронирования в портале Бюро госпитализации на базе трёх медицинских организаций: ГКП на ПХВ «Городская больница №2» г. Астаны, ГКП на ПХВ «Областной медицинский центр» г. Кызылорда, КПП на ПХВ «Областная больница» акимата Северо-Казахстанской области МЗ РК. При бронировании койко-

места для пациента программой учитывается коечный фонд, операционный день, экстренность госпитализации, плановость и др. показатели стационара. Программа автоматического бронирования просчитывает все показатели, не позволяя выйти за бюджет медицинской организации, сама регистрирует поступление больных по профилю. Брониро-

## Анализ структуры пролеченных случаев в круглосуточных и дневных стационарах за 2013г

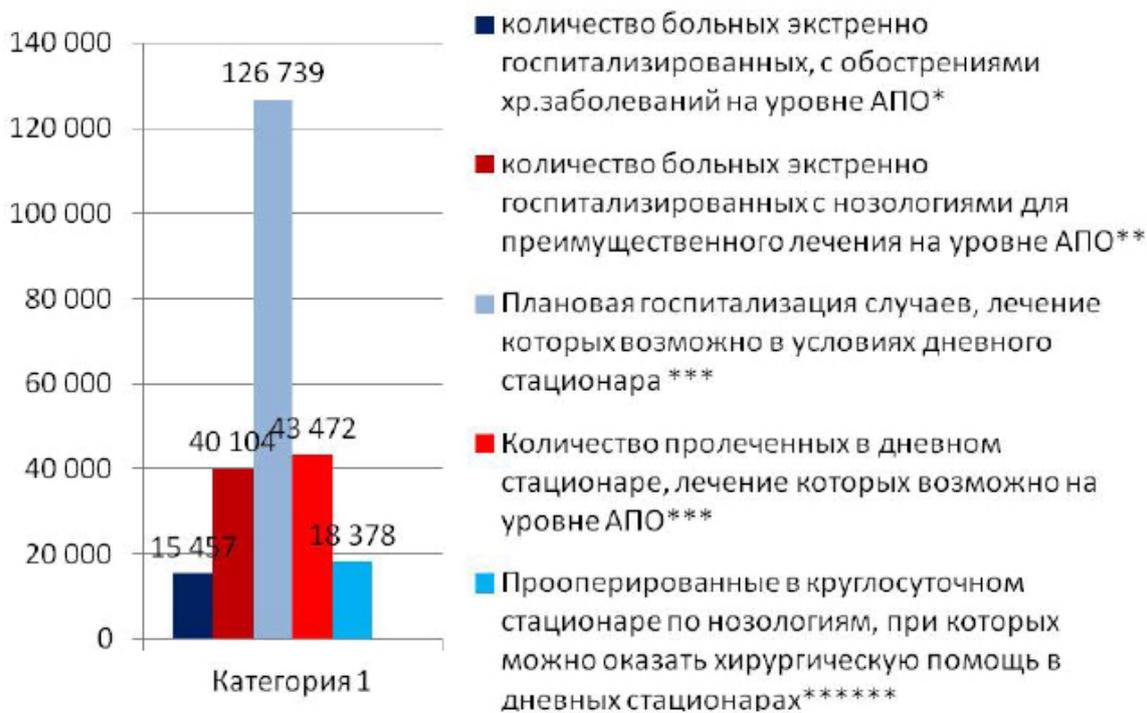


Рисунок 3.

*Анализ структуры пролеченных случаев в круглосуточных и дневных стационарах за 2013 год*

ванием отсекается принятие решения стационаром по вопросу госпитализации, уменьшается влияние человеческого фактора.

Таким образом, за счет автоматизации повышается ответственность первичного звена по отбору больных для госпитализации строго по показаниям. Дефект конкретной поликлиники, неправильно отправившей пациента на госпитализацию, автоматически выявляется при отказе стационара в госпитализации. Далее информация по данному дефекту будет направляться в региональные Управления здравоохранения для анализа и принятия соответствующих управленческих решений. Автоматическое бронирование в портале бюро госпитализации – тоже менеджерское решение, которое учит первичное звено делать отбор пациентов. На помощь менеджеру приходят IT-технологии.

При успешном проведении пилота планируется ввести автоматическое бронирова-

ние по всей Республике. Ряд медицинских организаций из автоматического бронирования планируется исключить. К ним относятся детские больницы, онкологические диспансеры, организации родовспоможения, медицинские организации, оказывающие онкогематологическую помощь, госпитали инвалидов войны, где частота повторных госпитализаций высокая. На автоматический механизм бронирования в основном перейдут многопрофильные стационары областного, городского значения.

В настоящее время в медицинских организациях прослеживаются простаивающие койки, необоснованная госпитализация. Не во всех медицинских организациях внедрена дифференцированная оплата труда. В результате внедрения эффективного менеджмента, который приводит к мотивированному персоналу и качеству медицинских услуг, разработаны нормативные правовые акты, увеличено финансирование медицин-

ских услуг, обучены руководители медицинских организаций, даны инструменты менеджмента для первых руководителей медицинских организаций (рисунок 4).

Для обеспечения внедрения эффективного менеджмента также требуется и автономность поставщика, позволяющая организаторам здравоохранения самостоятельно принимать решения по укомплектованию кадров, коечному фонду в зависимости от потребности населения и обеспечить мотивированный труд к конечному результату (рисунок 5,6).

В последнее время отрасль получает существенные вливания финансовых средств. Сегодня медицинские учреждения имеют современное оборудование, широкий спектр лекарственных средств

и изделий медицинского назначения. От умения правильно применять современные эффективные инструменты менеджмента здравоохранения зависит, будут ли эти ресурсы правильно и рационально использоваться и приносить результат.

Руководитель медицинской организации в ЕНСЗ должен быть в первую очередь эффективным, грамотным и современным менеджером, обладающим необходимым набором умений, знаний, навыков в области современных управленческих технологий, аналитическим складом ума.

Только тогда он будет рационально планировать, эффективно расходовать финансовые и другие материальные ресурсы, контролировать, грамотно и справедливо управлять человеческими ресурсами.



Рисунок 4.

Инструменты менеджмента для руководителей медицинских организаций

## Развитие эффективного внутреннего менеджмента медицинской организации

- Стимулирование развития эффективной системы внутреннего мониторинга деятельности в разрезе отделений
- Переход на ПХВ - предоставление большей автономии поставщикам в распределении средств
- Тенденция к госпитализации тяжелых и сложных больных
- Развитие ВСМП



11

Рисунок 5.

Развитие эффективного внутреннего менеджмента медицинской организации

## РАЗВИТИЕ АВТОНОМИИ ПОСТАВЩИКОВ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

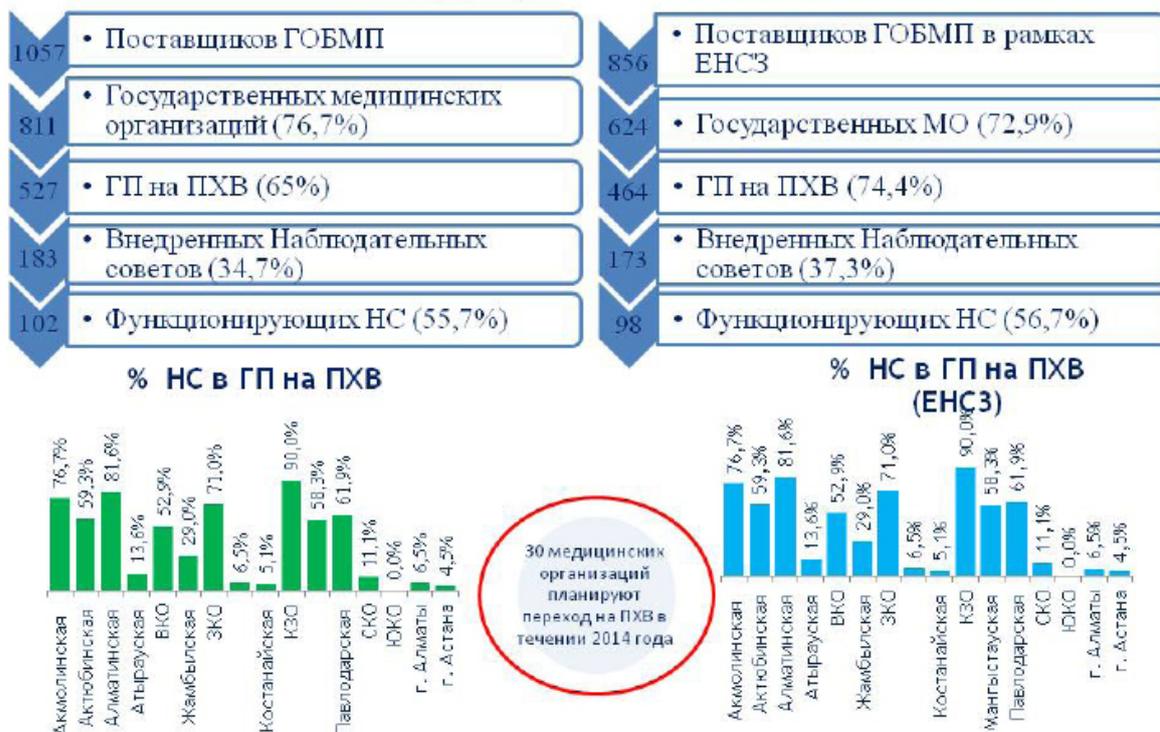


Рисунок 6.

Развитие автономии поставщиков медицинских услуг

## Финансовое управление коечным фондом здравоохранения с использованием механизма полного фондодержания на уровне ПМСП

Имангазинов С.Б.,  
директор Павлодарского филиала  
Государственного медицинского университета г. Семей,  
доктор медицинских наук, профессор

### Резюме

В статье представлен опыт организации нового механизма финансового управления здравоохранением – полного фондодержания на уровне первичной медико-санитарной помощи. Внедрение его в практику позволило заметно снизить число направлений на госпитализацию и количество плановых госпитализации.

Полученные результаты показывают об обоснованности и эффективности сокращения коечного фонда финансовыми рычагами управления.

### Түйіндеме

Мақалада төсек қорын бастапқы медициналық санитарлық көмек көрсету деңгейіндегі толық қаржылық қор арқылы басқарудың жаңа механизмі келтірілген. Сол тасілді тәжірибеге енгізу науқастарды госпитализация жіберу мен жоспарлы госпитализация санын төмендетуге мүмкіншілік туғызған.

Қол жеткен жетістіктер төсек санын қаржылық құрал арқылы қысқартуды іске асыру мүмкіншілігін негіздеп және оның тиімділігін көрсетеді.

### Abstract

The article presents the experience of a new mechanism for the financial management of health – full fundholding in primary health care. Its introduction into practice has markedly reduced the number of lines of hospitalization and the number of planned hospitalization.

The results show the validity and effectiveness of reducing the number of beds financial levers.

**О**сновные принципы Единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ) создают предпосылки конкурентоспособной модели здравоохранения [1]. Вместе с тем, отдельные положения ЕНСЗ постоянно развиваются и требуют совершенствования, особенно вопросы взаимодействия с сетью первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), а также в поиске эффективных методов финансирования здравоохранения. Ранее нами был опубликован опыт финансового управления здравоохранением в Павлодарской области в 2001 году [2].

Как известно, в существующей сети организаций здравоохранения республики, оказывающих стационарную помощь населению, продолжают иметь место избыток больниц, пустующие нефункционирующие

койки, в связи чем, назрела необходимость проведения реструктуризации сети больничных организаций. Эти мероприятия будут способствовать снижению числа случаев необоснованной госпитализации, улучшению эффективности стационарного лечения больных [3]. Попытки сокращения коечного фонда административными ограничениями не всегда оказываются эффективными. Была предложена модель кластерного финансового механизма управления здравоохранением в условиях фондодержания. Однако данный вопрос требует дальнейшего изучения и осмысления.

Цель настоящего сообщения – привлечь внимание организаторов здравоохранения на первый опыт организации и внедрения полного фондодержания на уровне первичной медико-санитарной помощи

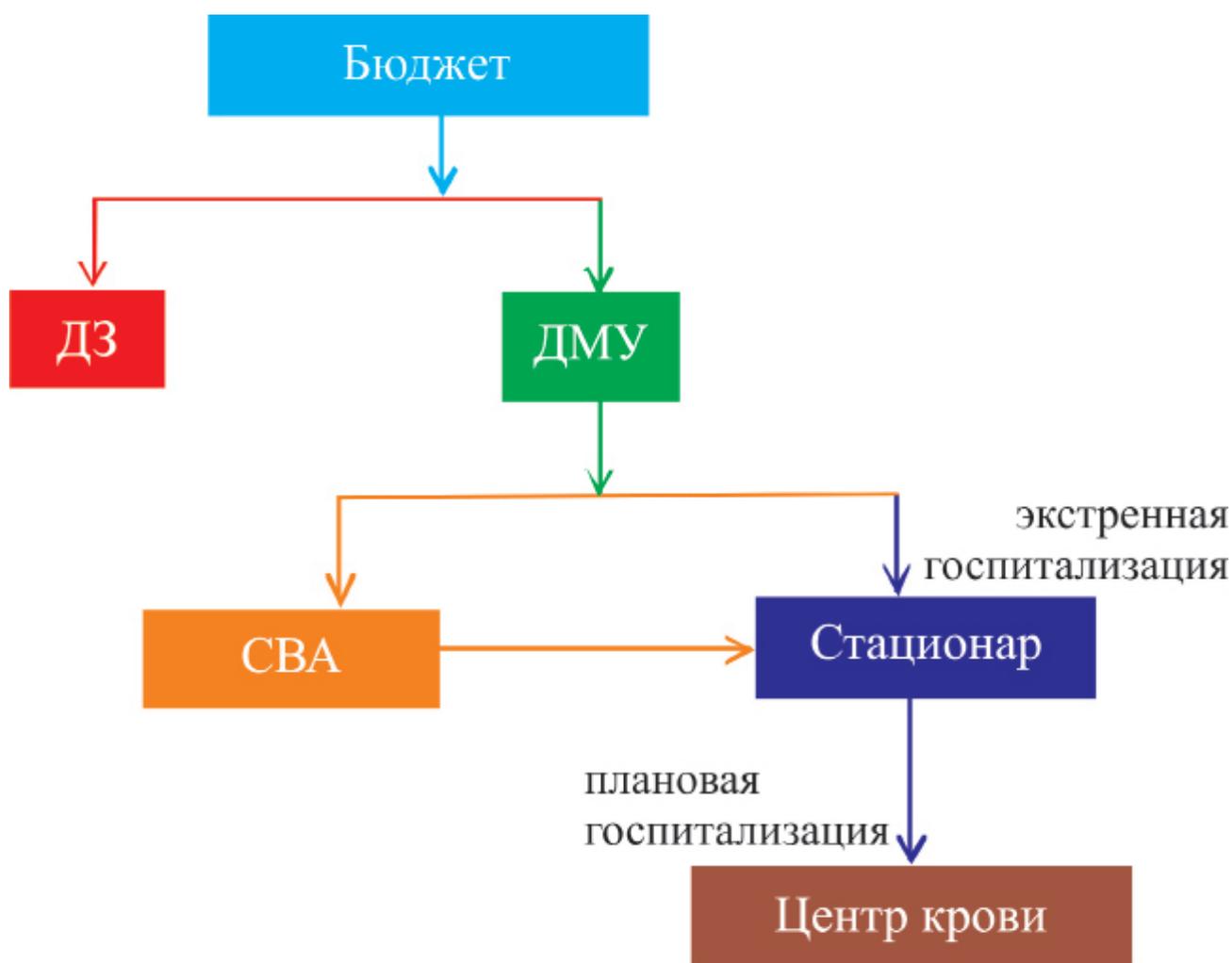


Рисунок 1.  
Схема потоков денежных средств в условиях полного фондодержания на уровне ПМСП

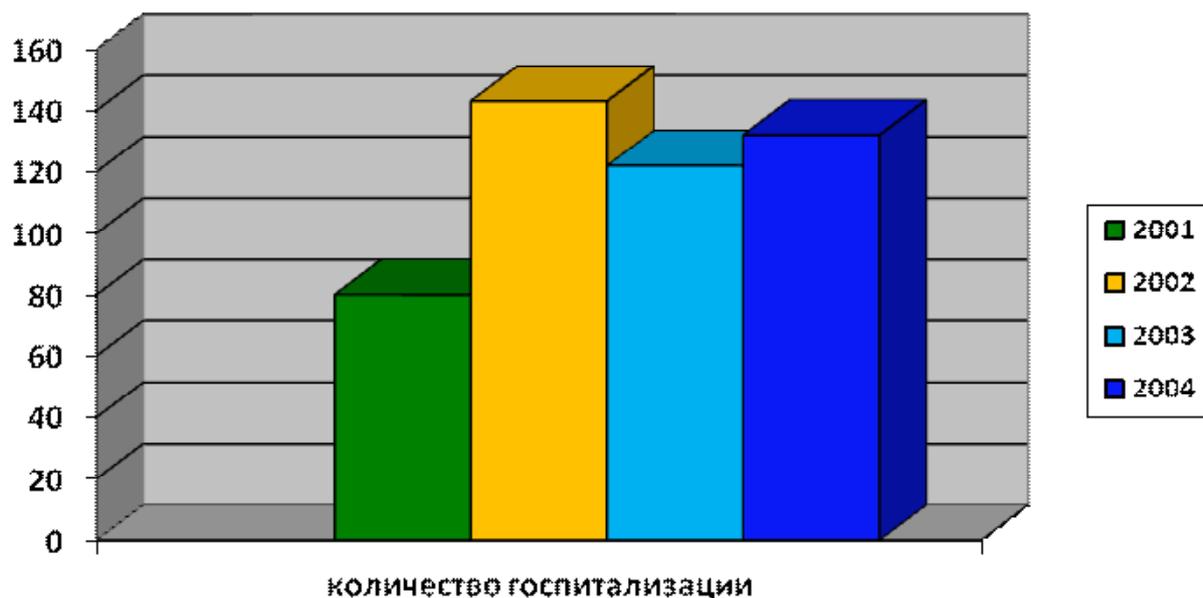


Рисунок 2.  
Количество направленных пациентов из СВА с «Кожамжар» на госпитализацию на стационарное лечение

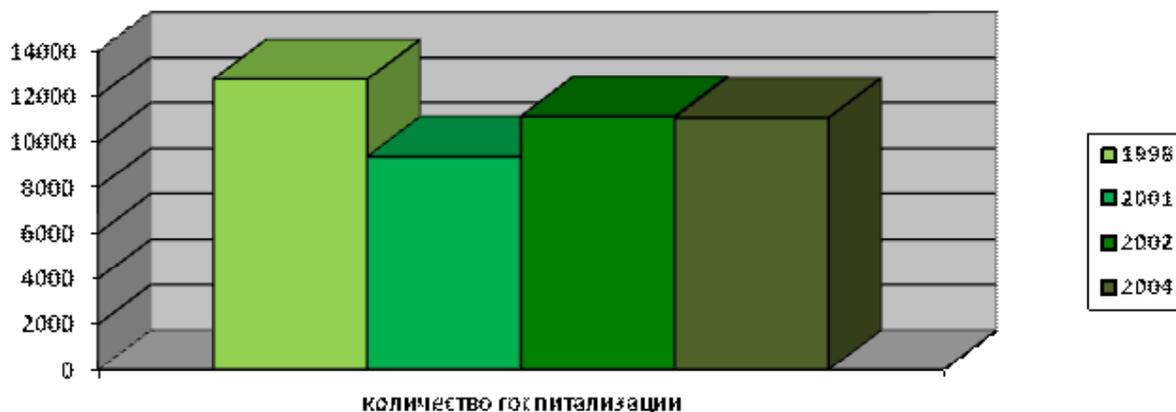


Рисунок 3.

*Динамика случаев госпитализации стационаров в условиях полного фондодержания на уровне ПМСП и после его отмены в г. Аксу Павлодарской области*

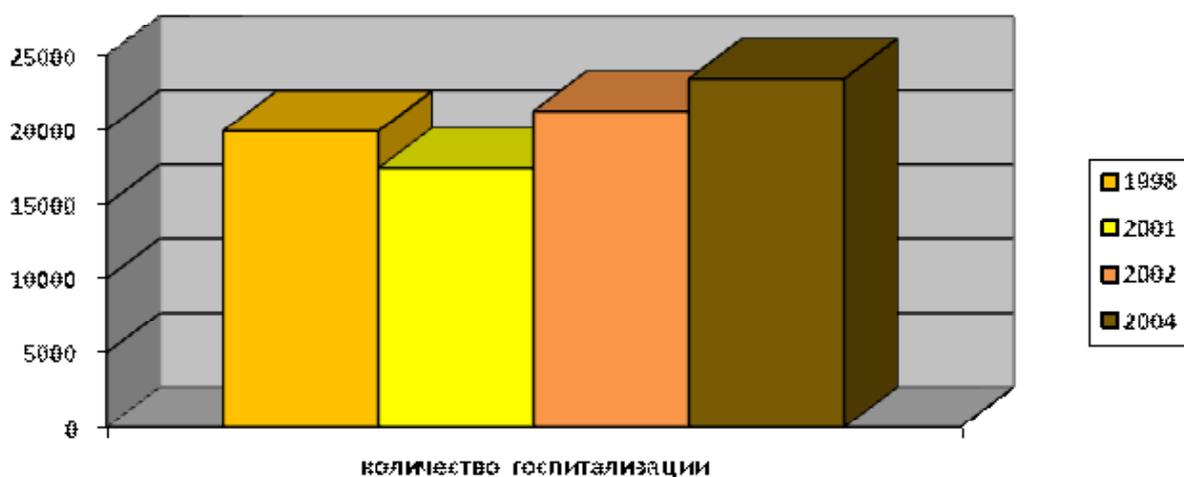


Рисунок 4.

*Динамика случаев госпитализации стационаров в условиях полного фондодержания на уровне ПМСП и после его отмены в г. Экибастуз Павлодарской области*

(ПМСП) департамента здравоохранения (ДЗ) Павлодарской области в 2001 году и выявить его влияние на рациональное сокращение коечного фонда стационаров, используя экономические рычаги управления здравоохранением.

Материалы и методы исследования. Первичную медико-санитарную помощь региона в период внедрения проекта представляли семейные врачебные амбулатории (СВА) с самостоятельным юридическим и финансовым статусом. Все СВА денежные средства из консолидированного бюджета области получали по подушевому принципу от департамента медицинских услуг (ДМУ). При полном фондодержании на уровне

ПМСП, внедренного в области за исключением г. Павлодар, в подушевое финансирование включались затраты на оплату плановой госпитализации больных по направлению СВА. Услуги по неотложной и скорой помощи оплачивались непосредственно стационарам от ДМУ по факту госпитализации по экстренным показаниям.

Финансирование медицинских организаций в условиях полного фондодержания на уровне ПМСП осуществлялось следующим образом (рисунок 1). Для приобретения специализированных плановых услуг стационаров СВА заключали договоры с больничными организациями в соответствии с базовым тарифом стационарного лечения с

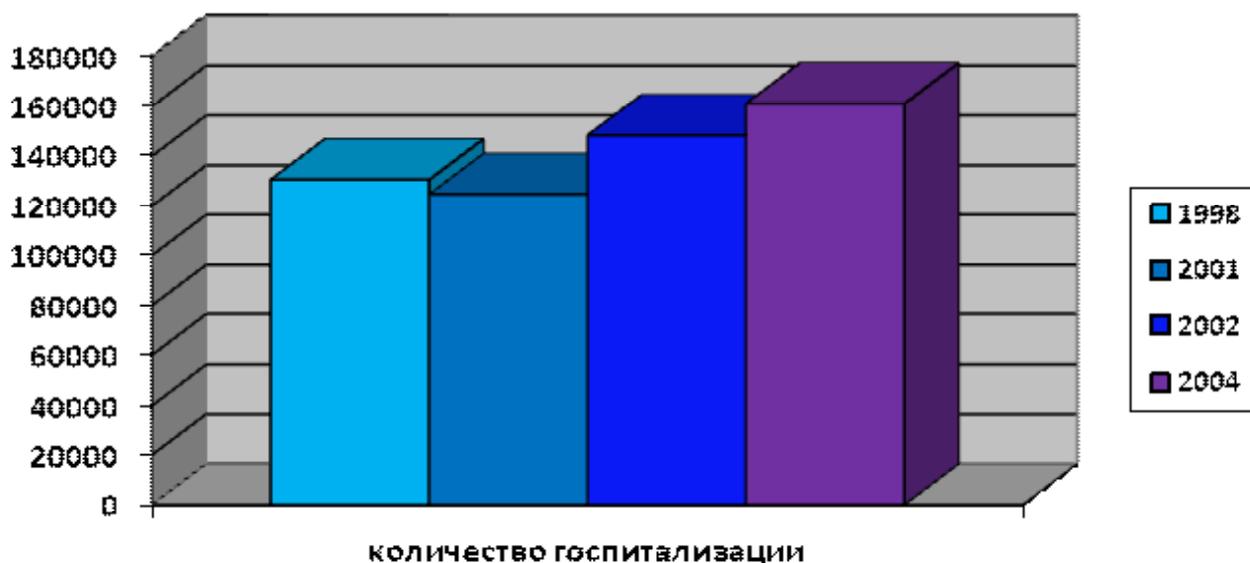


Рисунок 5.

*Динамика госпитализации стационаров Павлодарской области в условиях полного фондодержания на уровне ПМСП и после его отмены в целом*

учетом градации по клинико-затратным группам (КЗГ) [4]. Основанием для предъявления стационарными организациями счетов на оплату, оказанных пациентам услуг, являлось наличие у пациента направления от СВА в больничное учреждение, оказывающее услуги. Подушевой тариф СВА на 2001 год составлял 45 тенге и включал в себя компоненты частичного и полного фондодержания: собственно подушевой норматив был в объеме 25 тенге, 20 тенге были предназначены для приобретения услуг КДП (8 тенге) и стационаров (12 тенге).

Немало важным является и то, что часть средств для приобретения донорской крови и ее компонентов стационарным больным оплачивалась также стационарными организациями по отдельным договорам, что позволило внедрить финансовое регулирование обоснованности показаний для гемотрансфузии.

Результаты и обсуждение. Отсутствие экономической мотивации в бережном использовании денежных средств здравоохранения – одна из причин не обоснованных госпитализаций. Для демонстрации данного утверждения приводим для примера работу СВА с. Кожамжар Актогайского района. В 2001 году из территории обслуживания СВА с. Кожамжар были направлены на госпита-

лизацию 80 больных, когда она оплачивала по представленным счетам-реестрам стационаров. После отмены фондодержания в 2002 году отмечался резкий скачок случаев стационарного лечения больных, прикрепленных к данной СВА до 143 случаев, что на 78,8% больше чем в 2001 году, а в 2003 году до – 122 случая (+ 52,2% к 2001 году), в 2004 году до – 132 случаев (+ 65% к 2001 году). Указанные изменения наглядно демонстрируются на рисунке 2. Одним из положений фондодержания выгодным для больного явился свободный выбор лечебного учреждения на территории области и тем самым обеспечивался выполнение принципа «деньги следуют за больным».

Снижение госпитализации населения СВА в стационарах, работавших в системе фондодержания, подтверждают показатели стационарных организаций. Если, в стационаре г. Аксу в 1998 году (до фондодержания) число госпитализации составило 12771 случаев, то в 2001 году – 9380 случаев или на 26,5% меньше по сравнению с 1998 годом без применения каких-либо административных мер (рисунок 3). После отмены в 2002 году, этот показатель также резко возрос до 11132 случаев (+ 18,7% к 2001 году) и данная тенденция сохранялась в 2004 году – 11068 случаев, составив 18% соответственно.

Такое же положение отмечалось и в стационарах г. Экибастуза: в 1998 году (до фондодержания) госпитализированы 19908 больных, в 2001 году – 17427 (период фондодержания), что на 12,5% меньше по сравнению с предыдущим годом, а после отмены фондодержания в 2002 году количество госпитализации увеличилось до 21264 (+22%) случаев, в 2004 году до – 23430 (+34,4%) (рисунок 4).

На этом фоне, в целом по области, также имело место снижение числа госпитализаций несмотря на то, что г. Павлодар, где проживало 40,5% населения, не был включен в механизм полного фондодержания. Так, в 1998 году были госпитализированы 130473 больных, тогда как в 2001 году – 124636 или на 4,5% меньше, чем в 1998 году. А после отмены фондодержания в 2002 году число госпитализаций по области возросло до 148239 случаев или на 18,9% больше, чем в 2001 году, а в 2004 году – до 161035 случаев или на 29,2% больше, чем в период функционирования механизма фондодержания. Здесь следует отметить, что включение г. Павлодара в механизм полного фондодержания могло бы способствовать более значительному снижению доли стационарных госпитализаций больных.

Подобное снижение случаев госпитализации больных может служить основанием не только для предпринятия мер по сокращению общего количества развернутых коек, но учитывать потребности в специализированных видах стационарной помощи и определить наиболее востребованные структурные подразделения медицинских организаций.

Особенностями периода функционирования механизма полного фондодержания на уровне ПМСП в Павлодарской области явились:

- во-первых, консолидация общего бюджета на одном (областном) уровне, что позволило учитывать финансовые интересы как ПМСП, так и стационарных учреждений для эффективного использования имеющихся денежных средств здравоохранения региона в целом и реализации принципа «сообщающего сосу-

- да» в использовании финансового потока;
- во-вторых, наличие единого финансирующего органа здравоохранения в лице ДМУ с полномочиями контроля использования выделенных денежных средств и контроля качества оказываемых медицинских услуг с правами принятия финансовых санкций медицинским организациям в случаях обнаружения производственных дефектов, предусмотренных принятыми договорами;

- в-третьих, полномочиями департамента здравоохранения области, как единого руководителя сетью здравоохранения региона и учредителя медицинских организаций от имени акимата области в плане принятия административных мер медицинским организациям в подборе опытных менеджеров для руководства медицинскими организациями и возможностями определения соответствия лечебных организаций условиям лицензии и лишения их лицензии на дальнейшее ведение лечебно-профилактической деятельности в случаях допущения установленных нарушений.

#### **Выводы:**

1. Внедрение полного фондодержания на уровне ПМСП позволило заметно снизить число направлений из СВА на госпитализацию больных в стационары. В частности, из приведенной в данном сообщении информации по работе СВА с. Кожамжар Актогайского района в год функционирования полного фондодержания отмечался самый низкий показатель направления больных на госпитализацию. Первый год отмены фондодержания повлек увеличение случаев направлений больных на стационарное лечение на 78,8%, а в последующие два года до 52,2% и 65%, соответственно сравнявшему показателю госпитализации 2001 года.
2. Внедрение полного фондодержания на уровне ПМСП позволило заметно снизить число госпитализированных больных по области в целом на 4,5%. В городах Аксу и Экибастуз, работавших в условиях полного фондодержания, число госпитализаций уменьшилось на 26,6% и 12,3% соответственно.
3. Отмена финансирования по механизму полного фондодержания на уровне ПМСП

в течение первых двух лет привела к увеличению случаев госпитализации больных в целом по области до 29,2%, а в г. Аксу и г. Экибастуз до 18% и 34,4% соответственно.

4. Консолидация бюджета здравоохранения на стационарное и амбулаторное обслуживание населения на одном (республиканском или областном) уровне позволяет эффективно использовать финансовые средства и

управлять коечным фондом здравоохранения.

5. Механизм полного фондодержания на уровне ПМСП и апробированный на практике описанный опыт его организации может быть адаптирован к существующей системе здравоохранения республики на этапе преимущественно бюджетного финансирования и в период подготовки к обязательному медицинскому страхованию.

**Источники:**

1. Ахметов В.И. Менеджер здравоохранения Республики Казахстан.- 2014.- №1 (10).- С.4-5.
  2. Имангазинов С.Б. Фондодержание в здравоохранении: опыт организации и ретроспективный анализ // Менеджер здравоохранения Республики Казахстан.- 2014.- №1 (10).- С. 81-85.
  3. Исина А.К., Оспанова Ж.С., Садвокасова З.К. Перспективы развития сети здравоохранения Республики Казахстан с приоритетным совершенствованием первичной медико-санитарной помощи // Менеджер здравоохранения Республики Казахстан.- 2014.- №1 (10).- С. 48-53.
  4. Имангазинов С.Б., Кабулов К.С. Взаимодействие лечебно-профилактических организаций в условиях фондодержания // Материалы V международной научно-практической конференции «Экология. Радиация. Здоровье».- Семей, 2009.- С. 95.
-

## О деятельности Павлодарского областного онкологического диспансера в рамках глобального бюджета за 2012 – 2013 годы

Директор КГП на ПХВ «Павлодарский областной онкологический диспансер»

Сулейменов М.К.

### Резюме

В статье директора КГП на ПХВ «Павлодарский областной онкологический диспансер» Сулейменова М.К. «О деятельности Павлодарского областного онкологического диспансера в рамках глобального бюджета за 2012 – 2013 годы» проанализированы достигнутые результаты при работе областного онкологического диспансера в рамках Глобального бюджета за 2012 – 2013 годы.

### Түйіндеме

ШЖҚ «Павлодар облыстық онкологиялық диспансері» КМК-нің директоры М.К. Сүлейменовтің «Жаһандық бюджет шеңберінде Павлодар облыстық онкологиялық диспансердің 2012-2013 жылдардағы қызметі туралы» мақаласында жаһандық бюджет шеңберінде Павлодар облыстық онкологиялық диспансердің 2012-2013 арналған жылдары жұмысында қол жеткізген нәтижелері талданған.

### Abstract

The article of the Pavlodar Region Oncology Center Head Doctor M.K.Suleimenov “On the Work of the Pavlodar Region Oncology Center in the Frames of Global Budget in 2012-2013” is dealing with the analysis of achieved results of the work of the Pavlodar Region Oncology Center in the frames of Global Budget for the 2012-2013 years.

С 1 января 2012 года КГП на ПХВ «Павлодарский областной онкологический диспансер» работает в рамках Глобального бюджета. За 2 года деятельности в рамках Глобального бюджета достигнута экономическая независимость и финансовая стабильность. Сотрудники диспансера смогли реализовать задачи, поставленные Программой развития онкологической службы в Республике Казахстан на 2012 – 2016 годы. Расходование средств в рамках деятельности Глобального бюджета проводится по плану развития предприятия. Появилась самостоятельность в распределении ресурсов и определении необходимых штатов, возможность приобретения медицинского оборудования в размере 1% от суммы финансирования. Деятельность в рамках Глобального бюджета позволила добиться 100% обеспечения онкологических больных лекарственными препаратами на амбулаторном и стационарном уровнях. С 2012 года функционирует электронный регистр онкологических боль-

ных (ЭРОБ), который позволяет вести мониторинг больных, состоящих на учёте, создавать счета-реестры, по которым проводится финансирование. Среднесписочная численность онкологических больных для оказания ГОБМП на 01.01.2012 год составляла 8785, на 01.01.2014 год она составила 9109 человек. Прирост больных за 2 года – 3,7%. Онкологическая ситуация в области в течение многих лет остаётся сложной.

Область входит в первую тройку регионов с самыми высокими показателями онкологической заболеваемости и смертности. Заболеваемость за 2013 год составила 302,7 на 100000 человек. Онкологическая смертность за 5 лет понизилась на 2,9% и составила в 2013 году 151,8 на 100000 населения. Соотношение заболеваемости и смертности в области составляет 2,0 при среднереспубликанском соотношении 1,9. За 2 года работы в рамках Глобального бюджета мы достигли повышения показателя пятилетней выживаемости с 47,6% в 2012 г. до 48,1%



в 2013 г. Удельный вес впервые выявленных злокачественных новообразований в ранней стадии вырос с 58,4% в 2012 г. до 58,8% в 2013 году при республиканском показателе 56,2%. Показатель запущенности понизился с 22,2% в 2012 г. до 16,3% в 2013 г. Показатель болезненности за 5 лет в области увеличился на 13,7% и составил в 2013 г. 1268,1 на 100000 населения, что выше среднереспубликанского показателя в 1,5 раза. Благодаря финансовой стабильности, проводится обучение онкологов как в лучших клиниках Республики Казахстан, так и в клиниках ближнего и дальнего зарубежья (Россия, Корея, Франция, Израиль). Используя знания, полученные при обучении сотрудников диспансера в ведущих клиниках, мы внедрили новые методы высокоспециализированной медицинской помощи (ВСМП), которые ранее в области не проводились: установка имплантированных портов, резекция мочевого пузыря, комбинированная резекция печени, простатэктомия, эндовидеоскопические операции на кишечнике и органах женской репродуктивной сферы. Если в 2011 году было проведено всего 9 операций в рамках ВСМП, то за 2013 г. сделана 31 операция по перечню ВСМП. В области эффективно проводятся скрининговые программы в целях ранней диагностики рака шейки матки,

рака молочной железы, колоректального рака. В 2013 году в области в пилотном режиме внедрены скрининги на выявление рака пищевода и желудка, предстательной железы, печени. Онкологический диспансер является координатором скрининговых программ по онкологии. Благодаря скрининговым исследованиям, в 2013 г. на ранних стадиях развития заболевания выявлено: рак шейки матки – 9 случаев, молочной железы – 33, пищевода и желудка – 13, прямой кишки и толстого кишечника – 29, предстательной железы – 13, печени – 1. Уровень выявляемости соответствует международным стандартам. С целью повышения онкологической настороженности и обучения врачей и среднего медицинского персонала навыкам ранней диагностики злокачественных новообразований, врачами онкологического диспансера в 2013 г. обучено 750 врачей и 125 акушерок медицинских организаций первичной медико-санитарной помощи (МО ПМСП). 166 врачей в 2013 г. прошли обучение на выездном цикле КазНИ-ИОиР. В онкологическом диспансере обучены 12 эндоскопистов городов и районов области, которые принимают участие в реализации скрининговых программ. За 3 месяца 2014 г. на базе онкологического диспансера проведены недельные курсы для врачей МО ПМСП,

на которых обучено 164 врача по актуальным темам онкологии, в том числе 8 эндоскопистов центральных районных больниц. Финансирование онкологического диспансера в 2013 году в сравнении с 2009 годом увеличилось в 5,1 раза. В 2009 – 2011 годах финансирование осуществлялось только за пролеченных больных. В настоящее время финансирование осуществляется в зависимости от количества состоящих на учёте больных по комплексному тарифу. Одним из приоритетных направлений деятельности является сокращение случаев госпитализации больных в круглосуточный стационар и развитие стационарозамещающей помощи. За счёт повышения удельного веса больных, пролеченных в дневном стационаре, в 2013 году стационарную помощь получили 3643 пациентов, что на 2,2% меньше, чем за соответствующий период прошлого года (3723).

Экономия составила 17055,0 тыс. тенге. В 2013 году стационарозамещающую помощь получили 2481 пациент, что на 29% больше, чем за соответствующий период прошлого года (1924 чел.). В связи с переходом онкологического диспансера на право хозяйственного ведения, появилась возможность самостоятельно оптимизировать структуру штатного расписания. Улучшилась материально-техническая база онкологического диспансера. Оснащённость составляет 78,8% от стандарта. С 2013 года в диспансере работает Наблюдательный совет.

По согласованию с Наблюдательным Советом в 2013 году приобретено 8 единиц медицинского оборудования на сумму 15082,5 тыс. тенге. Средняя заработная плата с учётом дифференцированной оплаты труда в месяц составила 100349,0 тенге. Средняя зарплата врача составила в

2013 году – 158106 тенге, среднего медперсонала – 106276 тенге, младшего медицинского персонала – 55995 тенге.

Деятельность онкологического диспансера в рамках Глобального бюджета в течение 2-х лет позволила улучшить экономическую самостоятельность и достичь задач и выполнения целевых индикаторов, которые были заложены в основу внедрения Глобального бюджета. В регионе успешно реализуются мероприятия, предусмотренные планом Программы развития онкологической помощи в Республике Казахстан на 2012-2016 годы. Из 37 пунктов Дорожной карты на сегодняшний день выполнено 28 пунктов, 6 пунктов находятся в стадии реализации, 3 пункта (обеспечение медицинским оборудованием в рамках Республиканской программы) будут выполнены в 2014–2016 годах.

Несмотря на положительные моменты в деятельности диспансера, остается очень много задач, которые необходимо решать как диспансеру, так и всей медицинской общественности области. Это: уменьшение смертности от злокачественных новообразований, увеличение пятилетней выживаемости, выявление заболеваний на ранних стадиях и снижение онкозапушенности.

На сегодняшний день мы имеем подготовленные медицинские кадры, медицинское оборудование для оказания качественной онкологической помощи населению области. Для повышения уровня оказания специализированной помощи онкологическим больным приоритетным вопросом остаётся укрепление материально-технической базы онкологического диспансера и строительство нового здания онкологического диспансера на 200 коек и поликлиники на 100 посещений в 1 смену.

## «Условия принятия решений и принципы организации неотложной хирургической помощи»

Бозгалиев Б.Ж.

хирург - ординатор

Филиал АО «Железнодорожные госпитали медицины катастроф»  
«Актюбинская железнодорожная больница»

г. Актюбе

### Резюме

Принятие решений является самостоятельной общечеловеческой проблемой, имеющей свои частные и специфические черты в различных областях деятельности и в разных специальностях. Не является исключением и клиническая медицина. Сама по себе проблема принятия решений – это проблема выбора. Выбора наилучшего и оптимального решения в данных обстоятельствах.

Важной особенностью экстренной хирургии является, главным образом, дефицит времени для принятия обоснованного решения.

Важнейшим условием работы хирургического коллектива являются принципы единоначалия, строжайшая дисциплина, четкое, беспрекословное соблюдение всех правил работы, быстрая и адекватная реакция на изменение ситуации и выполнение распоряжений, связанных с лечебными или организационными мероприятиями.

### Түйіндеме

«Шешімді қабылдау шарттары және шұғыл хирургиялық көмекті ұйымдастырудың ұстанымдары»

Шешім қабылдау – жеке және арнайы бейнелі әртүрлі қызмет саласындағы және әртүрлі мамандықтағы жалпыадамзат мәселесі. Клиникалық медицина да Шешім қабылдау мәселесіне де шектеу бола алмайды. Шешім қабылдау – ол таңдау мәселесі. Тиімді де және дұрыс шешімді қабылдауды таңдау.

Жедел хирургияның өзіндік ерекшелігі – негізделген шешім қабылдауда уақыттың жеткіліксіздігі және тығыздығы.

Хирургиялық ұжым жұмысы барысындағы негізгі шарт: қатаң тәртіп бастамасы, жұмыстың барлық ережелерінің қатаң және мүлтіксіз сақталуы, әр түрлі өзгерістерге орынды және жедел реакция, емдеу немесе ұйымдастыру шаралары тағайындамаларының орындалуы.

### Abstract

«Terms of acceptance decision and principles of organization of the first surgical aid»

Decision-making is a free-standing common human problem, having its specific characteristics in various spheres of activities and different specialties. Clinical medicine is no exception. The issue of decision-making itself is a problem of choice: the choice of the best and optimal solutions under certain circumstances.

An important peculiarity of emergency surgery is mostly the shortage of time for making a well-reasoned decision.

Principles of individual responsibility, strict discipline, correct and absolute observance of all regulations, prompt and adequate response to situation changes and due fulfillment of instructions related to treatment or organizational activities are essential requirements for the activity of surgery team.



Оказание экстренной хирургической помощи является неотъемлемой составляющей частью практической деятельности врача. Неотложная хирургия всегда была, есть и будет «медициной спасения», в отличие от других ее разделов, которые, в основном, улучшают качество жизни, определяемое здоровьем.

Как правило, выбор врачом хирургии как специальности происходит достаточно рано, еще во время его обучения. Приходя в клинику, будущий врач оказывается в среде хирургов, работающих в режиме оказания экстренной помощи. Именно на этом этапе может появиться вера во всемогущество медицины, в безграничность своих сил и способностей, основанная на переоценке возможностей современной аппаратуры и действия существующих фармакологических препаратов. Одним из проявлений такого мировоззрения является стремление сразу решать все проблемы с помощью скальпеля, и операция часто служит заменой мыслительного процесса, когда на первое место вы-

ходит тезис «разрежем – посмотрим». Этот путь в той или иной мере проходят все хирурги, однако, кто-то сохраняет такой подход на всю свою профессиональную жизнь, тогда как к большинству приходит понимание, что главное в медицине – последовательное проведение диагностического поиска, итогом которого является постановка точного диагноза и выбор оптимального метода лечения.

Без диагноза невозможно осуществление никаких лечебных мероприятий. Однако сама по себе диагностика, хотя и первоочередная, но не единственная задача, которая требует своего решения. Она ни в коей мере не может подменить основного предназначения врача – выбора и реализации наилучшего для конкретного пациента варианта лечения. В целом, принятие решения в хирургии складывается из данных о характере патологического процесса, особенностях его течения и прогноза, общего состояния организма и возможного его изменения после проведения тех или иных лечебных мероприятий, включая различные

по объему оперативные вмешательства, а также из теоретических знаний и практического опыта врача. Необоснованная уверенность отдельных хирургов в своем техническом мастерстве, как и неоправданное расширение объема оперативного вмешательства, нередко становятся причиной гибели больных. Установление границ собственных возможностей наряду с выбором оптимального вида операции всегда является проявлением высокого профессионализма хирурга.

Необходимость разработки четких схем, которые позволили бы спланировать и осуществить весь комплекс диагностических и лечебных мероприятий, определяя на каждом этапе дальнейшие действия на основе имеющейся информации, оптимальные в конкретной ситуации, приводила к неоднократным попыткам разработать в хирургии соответствующие алгоритмы.

Неотложная хирургическая помощь оказывается персоналом хирургических отделений многопрофильных стационаров и специализированных больниц скорой медицинской помощи (БСМП).

По существующим служебным инструкциям бригады службы скорой медицинской помощи доставляют в общехирургические отделения городских и районных больниц пациентов с патологией согласно представленного перечня:

1. Патология грудной полости: открытый и закрытый пневмоторакс любого генеза, травматические повреждения органов грудной полости, осложнения диафрагмальной грыжи, инородные тела глотки и пищевода.
2. Патология брюшной полости: острый аппендицит, ущемленная грыжа, прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, гастродуоденальные кровотечения, острый холецистит, механическая желтуха, острый панкреатит, острая кишечная непроходимость, острый перитонит, травматические повреждения органов брюшной полости.
3. Гнойно-септические заболевания: флегмоны и абсцессы мягких тканей, гнойные процессы органов и серозных полостей, гнойные поражения костей и суставов.
4. Травматические повреждения: ранения, пе-

реломы костей опорно-двигательного аппарата, ребер, таза и позвоночника.

5. Патология сосудов: тромбозы и эмболии магистральных вен и артерий, травматические повреждения сосудов, острые воспаления сосудистой системы.

6. Острая урологическая патология: острая задержка мочи, почечная колика.

7. Острая гинекологическая патология: внематочная беременность, пельвиоперитонит, апоплексия яичника.

8. Острая проктологическая патология: острый геморрой, ректальное кровотечение, парапроктит.

Подобный перечень заболеваний наиболее часто встречается в повседневной работе стационара, оказывающего экстренную хирургическую помощь.

Качество лечебной помощи в каждом конкретном случае, прежде всего, зависит от организации медицинской службы в лечебном учреждении. Поэтому особое внимание необходимо уделять комплектованию и расстановке кадров дежурной хирургической бригады. Как правило, в состав дежурной бригады стационара входят: ответственный хирург, один-два хирурга, обеспечивающие прием и лечение экстренных хирургических больных, и хирург, осуществляющий наблюдение и оказывающий помощь тяжелобольным, находящимся в стационаре. Дежурная бригада хирургов в день дежурства освобождается от выполнения плановых операций и проведения специальных исследований, если для этого требуются большие временные затраты.

### **Принципы организации работы ответственного дежурного хирурга.**

Ответственный дежурный хирург обеспечивает и несет персональную ответственность за своевременность, объем и качество оказания помощи вновь поступившим больным, а также оперированным и не оперированным пациентам, за которыми по дежурству осуществляется динамическое наблюдение. Ответственный дежурный хирург определяет метод лечения экстренных больных, вид оперативных вмешательств и очередность их выполнения, объем и длительность предопераци-

онной подготовки, порядок осуществления необходимых диагностических и лечебных процедур, дополнительных инструментальных и лабораторных исследований, а также целесообразность проведения тех или иных консультаций и консилиумов. Он распределяет обязанности между дежурными хирургами и комплекзует операционные бригады, контролирует качество заполнения документации, в том числе и историй болезни, экстренно поступивших хирургических больных, и заверяет их своей подписью.

Критериями для назначения врача ответственным дежурным хирургом являются:

- соответствующий уровень знаний дифференциальной диагностики острых хирургических заболеваний;
- владение оперативной техникой;
- количество и объем самостоятельно выполненных им оперативных вмешательств;
- частота возникновения и характер осложнений, а также причины летальных исходов у оперированных им больных;
- необходимая подготовка в вопросах диагностики и лечебной тактики при множественных и сочетанных травматических повреждениях;
- владение специальными инструментальными методами обследования (рентгенологическими, УЗИ, эндоскопическими и т.д.);
- наличие определенного организационного опыта.

Особенность бригадного метода дежурства заключается в том, что при коллегиальном выполнении лечебно-диагностических мероприятий, окончательное решение в любом сложном или спорном случае принимает ответственный дежурный хирург, являющийся должностным лицом со всеми вытекающими последствиями персональной ответственности за свои действия. В учреждениях, оказывающих круглосуточную экстренную медицинскую помощь, целесообразно возлагать обязанности ответственного дежурного врача по всему учреждению в целом на ответственного дежурного хирурга, что позволяет оптимальным образом организовать лечебно-диагностический

процесс и принять правильное решение в наиболее трудных клинических ситуациях.

### Принципы организации работы хирурга в приемном отделении стационара.

Центральное место в работе БСМП и других клиник, имеющих в своем составе хирургические отделения, принадлежит приемному отделению, в котором проводится первичная диагностика острой хирургической патологии или ее исключение. В дневное время целесообразно наличие в приемном отделении штатного врача-хирурга с его последующим замещением дежурным хирургом в вечернее и ночное время, четко и в полной мере исполняющим весь перечень соответствующих должностных обязанностей, к которым относится:

- 1) проведение осмотра поступающих больных, установление предварительного диагноза, в кратчайшие сроки и по показаниям осуществление госпитализации больного в профильное отделение;
- 2) своевременное оказание экстренной медицинской помощи и при необходимости проведение начальных реанимационных мероприятий;
- 3) при выявлении больных, подозрительных на заболевания особо опасными инфекциями, проведение мероприятий согласно инструкций санэпиднадзора;
- 4) при поступлении в приемный покой лиц с повреждениями криминального характера (дорожно-транспортное происшествие, избиение, суицидальные попытки, терроризм) в обязательном порядке извещение телефонограммой о пострадавшем сотрудников отделения милиции с фиксацией в истории болезни времени передачи сообщения и фамилии того, кто его принял;
- 5) при массовом поступлении пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций или иных катастроф безотлагательное информирование руководства лечебного учреждения, вышестоящих органов медицинского управления и соответствующих территориальных служб ЧС и ГО о факте и характере происшествия;
- 6) контроль за своевременным направлением

ем больных в специализированные хирургические отделения с указанием вида их транспортировки;

7) информирование заведующих отделениями о тяжести поступающих больных для установления очередности их осмотра в отделениях стационара в дневное время;

8) контроль качества и своевременности выполнения врачебных назначений средним медицинским персоналом приемного отделения;

9) обеспечение наблюдения за больными, находящимися в изоляторе и на диагностических койках, динамическая оценка состояния их здоровья, своевременность и качество выполнения лечебно-диагностических назначений, а также контроль за соблюдением пациентами предписанного режима;

10) выдача сведений о судьбе или состоянии больного или пострадавшего;

11) ведение медицинской документации:

- фиксация даты и времени осмотра больного в приемном отделении в истории болезни, внесение в нее записи о состоянии больного, данных обследования, выполненных манипуляций и проводимого медикаментозного лечения;

- при отказах в госпитализации подробное изложение в соответствующем журнале объективных данных, причин отказа, проведенных исследований, лечебных мероприятий и заключения ответственного дежурного врача-хирурга;

- контроль за направлением в отдел статистики станции скорой медицинской помощи отрывного талона сопроводительного листка и, в случае необходимости, передача телефонограммы в территориальные лечебно-профилактические учреждения для активного посещения больного врачом поликлиники;

12) постоянное пребывание в отделении в специально отведенной комнате дежурного врача с обязательным информированием дежурного медицинского персонала приемного отделения о своем уходе и сообщением места своего нахождения;

13) обеспечение пациенту консультации всех необходимых специалистов;

14) контроль правильности и полноты сани-

тарной обработки госпитализируемых больных;

15) контроль правильности забора и хранения крови у лиц, поступивших в приемное отделение в состоянии алкогольного и наркотического опьянения;

16) контроль за проведением экстренной профилактики столбняка по показаниям;

17) информирование ответственного дежурного хирурга о каждом поступающем больном и, при необходимости, привлечение его к совместному первичному осмотру;

18) осуществление сдачи дежурства на утренней врачебной конференции с докладом обо всех поступивших больных, всех диагностических и лечебных мероприятиях, проведенных за период дежурства.

Хирург, дежурящий в приемном покое, должен хорошо знать диагностику и хирургическую тактику при различных видах хирургической патологии и в полном объеме владеть техникой различных оперативных вмешательств (резекция желудка, кишки, ушивание ран сердца, легкого, печени и т.д.). При одновременном поступлении нескольких экстренных больных, которым требуется неотложное оперативное вмешательство, он возглавляет одну из операционных бригад. При занятости ответственного дежурного хирурга на него возлагается проведение диагностических, тактических и организационных мероприятий во всех случаях поступления больных с экстренной хирургической патологией.

Как показывает опыт, диагностические и лечебные ошибки, допущенные в приемном покое, не всегда обусловлены сложностью клинической ситуации. Нередко они являются следствием отсутствия должного внимания к больному со стороны медперсонала, неисполнения им своих служебных обязанностей, а также неправильной организацией лечебно-диагностического процесса в целом.

Основной задачей приемного отделения является своевременная диагностика острого заболевания или его исключение. В приемном отделении больной должен находиться не более 1 часа. За этот период направительный диагноз должен быть либо снят, либо пациент госпитализирован в хирургиче-

ское отделение для уточнения диагноза, динамического наблюдения и, в случае необходимости, выполнения оперативного лечения. При первичном врачебном осмотре не всегда представляется возможным разобраться в диагнозе или решить вопрос о госпитализации по профилю имеющейся патологии. В подобных случаях пациенты после осмотра дежурным и ответственным хирургами госпитализируются на диагностические койки приемного отделения для динамического наблюдения дежурным хирургом. Однако все больные, состояние которых оценивается как тяжелое, должны быть сразу же переведены в отделения реанимации или интенсивной терапии. Наблюдение этой категории больных в приемном покое является грубой ошибкой. Объем помощи больным, находящимся в диагностических палатах, должен быть минимальным и включать лишь самые необходимые врачебные процедуры, такие как промывание желудка, постановка клизм, проведение инъекций и необходимой инфузионной терапии. Срок пребывания больных на диагностических койках не должен превышать одни сутки. В трудных и неясных случаях вопросы дифференциально-диагностического характера, как и принятие решения о направлении больного в соответствующее отделение, выносятся на консилиум.

Врач-хирург приемного отделения в обязательном порядке должен провести первичный осмотр всех поступивших больных с хирургической патологией и заполнить соответствующую медицинскую документацию (амбулаторный журнал, историю болезни). Не менее важным является оказание моральной помощи, как самому больному, так и лицам, сопровождающим его, которые бывают иногда психологически травмированы больше, чем сам пострадавший. Кроме того, дежурный персонал, в том числе и приемного отделения, обязан немедленно извещать родственников в следующих случаях:

- при поступлении в больницу ребенка или подростка до 15-летнего возраста без сопровождения взрослых;
- при поступлении больного в бессознатель-

ном состоянии;

- при переводе больного в другое лечебное учреждение;

- в случае смерти больного.

Больной всегда должен быть обследован с учетом динамики патологического процесса. Следует помнить, что состояние мнимого благополучия, наблюдаемое при поступлении больного, может в последующем стремительно измениться, вплоть до крайне тяжелого состояния. Время – беспощадный диагност и часто раскрывает истину тогда, когда уже упущены возможности достижения полного выздоровления.

В приемном отделении должен быть «Журнал отказов в госпитализации», в котором в случае отказа отражается клиническая картина заболевания, данные проведенного обследования и лабораторно-клинические показатели. Наряду с этим, в нем делается отметка о телефонограмме в поликлинику по месту жительства для обязательного посещения больного врачом на дому. Отказ пациента от госпитализации при наличии острой хирургической патологии регистрируется в журнале с распиской в нем больного (или родственников) об отказе и факте информирования его об опасных последствиях данного поступка.

При поступлении в приемное отделение больного с травматическими повреждениями следует отметить в истории болезни все признаки повреждения тела, их локализацию, размеры, состояние окружающих тканей. При обработке ран все удаленные, размозженные ткани и инородные тела подробно описываются и сохраняются для последующей передачи в патологоанатомическую или судебно-медицинскую службы. Все лечебные учреждения в обязательном порядке должны незамедлительно информировать дежурные части соответствующих органов внутренних дел о поступлении или обращении граждан с телесными повреждениями насильственного характера.

К таковым следует относить:

- повреждения, связанные с огнестрельными, колото-резаными, рубленными ранами и ранами иного характера, переломами, уши-

бами, сотрясением мозга и т.д.;

- повреждения и отравления, полученные при ожогах химически активными веществами и различными токсическими продуктами;
- ранения и травмы, полученные при пожарах, взрывах и других чрезвычайных происшествиях;
- травмы и ранения, связанные с неосторожным обращением с огнестрельным оружием и боеприпасами;
- травмы, полученные в результате дорожно-транспортных происшествий;
- телесные повреждения и травмы, связанные с неудовлетворительным состоянием строительных конструкций, зданий, сооружений и нарушением техники безопасности на производстве;
- иные повреждения при подозрении на насильственный характер их происхождения;
- все случаи смерти несовершеннолетних в возрасте до 16 лет, вне зависимости от ее характера (насильственный, ненасильственный);
- все случаи смерти лиц, находящихся в лечебном учреждении в связи с причинением им повреждений или иными насильственными действиями.

Особое внимание следует уделять диагностике состояния алкогольного или наркотического опьянения пострадавшего и фиксации этого факта в истории болезни с обязательным забором крови и мочи для последующего судебно-химического исследования. Пациенты, поступившие в приемное отделение в состоянии алкогольного опьянения, требуют особого внимания дежурного хирурга. Следует помнить, что у больных с выраженной алкогольной интоксикацией легко просмотреть любое тяжелое заболевание или повреждение, так как они фактически находятся в состоянии алкогольного наркоза. В подобных случаях пациента, находящегося в состоянии алкогольного опьянения, следует оставить в приемном отделении для динамического наблюдения за развитием патологического процесса.

Обязательным является проведение в приемном отделении экстренной профилактики столбняка, которая показана больным с травматическими нарушениями целостности

кожи и видимых слизистых оболочек, при обморожениях и ожогах (термических, химических, радиационных) II, III и IV степени, при проникающих повреждениях желудочно-кишечного тракта, при родах и абортах вне лечебного учреждения, при гангрене или некрозе тканей любого типа, длительно текущих абсцессах и карбункулах, а также в случае укусов животными, пресмыкающимися и человеком. Экстренную иммунопрофилактику столбняка следует проводить как можно раньше и вплоть до 20 дня с момента получения травмы.

Противопоказанием к применению специфических средств профилактики столбняка являются:

- 1) повышенная чувствительность больного к соответствующему препарату;
- 2) беременность (в первой половине противопоказаны АС-анатоксин и ПСС, во второй половине – ПСС).

Состояние алкогольного опьянения не является противопоказанием к экстренной профилактике столбняка.

Учитывая возможность анафилактических реакций при введении данных лекарственных средств (вплоть до развития шока), за пациентами необходимо медицинское наблюдение в течение не менее 1,5–2 часов после инъекции. Наличие или отсутствие реакции на препараты обязательно фиксируется в истории болезни.

### **Принципы организации работы дежурного хирурга по стационару.**

В обязанности дежурного хирурга входит оказание помощи тяжелобольным, находящимся в различных хирургических отделениях больницы, а также проведение лечебно-консультативной работы с пациентами, переданными под наблюдение дежурной бригаде лечащими врачами отделений. Регистрация этих больных с перечнем мероприятий, выполнение которых необходимо в вечернее и ночное время, производится лечащими врачами в специальном журнале. Следует отметить, что, приступая к дежурству, хирург должен стремиться к тому, чтобы передача наиболее тяжелых и требующих на-

блюдения больных проводилась лечащими врачами непосредственно у их постели. Дежурный хирург стационара, помимо динамического наблюдения за тяжелобольными и пациентами с неясным диагнозом, совместно с ответственным дежурным хирургом между 20 и 22 часами, а также 6 и 7 часами проводит обход всех хирургических отделений.

Во время обхода осматриваются все больные, оставленные под наблюдение, пациенты, которым в этот день было выполнено любое оперативное вмешательство, а также больные с высокой температурой и предъявившие какие-либо жалобы во время обхода. В историях болезни всех осмотренных пациентов дежурным хирургом должны быть подробно записаны данные вечернего и утреннего обхода. По распоряжению ответственного дежурного хирурга врач, дежурящий по стационару, может быть привлечен к осмотру вновь поступающих больных, проведению мероприятий, направленных на установление диагноза, к заполнению истории болезни и участию в операциях. В основном, это наблюдается при одномоментном поступлении в приемное отделение нескольких больных или при занятости остальных членов бригады выполнением экстренного оперативного вмешательства.

При организации работы во время дежурства необходимо учитывать, что ночное время является наиболее трудным периодом для оперативных вмешательств, что обусловлено естественной усталостью медицинского персонала, замедлением реакции, скорости принятия решения и, следовательно, большей вероятностью ошибок и неправильных действий. В связи с этим, оперировать ночью следует только по экстренным показаниям. Срочные операции могут быть отложены на утренние часы, а время до начала оперативного вмешательства следует использовать для более полного обследования пациента и проведения интенсивной предоперационной подготовки.

Однако следует заметить, что решение об отсрочке операции должно быть обосновано и не приводить к ухудшению состояния пациента, что должно быть от-

мечено в истории болезни. Принципиальной ошибкой также является выполнение отсроченных операций в вечернее и ночное время, что неизбежно сказывается на качестве полученных результатов.

Учитывая плановый характер дежурств, необходимо организовывать следующий рабочий день дежурных хирургов таким образом, чтобы они, по возможности, не являлись участниками плановых операций, тем более в качестве операторов.

Важным мероприятием в работе больницы является проведение утренней врачебной конференции с обязательным докладом дежурной бригады о завершившемся дежурстве. Для этого соответствующим образом оформляется вся необходимая документация: журналы передачи дежурств, сводка о движении больных, истории болезни вновь поступивших и наблюдаемых по дежурству пациентов. На утренней врачебной конференции дежурный хирург приемного отделения докладывает о вновь поступивших больных, количестве свободных мест в отделениях, характере и особенностях проведенных по дежурству оперативных вмешательств, о консультациях в других отделениях больницы. Хирург по оказанию помощи тяжелобольным докладывает о динамике состояния оставленных под наблюдение пациентов за период дежурства и о факте выявления осложнений у других больных. В подготовке обоих докладов непосредственное участие принимает ответственный дежурный хирург, отвечая за объем и достоверность всей представленной на конференции информации. Завершается доклад дежурной бригады отчетом дежурного анестезиолога-реаниматолога о состоянии больных, находящихся на лечении в отделении реанимации или интенсивной терапии. В работе утренней конференции отводится время для доклада о больных, которым в этот день предстоят плановые оперативные вмешательства, а также о характере и особенностях плановых операций, выполненных в предыдущий день.

Конференцию должен проводить непосредственно старший хирург, независимо от его официального статуса, будь то руко-

водитель кафедры или клиники, отдела НИИ, заместитель главного врача по хирургии или заведующий хирургическим отделением. Работа утренней врачебной конференции будет проходить максимально эффективно, если старший хирург до ее начала уже осмотрел поступивших и тяжелых пациентов, находящихся в стационаре, а накануне получил вечерний телефонный рапорт от ответственного дежурного хирурга, что входит в регламент работы хирургического стационара.

На утренней конференции хирургов анализируется деятельность дежурной бригады, рассматриваются допущенные ею в ходе диагностического и лечебного процесса организационные, тактические и технические ошибки, а также причины задержки операции.

**Источники:**

1. Приказ и. о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 сентября 2011 года № 617 «Об утверждении Инструкции по организации деятельности приемного отделения медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь».
2. Школа неотложной хирургической практики А. И. Ковалев, Ю. Т. Цуканов. – 3-е изд. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2012. – 743 с.
3. «Клиническая хирургия» Национальное руководство в трёх томах. Том I. 869 с. изд. «ГЭОТАР – Медиа» Москва, 2008.
4. Философия в экстренной хирургии. Пиковский Д. Л. Теория – практика. – М.: «Триада-Х», 2001. –224 с.

Наряду с этим, ведущий конференцию контролирует качество оформления историй болезни как экстренно поступивших больных, так и больных, которым предполагается выполнение плановых оперативных вмешательств в текущие сутки.

Таким образом, организация хирургической помощи строится на принципах единоначалия и успех в лечении больных с острыми хирургическими заболеваниями зависит от своевременной постановки диагноза, принятия решения и тактики ответственного хирурга.

В железнодорожной больнице г. Актобе придерживается такого принципа работы в оказании экстренной хирургической помощи населению города и других областей Казахстана, а также иностранцам.

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ КАДРЛЫҚ  
РЕСУРСТАРДЫҢ ӘЛЕУМЕТІҢ АРТТЫРУ/  
ПОВЫШЕНИЕ ПОТЕНЦИАЛА КАДРОВЫХ  
РЕСУРСОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

**Подготовка специалистов сестринской службы в Финляндии.**

**Опыт для Казахстана**

**Финляндияда мейіргерлік қызмет мамандарын даярлау.**

**Қазақстан үшін тәжірибе**

З.А. Байғожина,

*медициналық білімді дамыту бөлімінің бас сарапшысы;*

М.К. Калиева,

*медициналық білімді дамыту бөлімінің басшысы,*

А.О. Абдрахманова,

*медициналық білімді дамыту бөлімінің бас маманы,*

Н.М. Кабдрахманова,

*медициналық білімді дамыту бөлімінің сарапшысы, «Денсаулық сақтауды дамыту*

*Республикалық орталығы» ШЖҚ РМК*

**Түйіндеме**

Мақаланың авторлары Финляндияда (Ювяскюля, Ляхти қалалары) қолданбалы ғылыми университеттер базасында JAMK (University of Applied Sciences) оқу барысында алған әсері және білімдерімен бөліседі, Қазақстан Республикасында қолданбалы бакалавриатты енгізу жолдарын ұсынады. Оқытудың негізгі мақсаты – күзiреттiлiк тәсiлдеме негiзiнде мейiргерлердi оқыту тәжiрибесiн зерттеу, «Мейiрбике iсi» мамандығы бойынша қолданбалы бакалавриат бағдарламасын әзiрлеу және мемлекеттiң пилоттық колледждерiне енгiзу, алғашқы көмек көрсету аурухана бөлiмдерiнде мейiрбикелiк күтiм қызметiн ұйымдастыру және мейiрбикелiк тәжiрибе саласында зерттеулердi жүргiзу.

**Abstract**

Authors share their impressions and knowledge gained during training in Finland (Jyvaskyla, Lahti) at JAMK Universities of Applied Sciences, propose ways of applied bachelor program implementation in Kazakhstan. The main goal of training is to study the experience of competence-based nursing education, to conduct research in the field of nursing practice and organization of nursing services in hospital departments of primary medical care to develop applied bachelor programs in Nursing and to implement in pilot colleges of the country.

**В** рамках Государственной программы развития здравоохранения РК на 2012-2015 годы «Саламатты Қазақстан» и распоряжения Премьер-министра РК «Об утверждении Комплексного плана развития кадровых ресурсов здравоохранения Республики Казахстан на 2013-2016 годы» [1-5], предусмотрены мероприятия по приведению системы подготовки специалистов сестринского дела всех уровней (ТиПО, прикладной бакалавриат, академический бакалавриат, магистратура, докторантура PhD) в соответ-

ствии с Европейскими директивами.

В рамках Проекта Всемирного Банка в 2013 году в Казахстане начались мероприятия по совершенствованию сестринской службы [4]. Проведен анализ текущей ситуации по подготовке медицинских сестер, состоянию сестринской службы в РК, изучен опыт подготовки специалистов сестринской службы в зарубежных государствах. Министерством здравоохранения Республики Казахстан соответствующим приказом создана рабочая группа по разработке образователь-

ной программы прикладного бакалавриата по специальности «Сестринское дело» в 6 пилотных медицинских колледжах при партнерстве с Федерацией университетов прикладных наук (далее – ФУАС) Финляндии.

Для успешной реализации проекта с целью ознакомления с опытом подготовки специалистов сестринского дела на основе компетентностного подхода, проведения исследований в области медсестринской практики и организации услуг сестринского ухода в отделении первичной медицинской помощи больницы, представители пилотных медицинских колледжей и специалисты Республиканского центра развития здравоохранения (далее – РЦРЗ) прошли обучение в Финляндии (г. Ювяскюля, г. Ляхти) на базе университетов прикладных наук JAMK (University of Applied Sciences).

Выбор университетов Финляндии объясняется высоким уровнем образования в области сестринского дела и образовательных стандартов. Из 17 университетов естественных и 25 прикладных наук, университет прикладных наук JAMK является ведущим по подготовке кадров по 8 специальностям, в том числе по специальности «Здравоохранение и социальное обслуживание».

В Финляндии медицинские сестры могут участвовать в администрировании, заниматься педагогической работой в средне-технических и высших учебных заведениях, исследовательской работой, имеют возмож-

ность получения докторской степени в области сестринского дела. Ежегодно около 200 аспирантов получают степень магистра, и 50 – степень доктора в области сестринского дела.

Высокие показатели здравоохранения: соотношение врач/средний медицинский персонал – 1:7, соотношение медсестра/пациент – 0,72:1, регламентированные государственными стандартами, ежегодный выпуск специалистов сестринского дела – 57,6 и врачей – 9,4 на 100 тыс. населения свидетельствуют о важной роли системы здравоохранения в политике государства по подготовке специалистов здравоохранения высокой квалификации.

В качестве примера на рисунке 1 представлена структура персонала Центральной больницы Центрального округа Финляндии, персонал которой включает 4160 сотрудников, из них 3294 (79,2%) заняты лечением пациентов, 866 – обслуживанием, более половины всех сотрудников (58%) – сестринский персонал: медицинские сестры, физиотерапевты, акушеры и др. (рис. 1).

В Финляндии специалисты сестринского дела проходят подготовку не только на уровне профессионального учебного заведения, но также в рамках бакалавриата, магистратуры и докторантуры по сестринскому делу на базах университетов прикладных наук (рис. 2).

Практическая медицинская сестра в Финляндии (в РК – младшая медицинская се-

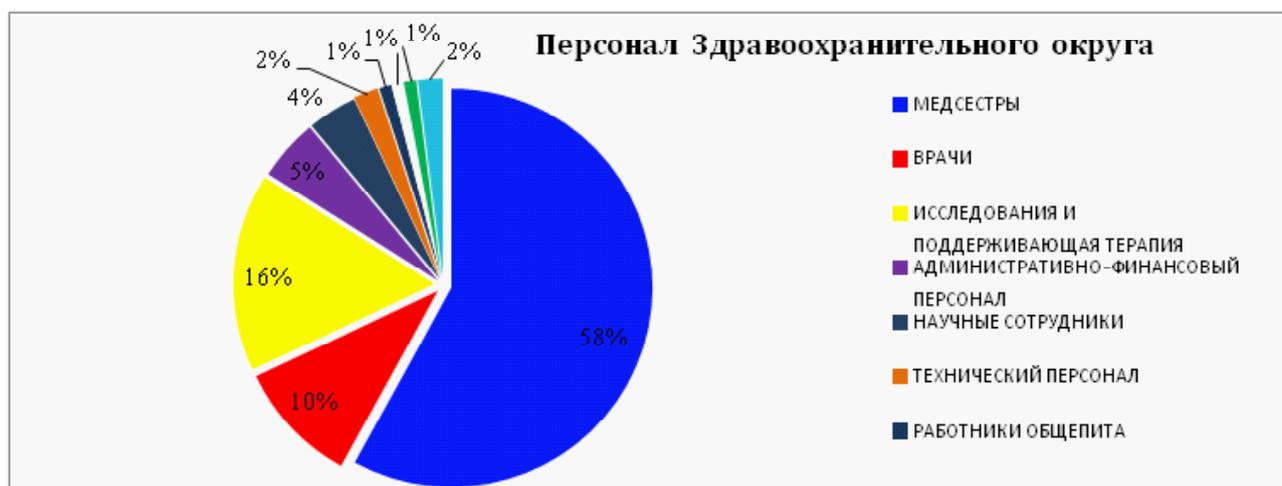


Рисунок 1.

Структура персонала Центральной больницы Центрального округа Финляндии

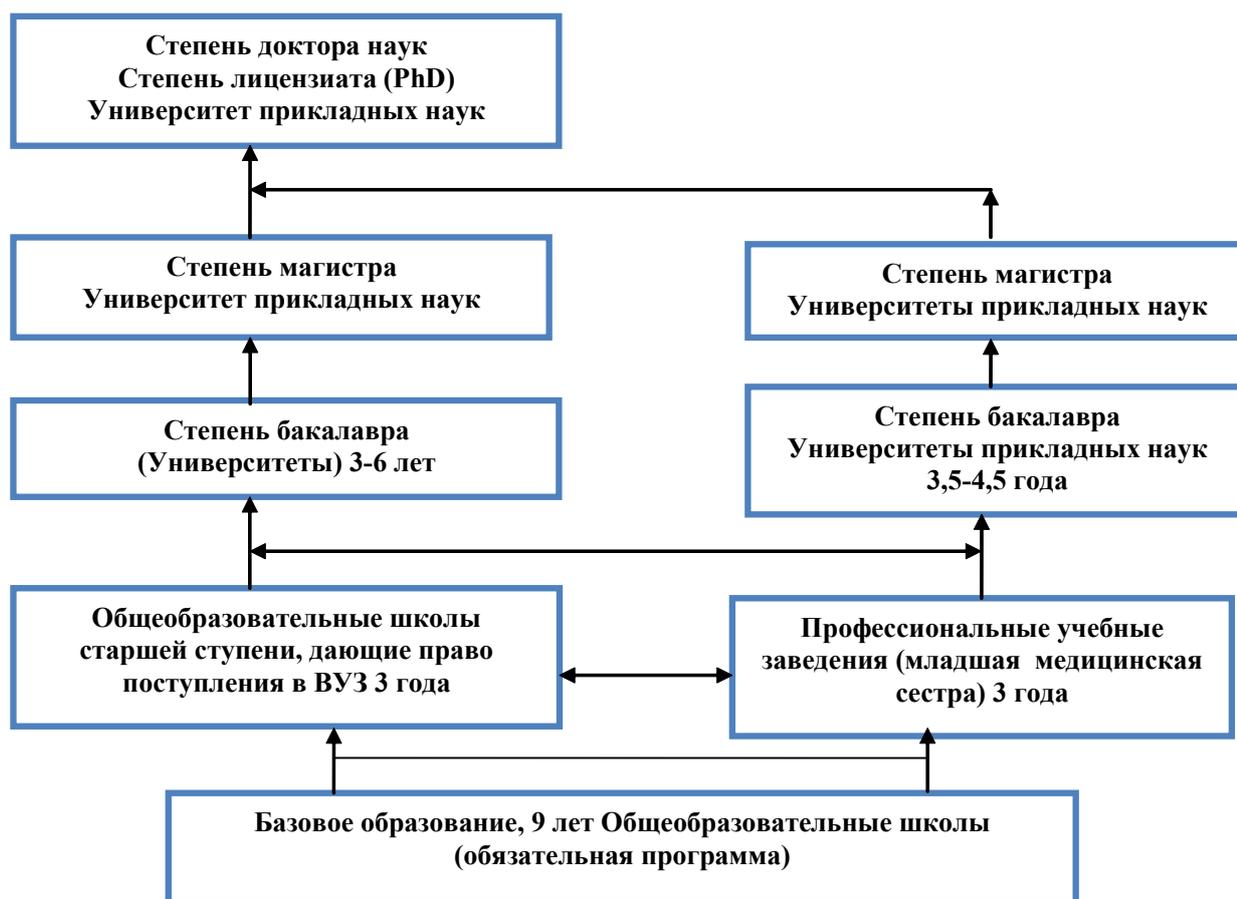


Рисунок 2.

*Система образования в Финляндии*

стра) после трехгодичного обучения обеспечивает уход за пациентом под руководством и контролем медицинской сестры, закончившей бакалавриат и вошедшей в регистрационный реестр бакалавров сестринского дела – registered nurse (зарегистрированная медицинская сестра).

Главные направления деятельности практической медсестры – оказание первой помощи, первичного и основного ухода за больными без права введения внутривенных инъекций, выписывания рецептов, доступа к наркотическим препаратам, а также без права медицинского управления (администрирования).

Registered nurse принадлежит ведущая роль в оказании медицинских услуг, так как они обладают высокой компетенцией, профессионализмом и имеют большие полномочия. Функциональные обязанности registered nurse значительно превышают функционал всех казахстанских медсестер вместе взятый – палатных, постовых, про-

цедурных, операционных и др. Registered nurse ведут индивидуальный прием пациентов, определяют предварительный диагноз, назначают лечебные и диагностические процедуры, выписывают рецепты, направляют на вакцинацию, консультируют по телефону, определяют необходимость консультации врача и др.

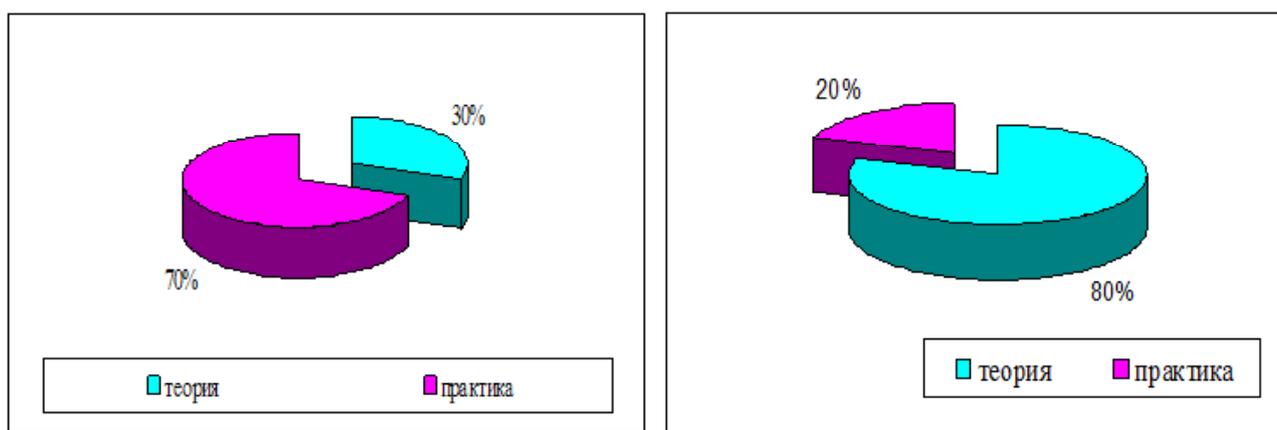
Некоторые из функциональных обязанностей финляндских registered nurse сегодня и в Казахстане передаются от врача медицинским сестрам: вопросы профилактики, здорового образа жизни, визиты к пациентам на дом, выполнение некоторых процедур, не требующих присутствия врача, и т.д.

В Финляндии 80% пациентов предварительно поступают к медсестрам, а затем, в случае необходимости, к врачам, и только 20% пациентов поступают непосредственно к врачам. В повсеместно распространенных центрах здоровья в Скандинавских странах ведущая роль также принадлежит медицин-

ским сестрам (бакалаврам) [1].

В Финляндии подготовка медицинских сестер основывается на директивах Европейского Союза: минимальная продолжительность обучения составляет 4600 часов, в Казахстане – 3528. При этом более половины часов в Финляндии и странах Евросоюза (ЕС) отводится практической подготовке (рис. 3). Подготовка осуществляется в медицинских организациях под патронажем преподавателей и наставничестве со стороны

опытных практикующих медицинских сестер. Каждый учебный год имеет свою тематику: 1 год – «Медсестра как профессионал своего дела» (идентификация м/с), 2 год – «Медсестра, работающая в межпрофессиональной команде», 3-4 год – «Умение совершенствоваться в своем деле. Самосовершенствование». На 4 курсе в рамках клинической подготовки студенту предоставляется право и возможность выбрать одну из пяти специализаций (540 часов): «Сестринское дело»,



Казахстан

Страны Евросоюза

Рисунок 2.

*Сравнительный анализ распределения теоретических и практических часов подготовки МС в странах ЕС и Казахстане*

«Физиотерапия», «Планирование и осуществление реабилитации», «Социальное обеспечение», «Трудовая терапия». Особенностью программы является ее гибкость, которая заключается в том, что студенты сами составляют траекторию своего обучения и поэтому могут закончить обучение в разное время.

В обучении широко используются такие методы, как работа в проектах, работа в команде, симуляционное обучение, большое внимание уделяется практике на рабочем месте, саморазвитию, исследовательской деятельности студентов. Интерес представляет весьма эффективный метод обучения Job-Shadowing – означающий дублирование на рабочем месте, когда студент наблюдает за работой преподавателя, наставника и учится выполнять ту же работу самостоятельно.

Главная особенность образовательных программ заключается в ориентации их на работодателя, который принимает непосред-

ственное участие в реализации образовательных программ, особенно в части производственной практики.

Место прохождения практики резервируется через электронную систему и лица, ответственные за работу со студентами (координатор учебного процесса) и прохождения ими практической подготовки, заранее связываются с ними и оговаривают график прохождения практики и другие организационные вопросы. Координатор регламентирует количество студентов, их распределение, размещение и прибытие на практику, следит за качественным руководством студенческой практикой, уровнем управленческих навыков медицинских сестер, руководящих студентами.

Кроме того, в каждом отделении есть ответственные инструкторы, которые следят за ходом практической подготовки студентов. К каждому студенту прикреплено 1-2 ментора, которые осуществляют непосредственное

руководство практикой, то есть направляют студента в процессе получения знаний и навыков, оказывают помощь в освоении основных клинических навыков и способностей, в профессиональной социализации, содействуют его профессиональному росту.

В свою очередь ответственные за работу со студентами также проходят многопрофильное обучение навыкам руководства. Работа по руководству студенческой практикой проходит оценку качества с помощью Национального барометра качества руководства деятельностью студентов CLES (Clinical Learning Environment Scale). С помощью барометра качества оценивается атмосфера в коллективе, эффективность ухода за пациентами, управленческие отношения. К примеру, по шкале от 0 до 10 в 2013 году уровень руководства деятельностью студентов в округе Центральной Финляндии получил оценку 8,6 балла, что, согласно международным критериям, является очень хорошим показателем.

Организация клинической практики и наставничества в образовательной системе Финляндии поставлена на высоком уровне. Ответственные за работу со студентами образуют узкоспециализированные сообщества, которые встречаются 4-6 раз в году, с целью обеспечения единообразия практик, информирования, обмена опытом, разбора и решения сложных ситуаций со студентами.

После окончания практической работы проводится трехсторонняя оценка результатов: наставником-медсестрой и наставником-преподавателем, кроме того, студент сам дает оценку своей работе. Каждый учебный модуль оценивается по принципу «зачет-незачет» по 11 компетенциям: этическая компетенция, коммуникационная компетенция, компетенция профессионального развития, компетенция взаимодействия с клиентом, организационно-общественная компетенция, интернационально-культурная компетенция, компетенция в сфере клинического ухода, компетенция «принятие решений», компетенция «содействие здоровью», компетенция «руководство и обучение», саморазвитие.

Положительный опыт организации

и развития сестринского дела в Финляндии показывает, что деятельность специалистов сестринского дела меняется, и на смену традиционной практике медсестер в больницах приходят новые виды помощи, связанные не только с болезнями или патологическими состояниями, но и с проблемами сохранения и поддержания индивидуального и общественного здоровья.

Знакомство казахстанских специалистов с образовательной системой и программой прикладного бакалавриата по сестринскому делу, организацией сестринской службы в лечебно-профилактических учреждениях гг. Юваскюля и Лахти позволило рекомендовать внедрение опыта Финляндии в области подготовки медицинских сестер новой формации в Республике Казахстан.

На основе изучения опыта Финляндии по подготовке медицинских сестер для развития сестринского дела в Республике Казахстан предлагается следующее:

1. При разработке и внедрении образовательной программы прикладного бакалавриата по специальности «Сестринское дело» в Республике Казахстане необходимо учесть опыт Финляндии.
2. Рассмотреть возможность разработки и внедрения нормативного и финансового механизма взаимоотношений между студентом, организацией образования и клинической базой в рамках трехстороннего договора в соответствии с концепцией дуального обучения.
3. Разработать и внедрить образовательную программу по наставничеству, которая позволит начать в пилотном режиме подготовку менторов из числа опытных практикующих медицинских сестер лечебно-профилактических учреждений шести регионов, где расположены 6 пилотных медицинских колледжей.
4. Профессиональные обязанности (должностные инструкции) в деятельности медицинских сестер и национальные профессиональные стандарты должны быть пересмотрены в отношении различных уровней квалификации в данной области: младшая медицинская сестра, медсестра с профессиональной подготовкой, медсестра

со степенью прикладного бакалавра (зарегистрированная), медсестра с университетской академической степенью бакалавра, магистерской и докторской степенями в данной сфере.

5. С целью эффективного внедрения программы прикладного бакалавриата провести обучение преподавателей шести пилотных медицинских колледжей.

Опыт Финляндии по многоуровневой

подготовке и переподготовке специалистов сестринского дела признан на международном уровне, в связи с чем, внедрение его в образовательные программы медицинских колледжей положительно скажется на уровне подготовки казахстанских медицинских сестер, престиже профессии, а также показателях здоровья населения и снижении дефицита врачебных кадров.

#### Источники:

1. Государственная программа развития образования Республики Казахстан на 2011 - 2020 годы, утвержденная Указом Президента Республики Казахстан от 7 декабря 2010 года № 1118.
2. Концепция развития медицинского и фармацевтического образования РК на 2011-2015 годы, утвержденная приказом и.о. Министра здравоохранения РК от 12 августа 2011 года № 534.
3. Проект Концепции развития сестринского дела в РК до 2020 года.
4. Проект Всемирного Банка «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан», Соглашение о займе (Проект по передаче технологий и проведению институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан) между Республикой Казахстан и Международным Банком Реконструкции и Развития от 2 февраля 2008 года.
5. Постановление Правительства РК «Об утверждении Плана мероприятий по реализации Концепции по вхождению Казахстана в число 30-ти самых развитых государств мира на 2014–2020 годы», № исх.752 от 1 июля 2014 года.
6. Кашафутдинова Г.Т., Байсугурова В.Ю. Современное состояние сестринского дела в развитых странах: расширение сестринской практики. Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова г. Алматы/ Вестник КазНМУ.

## Подготовка кадровых ресурсов как основа совершенствования национальной системы аккредитации

Шаймерденова А.А.

*Мемлекет тарапынан қадала көңіл бөлініп отырған,  
негізгі факторлардың бірі-медициналық қызмет көрсету сапасы.*

### Түйіндеме

Тиімді жаңарту және осы жүйенің қызметінің маңызды бөлімі кадрларды дайындау болып табылады. Қазіргі кезеңде кадрлармен жұмыс істеуге аккредиттеу жүйесінің барлық қатысушыларды жетілдірген, медициналық ұйымдардың персоналдарын оқытуы кіреді, аккредиттеу өткізуге дайындалатын ішкі аудит қызметінің мамандары, сондай-ақ аккредиттеу стандарттарға сәйкес ішкі кешенді бағалауды өткізетін мамандарды дайындайды.

### Abstract

Quality of medical service – is one of the main factors, which is paid close attention from the state. Important element for effective modernization and operation of this system is training of personnel. Work with the personnel at the present stage is characterized by the improvement of all participants in the accreditation system, including the training of personnel of medical organization, specialists of the internal audit, who are engaged in the preparation for the accreditation, and training of specialists, who conduct a comprehensive assessment of foreign compliance with accreditation standards.

**К**ачество медицинского обслуживания – один из главных факторов, которому уделяется пристальное внимание со стороны государства.

В настоящее время, в целях создания конкурентной среды при оказании медицинских услуг и ориентации медицинских организаций на безопасность пациентов и персонала, проводится совершенствование национальной системы аккредитации.

Важным звеном для эффективной модернизации и деятельности данной системы является подготовка кадров. Работа с кадрами на современном этапе характеризуется совершенствованием всех участников системы аккредитации, включающей обучение персонала медицинской организации, специалистов службы внутреннего аудита, занимающихся подготовкой к проведению аккредитации, также подготовку специалистов, которые проводят внешнюю комплексную оценку на соответствие стандартам аккредитации (инспекторов).

В период с 2009 года по 2014 гг. общее количество обученных специалистов здравоохранения по вопросам аккредитации составило 3830 человек.

В основе обучения специалистов здравоохранения по вопросам аккредитации находится рабочая учебная программа, аккредитованная международным сообществом по качеству в здравоохранении ISQua.

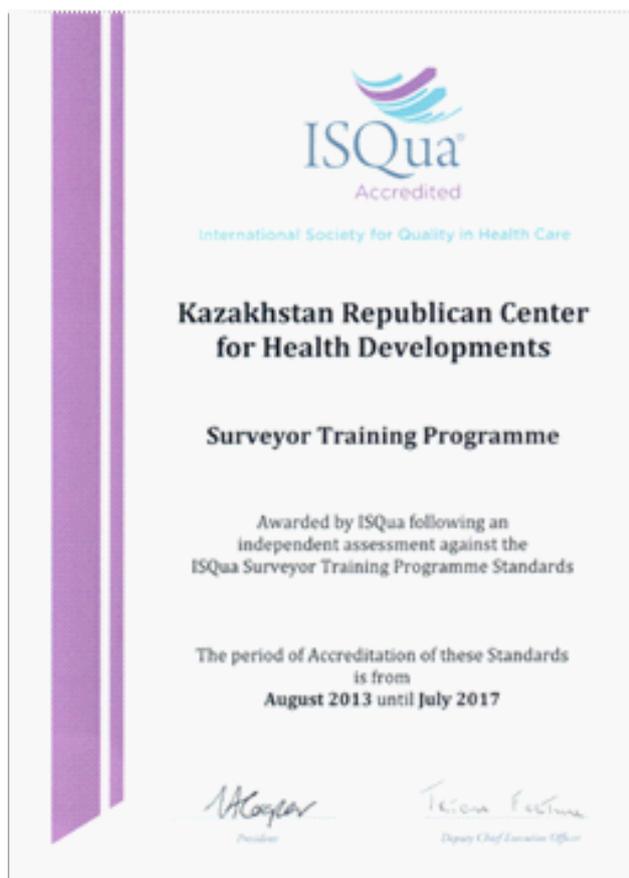
Очередным этапом повышения потенциала участников процедуры аккредитации было проведение обучения инспекторов, которое проходило в трех регионах Республики Казахстан: гг. Астана, Шымкент, Павлодар, в период с 9 по 27 июня 2014 года. По итогам обучения 223 инспектора получили сертификаты.

Стоит отметить, что претендентов на обучение отбирали с учетом международных принципов и требований к компетенции обучаемого специалиста.

Обучение проводилось сертифицированными тренерами, из числа сотрудников



*Диаграмма 1.  
Общее количество обученных специалистов*



Центра аккредитации РГП «Республиканский центр развития здравоохранения». При проведении обучения были использованы методы совместного обучения, основанные на концепциях обучения взрослых людей, которые стимулируют мозговую активность, творческий потенциал для выявления новых идей и решений проблем.

Учебная программа включала упражнения для самостоятельной работы, интерактивные лекции, лекции по четырем разделам обновленных стандартов аккредитации, ролевые игры, решение ситуационных задач, работу в группе, индивидуальные упражнения и учебное аккредитационное обследование с выездом в медицинскую организацию.

В процессе проведения обучения большее внимание уделялось самостоятельной работе инспекторов.

*Одним из этапов самостоятельной работы инспекторов была подготовка презентаций на следующие темы:*

1. принципы управления качеством;
2. мотивация персонала;
3. совершенствование службы внутреннего аудита;

4. повышение качества: фокус на пациенте и лидерство;
5. принципы управления качеством: текущая ситуация в Казахстане (плюсы и минусы);
6. управление человеческими ресурсами;
7. работа в команде;
8. непрерывное улучшение процессов;
9. управление рисками;
10. управление конфликтами;
11. системный подход;
12. этические правила инспекторов.

В процессе презентаций инспектора могли обмениваться мнениями, знаниями и навыками по общим и интересующим их вопросам. Для получения достоверной информации об успешности проведенного обучения и путях ее улучшения, проводилась оценка курса.

Оценка курса проводилась с использованием двух методов, согласно разработанных анонимных анкет:

- 1) ежедневная оценка инспекторами учебно-методического материала, методов преподавания, важности темы, подхода лектора;
- 2) оценка обучающего курса в конце обучения.

В 78% случаев инспектора оценили актуальность представленной темы и методику преподавания лектора на оценку «5», что является довольно высоким показателем.

20% слушателей данную работу оценили на «4». В 3% случаев работа лекторов была оценена на оценку «3».

С целью моделирования внешней комплексной оценки, закрепления приобретенных знаний, было проведено учебное аккредитационное обследование с применением обновленных оценочных листов (чек-листов) для оценки соответствия требованиям обновленных стандартов аккредитации, соответствующих международным требованиям.

При тестировании обновленной методики по проведению внешней комплексной оценки, во время учебного аккредитационного обследования, инспекторам была предложена шкала «0 - 5» баллов.

Как видно из данных (диаграмма 4), в 23% случаев инспекторами отмечалось, что данная шкала не совсем удобна при оценке на соответствие стандартам аккредитации.



Диаграмма 2.  
Аналитические данные по обратной связи

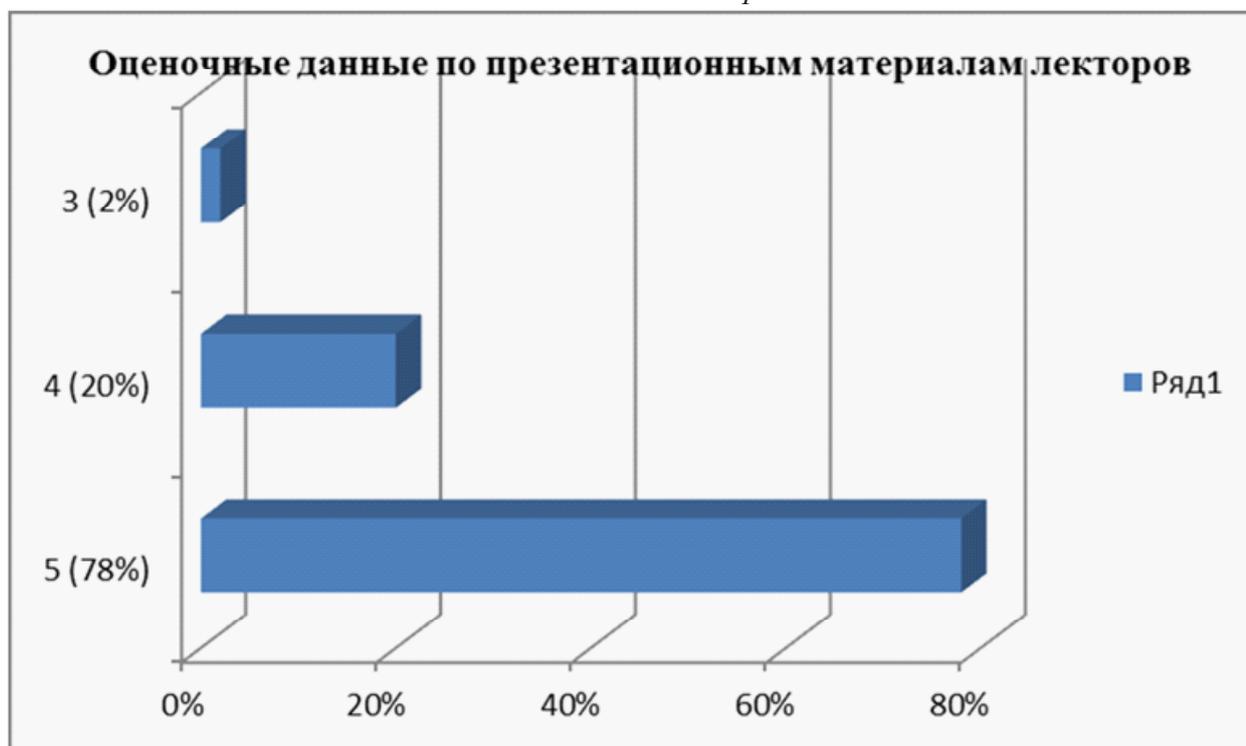


Диаграмма 3.  
Аналитические данные по обратной связи

66% слушателей отметили, что трехбальная шкала: «0-3-5» наиболее приемлема при проведении внешней оценки. В 11% случаев инспекторы отметили, что шестибальная шкала «0-1-2-3-4-5» наиболее приемлема

при проведении аккредитационного обследования.

Согласно информации, полученной по результатам обратной связи, были выделены основные трудности, с которыми ин-

спектора соприкасаются при проведении процедуры аккредитации.

Большинством инспекторов отмечена основная сложность при проведении процедуры аккредитации – это сложность ввода данных по результатам обследования в информационную программу, что составило 47%. 34%

инспекторов, как одну из основных трудностей при аккредитации, отметили длительные командировки. В 18% случаев инспекторами отражено в анкетах, что у них не бывает достаточного количества времени для проведения внешней оценки, внесения данных в программу и предоставления отчетов. В 1%

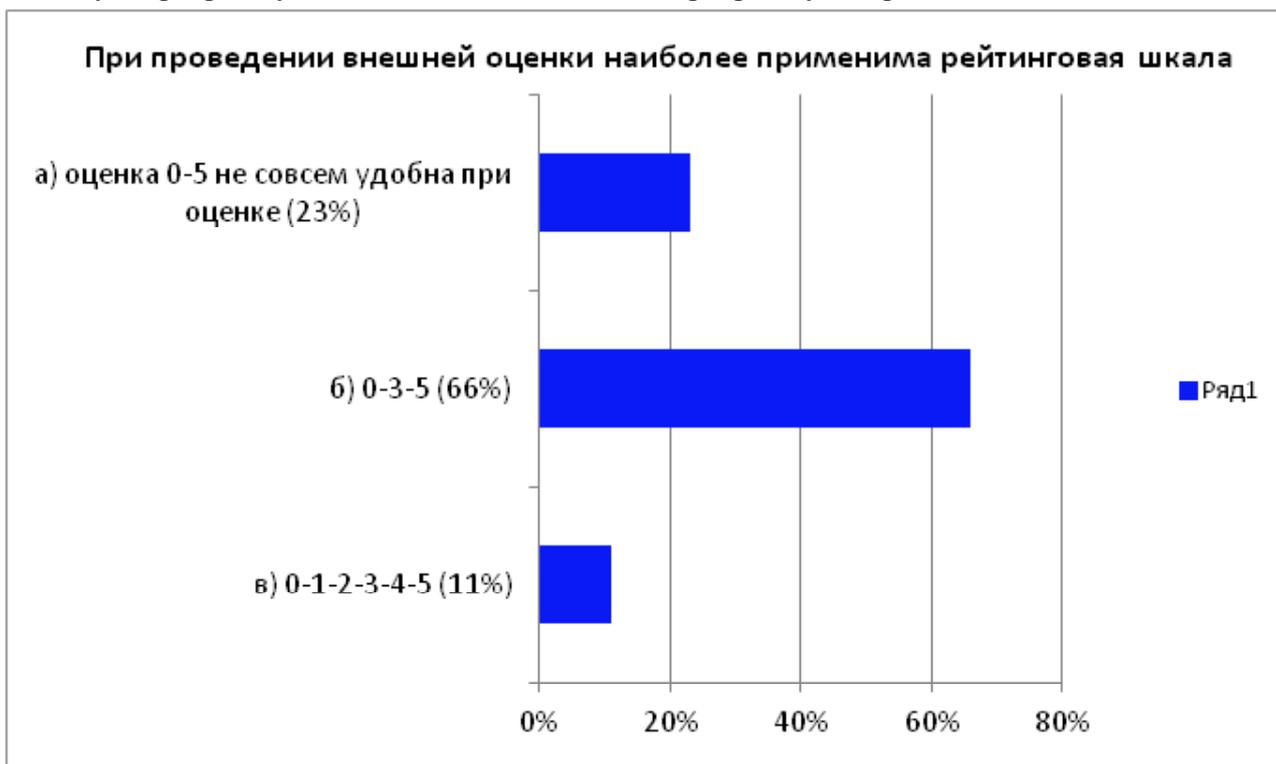


Диаграмма 4.

Аналитические данные по обратной связи



Диаграмма 5.

Аналитические данные по обратной связи

случаев инспекторами отмечается в качестве основных трудностей – недостаточное понимание со стороны руководителей при их выезде на внешнюю комплексную оценку.

По завершению обучающих циклов были проведены тестовые экзамены обучаемых специалистов с применением методики тестирования, рекомендуемой международным сообществом по качеству ISQua. Тестовые экзамены состояли из 40 вопросов, каждый из которых имел 4 варианта ответов, некоторые вопросы имели несколько правильных ответов.

Результаты тестовых экзаменов инспекторов были систематизированы по правильности ответов.

Как видно из данных диаграммы 6, наименьшее количество правильных ответов было представлено по вопросам 33, 34, 37, 39.

Полученные данные будут учтены при разработке тестовых вопросов для последующих обучающих курсов и будет проведено более углублённое изучение по данным темам при следующих обучении.

По результатам тестового экзамена, согласно разработанных и утвержденных индикаторов измерения учебной деятельности, были определены:

1) УКО – уровень качества обучения (число обучающихся, сдавших тестовый экзамен на «4», «5» \* 100% / число обучившихся) – дан-



Диаграмма 6.

#### Результаты тестового экзамена

ный показатель составил 69%;

2) УО – уровень обученности (число успевающих обучающихся \* 100 / общее число обучающихся) – данный показатель составил 99%, что соответствует оптимальному уровню обученности;

3) СБ – средний балл составил 4,0;

4) КО – коэффициент обучения (СБ / 5) составил 0,80 при пороговом уровне 0,50.

Большинство обучающихся инспекторов успешно сдали тестовый экзамен, набрав необходимый порог баллов, что составило 99%.

На сегодняшний день в Казахстане обучено и подготовлено 230 инспекторов по обновленным стандартам и методикам проведения процедуры аккредитации медицинских организаций.

Создание институциональных основ для совершенствования системы управления качеством медицинских услуг, путем внедрения процедуры аккредитации организаций здравоохранения является необходимым инструментом для внедрения международных стандартов аккредитации и повышения качества медицинских услуг населению.



# ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ



ИС «МЕДИЦИНА» – это готовый набор инструментов для оперативного и качественного решения профессиональных задач медицинских и фармацевтических организаций, ставший осознанным выбором тысяч пользователей по всему Казахстану!



Не секрет, что в современных условиях, врачам приходится быть одновременно экономистами, юристами и менеджерами.

В оперативном решении вопросов, связанных с медицинским законодательством, заинтересованы все: главные врачи и эксперты страховых компаний, производители лекарственных средств и медицинской техники, руководители аптечных организаций. Ведь успешное развитие бизнеса на рынке медицинских услуг во многом зависит от того, насколько грамотно и свободно специалисты медицинских и фармацевтических организаций владеют профессиональной медицинской информацией и ориентируются в отраслевом законодательстве.

На помощь им приходят современные информационные технологии. Чтобы быть в курсе всех изменений в нормативных документах по здравоохранению, сегодня им достаточно лишь установить Информационную систему Параграф «МЕДИЦИНА», далее – ИС «МЕДИЦИНА».

ИС «МЕДИЦИНА» является информационной базой данных, предназначенной для установки на персональном компьютере, а также использования в он-лайн режиме в сети Интернет. Она включает в себя нормативные и правовые документы, а также практические комментарии специалистов по медицинскому и фармацевтическому законодательству, справочники по медицинским организациям, лекарственным средствам, медицинскому оборудованию и их фирмам-

производителям.

На текущий день, информационный банк системы составляют около 13 тысяч нормативных документов по здравоохранению, 11 профессиональных медицинских справочников и все необходимые формы медицинской документации.

В ИС «МЕДИЦИНА» регулярно включаются публикации из ведущих отраслевых журналов и книг, ответы с блога Министерства здравоохранения и прочие информационные материалы. Пользуясь данной подборкой публикаций, специалист получает консультации в решении конкретной задачи, а также ответы на вопросы относительно всех изменений и нововведений в медицинском законодательстве.

При правильном использовании, ИС «МЕДИЦИНА» позволяет значительно упростить работу специалистов организаций здравоохранения, как непрерывная форма обучения и повышения квалификации, обеспечивая стабильное получение необходимой медицинской информации и качественное выполнение работы.

Интуитивно понятный интерфейс, удобные и эффективные поисковые инструменты системы не требуют обязательной предварительной подготовки и специальных знаний, а могут быть освоены для повседневной работы медицинскими работниками с основами компьютерных знаний за короткий промежуток времени. Для установки программы пригодны компьютеры с рядовыми характеристиками, требуется лишь стандартное программное обеспечение. Возможно использование системы в интерактивном режиме в сети Интернет.

Использование подобных информационных систем в работе организаций здравоохранения обеспечивает быстрый поиск необходимых сведений, а единое информационное пространство интегрирует финансово-экономическую, медико-статистическую, фармацевтическую информацию и дает возможность одновременно изучать нормативные, справочные и аналитические материалы.

[med.zakon.kz](http://med.zakon.kz)



