

ISSN 2225-9925



ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МЕНЕДЖЕРІ

Желтоқсан 2011, № 1(1)

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

МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Посвящается двадцатилетию государственной
независимости Республики Казахстан

**Наименование журнала:**

«Менеджер здравоохранения Республики Казахстан»

Периодичность:

2 раза в полугодие

Собственник:

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

Учредители журнала:

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

Территория распространения:

Республика Казахстан, страны СНГ, ближнее зарубежье

Тираж:

400 экземпляров

Адрес редакции:

г. Астана, ул. Иманова, 50

Электронный адрес редакции

mzrk@bk.ru

Главный редактор:

Кульжанов М. К.

Заместитель главного редактора:

Кулмагамбетов И. Р.

Редакционный совет:

Аканов А. А., Байгенжин А. К.,
Байжунусов Э. А., Биртанов Е. А.,
Ермекбаев К. К., Ергалиев К. А.,
Ибраев С. Е., Каптагаева А. К.,
Ковач Л., Кучеренко В. З.,
Омаров К. Т., Рахыпбеков Т. К.,
Телеуов М. К., Шарман А. Т.

Редакция:

Азербаетова А. Ж., Калиева М. А.,
Ниткалиев К. У.

Технический секретарь:

Березин С. С.

Компьютерная верстка и дизайн:

Жунускан Р.

Издается с декабря 2011 года

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



Уважаемые читатели!

**Вас приветствует редакция журнала
«Менеджер здравоохранения Республики Казахстан»!**

Вы держите в руках первый номер журнала «Менеджер здравоохранения Республики Казахстан», учредителем которого является РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

С выходом журнала в свет мы связываем надежды на более тесное и плодотворное сотрудничество руководителей в сфере здравоохранения, предприятий разного уровня и разных форм собственности. Это особенно актуально на волне нынешних перемен, когда проблема менеджмента здравоохранения стала наиболее актуальной. Не случайно, что в Государственной программе развития здравоохранения РК «Саламаты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы одним из основных направлений является совершенствование управления медицинской помощи в Единой национальной системе здравоохранения.

Мы полагаем, что наш журнал должен быть тем изданием, в котором менеджеры здравоохранения разных уровней, в первую очередь топ-менеджеры, должны иметь возможность свободного обмена мнениями, изложения своих позиций, опубликования результатов собственного опыта.

На страницах журнала будут регулярно публиковаться обзорные статьи по наиболее важным и актуальным проблемам менеджмента в сфере здравоохранения, материалы методического характера и заметки из практики.

Мы рассчитываем, что журнал привлечет внимание отечественных и зарубежных специалистов в области менеджмента, преподавателей данной дисциплины в ВУЗах и учащихся по программам организации и менеджмента здравоохранения.

Идея регулярного издания отраслевого журнала для руководителей здравоохранения вызвала большой интерес у зарубежных коллег, свидетельством тому является участие в международном редакционном совете Кучеренко В. З. - члена-корреспондента РАМН, профессора, доктора медицинских наук, заслуженного деятеля науки РФ, заместителя директора по научной работе научно-исследовательского института общественного здоровья и управления здравоохранением и Лайоша Ковача - доктора медицинских наук, руководителя проекта консалтинговой компании «EPOS Health Management».

Мы надеемся на тесное и плодотворное сотрудничество с Министерством здравоохранения Республики Казахстан, а также ведущими научными коллективами и лечебно-профилактическими учреждениями страны.

Главный редактор М. Кульжанов

Уважаемые коллеги и читатели журнала!

Символично то, что первый номер нового отраслевого журнала «Менеджер здравоохранения Республики Казахстан» выходит в преддверии знаменательного для всей страны события - Двдцатилетия Государственной Независимости Республики Казахстан.

Несмотря на трудности становления нашей страны в первые годы Независимости, в целом, за 20 лет в республике отмечается планомерное развитие здравоохранения, которое напрямую связано с ростом экономического благополучия Казахстана. И в этом огромный вклад продуманных и всеобъемлющих институциональных реформ.

В настоящее время дальнейшая успешная реализация осуществляемых преобразований в системе здравоохранения, прежде всего, зависит от профессионализма управленческих кадров – менеджеров здравоохранения. Государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы поставлена конкретная задача по совершенствованию системы управления и внедрению института профессиональных менеджеров.

Для решения поставленной задачи создан национальный координатор в области современного менеджмента здравоохранения - Центр менеджмента здравоохранения. Надеюсь, что настоящий журнал будет эффективным инструментом для передачи наилучшей международной практики в области управленческих технологий, обмена опытом и знаниями между организаторами здравоохранения, поможет объединить широкий круг специалистов и явится большим шагом в процессе становления менеджмента здравоохранения Казахстана.

Уверена, что редакцией журнала будут публиковаться самые интересные и актуальные темы по приоритетным направлениям системы здравоохранения, возможным путям кооперации различных видов деятельности и научных исследований.

В связи с активной реализацией государственной программы развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг. и реформированием современной медицинской науки значительно повышается роль международного сотрудничества в части внедрения менеджерских технологий, и поэтому выпуск журнала имеет большое научное и практическое значение для развития менеджмента здравоохранения в Казахстане.

Желаю больших творческих успехов!



Министр здравоохранения РК Салидам Каирбекова

Редакционный совет



Главный редактор: Кульжанов Максут Каримович

Генеральный директор Республиканского центра развития здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан, д.м.н., профессор. Приглашенный профессор Университета Содружества Вирджинии США



Заместитель главного редактора: Кулмагамбетов Ильяс Райханович

Заместитель генерального директора – исполнительный директор по научно-образовательной деятельности Республиканского центра развития здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан, академик НАН РК, д.м.н., профессор



Аканов Айкан Аканович

Ректор Казахского национального медицинского университета им. С. Д. Асфендиярова, д.м.н., профессор



Байгенжин Абай Кабатаевич

Генеральный директор АО «Национальный научный медицинский центр», президент Ассоциации пульмонологов Центральной Азии, действительный член Европейской академии естественных наук, член Президиума Комитета ВОЗ, д.м.н., профессор АО «Национальный научный медицинский центр»



Байжунусов Эрик Абенович

Вице-министр здравоохранения Республики Казахстан



Биртанов Елжан Амантаевич

Председатель Правления АО «Национальный медицинский холдинг», д.м.н.



Ермекбаев Канат Картаевич

Председатель Комитета оплаты медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан, д.м.н.



Ергалиев Куаныш Асылханович

Начальник Управления развития менеджмента в здравоохранении Департамента науки и человеческих ресурсов Министерства здравоохранения Республики Казахстан, магистр общественного здравоохранения

Редакционный совет



Ибраев Серик Ескендирович

Первый заместитель генерального директора – Исполнительный директор по информационно-аналитической работе; д.м.н., профессор, действительный член (академик) Российской академии медико-технических наук.



Каптагаева Айгуль Кайратовна

Заместитель исполнительного директора по научной работе Республиканского центра развития здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан, д.м.н.



Ковач Лайош

Руководитель проекта консалтинговой компании «EPOS Health Management», д.м.н.



Кучеренко Владимир Захарович

Заместитель директора по научной работе научно-исследовательского института общественного здоровья и управления здравоохранением, д.м.н., профессор, член-корреспондент Российской академии медицинских наук



Омаров Кадыр Токтамысович

Председатель Совета директоров АО «Национальный научный кардиохирургический центр», д.м.н.



Рахыпбеков Төлебай Қосиябекович

Ректор Государственного медицинского университета г. Семей, д.м.н., профессор



Телеуов Мурат Қойшибаевич

Директор Департамента науки и человеческих ресурсов Министерства здравоохранения Республики Казахстан, д.м.н., профессор



Шарман Алмаз Торегельдиевич

Заместитель председателя Исполнительного Совета АОО «Назарбаев Университет», PhD, профессор

Оглавление

СТРАТЕГИЯ И ПОЛИТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	10
Роль Республиканского центра развития здравоохранения в реформировании здравоохранения РК <i>Кульжанов М. К.</i>	10
Система здравоохранения Казахстана: уроки реформ и перспективы развития <i>Аканов А. А.</i>	14
КОМПЕТЕНТНОЕ МНЕНИЕ	22
УПРАВЛЕНИЕ ЛЮДЬМИ И СОБОЙ	31
Менеджер в здравоохранении Республики Казахстан. Настоящее и перспективы <i>Сыздыкова А. А., Ергалиев К. А., Канатова А. С.</i>	31
Развитие профессиональных навыков менеджера - основа личной и командной эффективности <i>Каптагаева А. К.</i>	34
Опыт дифференцированной оплаты труда в условиях ПХВ на базе ГКП на ПХВ «Кокшетауская городская больница» <i>Какенов С. К.</i>	38
К вопросу о функциональных обязанностях менеджеров сестринского дела <i>Турдалиева Б. С., Кашафутдинова Г. Т., Байсугурова В. Ю., Аимбетова Г. Е.</i>	42
УПРАВЛЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫМИ ПРОЦЕССАМИ	46
Обзор метода 6-sigma, как потенциального инструмента статистического контроля процессов в менеджменте здравоохранения <i>Ниткалиев К. У.</i>	46
К проблеме качества управления организациями здравоохранения в условиях рыночных отношений <i>Исмаилов Ж. К., Шайхыбекова Г. Т.</i>	49

Государственно-частное партнерство в секторе здравоохранения <i>Абуова Х. Ж., Абдраимов С. Б.</i>	56
Программа оценки использования лекарственных средств - важнейший инструмент фармацевтического менеджмента <i>Макалкина Л. Г., Уралов С. К., Ахимова А. Д., Авдеев А. В.</i>	62
Доказательный менеджмент <i>Костюк А. В., Гаркалов К. А.</i>	65
ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ МЕНЕДЖЕРОВ	74
Актуальные вопросы обучения менеджеров здравоохранения <i>Калиева М. А., Турумбетова Т. Б., Кокжалова У. К., Темирбеков А. А.</i>	74
Образовательный компонент формирования института менеджеров здравоохранения РК <i>Ергалиев К. А., Ниткалиев К. У., Абуова Х. Ж., Уразалинова К. Т.</i>	79
СОБЫТИЯ	83
Об итогах рабочего совещания по обсуждению проекта обновленных стандартов аккредитации медицинских организаций, оказывающих стационарную, амбулаторно-поликлиническую и скорую медицинскую помощь <i>Каупбаева Б.Т.</i>	83
Анонс	89



Роль Республиканского центра развития здравоохранения в реформировании здравоохранения РК

Кульжанов М. К.



Здоровье каждого человека, каждого гражданина нашей страны, как составляющая здоровья всего населения, является фактором, определяющим не только полноценность его существования, но и потенциал его возможностей. Уровень состояния здоровья народа, в свою очередь, определяет меру социально-экономического, культурного и индустриального развития страны. С точки зрения устойчивого и стабильного роста благосостояния населения отрасль здравоохранения, представляющая собой единую развитую, социально ориентированную систему, призванную обеспечить доступность, своевременность, качество и преемственность оказания медицинской помощи, является одним из основных приоритетов в республике.

Президент Назарбаев Н.А. в своём Послании народу Казахстана «Новый Казахстан в новом мире» подчеркнул, что одним из направлений государственной политики на новом этапе развития нашей страны должно стать улучшение качества медицинских услуг и развитие высокотехнологичной системы здравоохранения. Качество медицинских услуг является комплексным понятием и зависит от множества ёмких причин, среди которых

следует выделить материально-техническую оснащённость медицинских организаций, уровень профессионализма и наличие мотивации клинических специалистов к его повышению, внедрение современных технологий управления процессами организации и оказания медицинской помощи, внедрение эффективных методов оплаты медицинской помощи. Совершенствование управления качеством медицинских услуг занимает важное место в контексте стратегического развития здравоохранения Казахстана до 2020 года.

Осознавая важность озвученных Президентом причин, сегодня мы активно способствуем вступлению здравоохранения Республики Казахстан в стадию активных институциональных преобразований, развития кадрового потенциала на всех уровнях отрасли и оказания высокотехнологичной медицинской помощи, целью которых являются качественное повышение эффективности, доступности и результативности системы оказания медицинской помощи, обеспечивающей улучшение состояния здоровья населения.

В арсенале Республики уже имеется успешная реализация программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы, которая была направлена на масштабные инвестиции в отрасль: техническую модернизацию, развитие инфраструктуры, решение задачи укрепления первичной медико-санитарной помощи, формирование здорового образа жизни, повышение качества медицинских услуг.

Итоги реализации программы и проведённый анализ современного состояния здоровья населения и системы здравоохранения Республики Казахстан определили приоритетные стратегические направления и механизмы реализации Государственной программы развития

здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 - 2015 годы. Перед медицинской общественностью поставлены принципиально новые задачи, направленные на создание доступной и эффективной системы здравоохранения, в том числе посредством совершенствования в части менеджмента и управления отраслью.

Для реализации этих задач предусмотрены меры по законодательному, инвестиционному, структурному, экономическому и кадровому обеспечению выполнения планируемых мероприятий с учётом межведомственного и межсекторального взаимодействия. Создаётся рынок медицинских услуг и конкурентные отношения среди медицинских организаций. Здравоохранение в целом как отрасль представляет собой сложную систему, в которую активно внедряются и находят своё полезное применение технические инновации, инновации в сфере информатизации и управления, что выводит на первый план согласованность действий всех субъектов здравоохранения вне зависимости от сектора деятельности, успешная реализация которой возможна только при наличии единого понимания, единой методологии и единого представления конечного желаемого результата.

В этих целях постановлением Правительства Республики Казахстан от 14 февраля 2011 года № 133 «Вопросы Министерства здравоохранения Республики Казахстан» путём слияния двух республиканских предприятий: Республиканский информационно-аналитический центр и Институт развития здравоохранения было создано Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

Создание Республиканского центра развития здравоохранения позволило сократить сроки и вывести качество проводимых исследований в области

здравоохранения на потенциально новый уровень. Это стало возможным благодаря организации согласованной деятельности разделённых ранее ответственных подразделений. Для понимания всего многообразия направлений деятельности Республиканского центра развития здравоохранения необходимо просто ознакомиться со структурой:

- Департамент медико-социальной и экономической экспертизы и анализа.
- Департамент совершенствования управления системы здравоохранения.
- Управление совершенствования статистики здоровья и здравоохранения.
- Департамент науки и образования.
- Центр менеджмента здравоохранения.
- Центр экономических исследований.
- Центр стандартизации и оценки медицинских технологий.
- Центр аккредитации.
- Центр планирования, мониторинга и оценки инвестиционных проектов.
- Лекарственный информационный центр.
- Центр информатизации здравоохранения.
- Территориальные филиалы в областных центрах и городе Алматы.
- Республиканский центр инновационных технологий медицинского образования и науки.

Сегодня хотелось бы подробнее остановиться и представить Вам Центр менеджмента здравоохранения (далее – Центр), созданный приказом министра здравоохранения Республики Казахстан от 22 апреля 2011 года в рамках реализации Проекта «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан».

В 1990 году Всемирной организацией здравоохранения опубликован следующий тезис: «...Повышение эффективности менеджмента в сфере здравоохранения признано на международном уровне одним из самых решающих факторов в ликвидации разрыва, который существует между политикой министерства и её реализацией на местах...».

Международное мнение находит

подробное отражение в задачах, описанных в программе развития здравоохранения на 2011 – 2015 гг. «Саламатты Қазақстан»:

- « ... В целом будет продолжена стратегия децентрализации исполнительных функций органов управления здравоохранением с поэтапной передачей их части государственным, негосударственным и общественным организациям, с повышением автономии государственных поставщиков медицинских услуг. Одновременно будет обеспечена централизация некоторых функций: финансирования гарантированной государством медицинской помощи, обеспечения лекарственными средствами, контроля в сфере здравоохранения ... »;
- « ... Продолжится поэтапное внедрение института профессиональных менеджеров и транспарентных форм управления организациями здравоохранения, включая современные управленческие технологии. Также большое внимание будет уделено современным и эффективным методикам использования ресурсов здравоохранения, включающим обязательное обучение служащих государственных органов управления здравоохранением по вопросам государственного управления, стратегического планирования, менеджмента и общественного здравоохранения ... »;
- « ... В целях создания системы оценки экономической эффективности отрасли будет проведено изучение и проведение анализа современного состояния системы здравоохранения на основе современных международных методологических подходов для внедрения в практику ... ».

Центр создан с целью содействия укреплению управленческого потенциала в сфере здравоохранения на всех уровнях путём внедрения, поддержки и развития современного образования и обучения управлению.

Центр является руководящим и координирующим органом республиканской

инфраструктуры движения информации в области современного менеджмента, лидером в области образовательных и консультативно-координационных услуг в системе обучения менеджменту здравоохранения, проводит исследования и трансферт лучшего международного и отечественного опыта в систему управления здравоохранением.

Основными направлениями деятельности Центра являются:

- обучение в сфере менеджмента здравоохранения;
- проведение исследований в сфере менеджмента здравоохранения;
- координирование и консультации по вопросам менеджмента здравоохранения;

Основными задачами Центра являются:

- создание и координация устойчивой и эффективной Национальной системы развития менеджмента здравоохранения;
- развитие долгосрочного укрепления управленческого потенциала в секторе здравоохранения через совместные мероприятия и взаимодействия с организациями по обучению и проведению научных исследований в Казахстане и других странах;
- проведение научных исследований в системе здравоохранения и обеспечение трансферта разработанных и заимствованных управленческих технологий в систему здравоохранения РК;
- развитие информационно-ресурсного обеспечения организаций здравоохранения по вопросам менеджмента, а также технологий распространения знаний для обеспечения менеджеров всех уровней современными подходами к управлению в здравоохранении.

Сегодня Вы знакомитесь с Центром, однако плоды его деятельности Вы наблюдаете на протяжении всего 2011 года.

Проекты Центра менеджмента здравоохранения:

- обучение руководителей, основного административного персонала больниц и организаций ПМСП в рамках Проекта МЗ РК «Сегодня лучший – ты, завтра – все»;
- реализация кратко-, средне-, долгосрочных программ обучения в сфере менеджмента здравоохранения;
- организация мастер-классов, семинаров с участием отечественных и зарубежных экспертов в области менеджмента здравоохранения;
- разработка квалификационных требований и компетенций для менеджеров здравоохранения;
- проведение Республиканской конференции с международным участием «Повышение потенциала системы здравоохранения в области менеджмента: настоящее и перспективы»;
- выпуск журнала «Менеджер здравоохранения РК».
- реализации кратко-, средне-, долгосрочных программ обучения менеджеров здравоохранения (бюджетные программы 003, 004, 014);
- проведению научных и аналитических исследований в области здравоохранения и разработке рекомендаций по совершенствованию менеджмента на различных уровнях (бюджетные программы 090 и 009). (Например: исследования в области влияния изменения форм собственности в организациях здравоохранения на улучшение качества оказания медицинских услуг, разработка новых и внесение изменений в имеющиеся стандарты аккредитации медицинских организаций).

Также планируется оказание услуг для организаций здравоохранения на договорной основе.

В процессе доведения международного опыта в сфере менеджмента в области здравоохранения Центр активно сотрудничает со следующими компетентными международными организациями:

- EPOS HealthManagement, Германия.
- Health Services Management Training Centre, университета Семмелвейс, Венгрия.
- Международный институт управления «Галилеи», Израиль.
- Parkway College of Nursing and Allied Health, Сингапур.

В настоящее время перед нами представляются широкие перспективы положительного применения постоянного накапливающегося казахстанского и международного опыта в сфере менеджмента здравоохранения. В том числе планируется длительное, построенное на регулярной основе, фундаментальное сотрудничество с Министерством здравоохранения в части выполнения государственного заказа на оказание услуг по:

Анализ текущей ситуации в области здравоохранения показал, что необъективная система тарифообразования, низкая самостоятельность государственных организаций здравоохранения и отсутствие квалифицированных менеджеров существенно тормозят развитие конкурентоспособности поставщиков медицинских услуг. Для решения этих проблем Республиканским центром развития здравоохранения, в частности Центром менеджмента здравоохранения, планируется проведение многоплановых актуальных исследований Казахской модели здравоохранения и разработка конкретных рабочих моделей решения.

Деятельность Центра внесёт существенные положительные коррективы в процесс оказания качественных медицинских услуг. Не обойдётся без кардинальных изменений, однако инновации, планируемые к внедрению, будут основаны исключительно на международном опыте, адаптированном под казахстанскую модель здравоохранения с учётом территориальных, демографических и социально-экономических особенностей.

Система здравоохранения Казахстана: уроки реформ и перспективы развития

Аканов А. А.



Система здравоохранения претерпела значительные преобразования, обусловленные общественно-политическими и социально-экономическими изменениями, которые произошли в Казахстане после распада Советского Союза. Если проследить историю реформ системы здравоохранения Казахстана, то можно определить несколько важных этапов:

Первый этап – 1992-1996 гг. сохраняется советская модель здравоохранения, строго регламентированная, с четкой управленческой вертикалью.

Данный этап характеризовался тем, что после развала Советского Союза страны унаследовали устаревшую систему здравоохранения, которая характеризовалась преобладанием стационарного лечения, причем больницы работали неэффективно, не отличаясь качественным лечением большого числа пациентов. Дополнительным фактором ухудшения качества медицинского обслуживания стали проблемы в обеспечении населения лекарствами и оснащении оборудованием медицинских организаций. Все эти негативные показатели особенно сильно проявлялись на фоне сложной демографической ситуации, ухудшения

состояния здоровья населения, роста числа инфекционных заболеваний.

В первой половине 1990-х годов здоровье населения значительно ухудшилось, постоянно увеличивалась заболеваемость населения. В первую очередь, это было обусловлено застарелыми недостатками советского здравоохранения, которое не было подготовлено к изменению эпидемиологической обстановки и не уделило должного внимания неинфекционным заболеваниям, значение которых значительно возросло. После распада СССР на фоне крушения экономики показатели здоровья населения ухудшились еще больше. Безусловно, политические и экономические потрясения отразились на системе медицинского обслуживания, но гораздо важнее их прямое влияние на здоровье человека, которому серьезно повредили и неуверенность в завтрашнем дне, и ухудшение материального положения, и стрессы. Эти и другие проблемы здравоохранения привели к необходимости создания новой модели здравоохранения. В 1997 году была принята Государственная программа «Здоровье народа», разработанная в целях совершенствования системы здравоохранения и обеспечения современного уровня оказания медицинской помощи, созданная в соответствии с Указом Президента Республики Казахстан «О первоочередных мерах по улучшению состояния здоровья граждан Республики Казахстан» и призванная преодолеть тяжелую эпидемиологическую ситуацию в республике, улучшить качество медицинского обслуживания, увеличить объем предоставляемых услуг и реализацию конституционных прав граждан на охрану здоровья.

Программа включала меры краткосрочного (1998 - 1999 гг.), среднесрочного (2000-2003 гг.) и долгосрочного (2003-2008 гг.) характера и соответствовала основным принципам стратегии Всемирной организации здравоохранения «Здоровье для всех в XXI веке».

Основными принципами Государственной программы «Здоровье народа» были:

- социальная справедливость и равенство: обеспечение равного доступа всем

гражданам Республики Казахстан к получению медицинской помощи, уменьшение и ликвидация различий в уровне здоровья в различных регионах республики;

- соответствие ресурсного обеспечения здравоохранения объему и качеству медицинских услуг;
- обеспечение эффективности деятельности медицинских учреждений, повышение качества медицинской помощи;
- ответственность государства, участие работодателей и граждан в формировании, укреплении и сохранении здоровья народа.
- основными путями реализации Государственной программы «Здоровье народа» были;
- совершенствование системы управления здравоохранением;
- преобразование системы медицинского обслуживания;
- изменение системы финансирования и экономических отношений в здравоохранении;
- реформирование систем подготовки медицинских кадров;
- укрепление материально-технической базы здравоохранения.

Меры, разработанные в Государственной программе «Здоровье народа», были направлены на решение задач по охране здоровья населения, связанных с формированием здорового образа жизни, развитием первичной медико-санитарной помощи, профилактикой и борьбой с туберкулезом и другими социально-значимыми заболеваниями, а также совершенствованием организации, управления и финансирования государственного здравоохранения. Практически данная программа касалась всех аспектов здравоохранения.

В период с 1996 г. по 1998 г. была разработана и внедрена бюджетно-страховая система здравоохранения. Медицинские организации, работающие по данной системе, получали финансирование

из нескольких источников, в частности из государственного бюджета, страхового фонда. Однако наступлением политического и экономического кризиса в это время, с целью сохранения здравоохранения, медицинских организаций, рабочих мест, государство вновь объединила все источники финансирования и усилила вертикальную или централизованную модель управления. С 1999 года Казахстан имел постсоветскую систему - бюджетную модель здравоохранения.

Принятая и реализуемая государственная программа «Здоровье народа» имела свои достоинства и недостатки. К достоинствам необходимо отнести, что впервые в Казахстане была создана собственная программа, охватывающая практически все сферы деятельности системы здравоохранения, направленная на длительные и глубокие реформы всей системы, имеющая достаточно четкие задачи, этапы и сроки реализации. По сути, Государственная программа заложила создание новой системы здравоохранения, отвечающей вызовам переходного этапа развития страны. В тоже время, практически ни одна инициатива, поднятая в Программе «Здоровье народа» не была реализована в полном объеме. Финансирование как проводилось, централизованно, из бюджета, так и проводилось. Начиная с 2002 года финансирование начало заполняться соответствующе программам, но было далеко от реального. К недостаткам или проблемам программы можно также отнести недостаточное финансирование мероприятий, предусмотренных в Программе, слабая организация и управление, что повлияло на уровень ее выполнения. Ситуация объясняется возможностями страны на тот период развития, и как любая отрасль, система здравоохранения не могла развиваться независимо от уровня и темпов развития страны, и все проблемы того периода несомненно отразились на состоянии медицинской службы.

С целью создания эффективной системы оказания медицинской помощи,

основанной на принципах солидарной ответственности за охрану здоровья между государством и человеком, приоритетном развитии первичной медико-санитарной помощи, направленной на улучшение основных показателей здоровья населения в 2004 году была разработана Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 гг.

Основными приоритетами программы были:

- всеобщность, социальная справедливость и доступность медицинской помощи населению вне зависимости от социального статуса граждан, уровня их доходов и места жительства;
- профилактическая направленность;
- обеспечение эффективного функционирования целостной, организационно и экономически гибкой системы оказания медицинской помощи на региональном уровне;
- активное участие населения, медицинской общественности, всех органов власти в решении вопросов здравоохранения;
- солидарная ответственность граждан и государства за охрану здоровья.

Основные задачи Программы:

- разделение ответственности за охрану здоровья между государством и человеком.
- переход на международные принципы организации оказания медицинской помощи с переносом центра тяжести на первичную медико-санитарную помощь.
- создание новой модели управления здравоохранения и единой информационной системы отрасли.
- укрепление здоровья матери и ребенка, улучшение медико-демографической ситуации.
- стабильное снижение уровня социально значимых заболеваний.
- реформирование медицинского образования.

Программа имела два этапа. Первый этап реализовывался с 2005 г. по 2007 г. и решал следующие задачи:

- государства и граждан за охрану

здоровья;

- установление минимальных стандартов по гарантированному объему бесплатной медицинской помощи;
- работа с населением по формированию здорового образа жизни;
- перенос акцента со стационарной на первичную медико-санитарную помощь;
- финансово-административное отделение ПМСП от стационаров;
- укрепление материально-технической базы организаций здравоохранения, в первую очередь ПМСП;
- рационализация службы стационарной помощи;
- проведение мероприятий по укреплению здоровья матери и ребенка;
- усиление профилактических, диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий в области социально значимых заболеваний;
- обеспечение качества медицинских услуг путем создания системы независимой медицинской экспертизы;
- внедрение экономических отношений между медицинскими организациями;
- подготовка менеджеров и совершенствование управления ресурсами системы здравоохранения;
- качественное изменение системы подготовки и переподготовки медицинских и фармацевтических кадров для работы в новой системе ПМСП;
- совершенствование нормативной правовой базы системы здравоохранения;
- осуществление мероприятий по переходу к международным стандартам в здравоохранении;
- разработка и внедрение современных информационных технологий.

Второй этап осуществлялся с 2008 г. по 2010 г. и решал такие задачи, как:

- преобразование ПМСП путем системного поэтапного укрепления и развития института врача общей практики;
- реорганизация и укрепление стационарной и скорой медицинской

помощи, усиление преемственности на этапах оказания медицинской помощи;

- повышение качества оказываемых медицинских услуг путем внедрения международных стандартов и создания конкуренции между медицинскими организациями;
- коренное реформирование медицинского образования;
- реальное смещение акцента от лечения сформировавшихся болезней к профилактическим мероприятиям и укреплению здоровья «здоровых»;
- обеспечение солидарной ответственности граждан, работодателей и государства за охрану и укрепление индивидуального и общественного здоровья.

За период реализации Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005 – 2010 годы были достигнуты определенные результаты:

- принят Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения»;
- установлены минимальные стандарты по гарантированному объему бесплатной медицинской помощи;
- разработаны и реализуются отраслевые программы по снижению материнской и детской смертности в Республике Казахстан на 2008 – 2010 годы, о мерах по совершенствованию службы крови в Республике Казахстан на 2008 – 2010 годы, по противодействию эпидемии СПИД в Республике Казахстан на 2006 – 2010 годы, развития кардиологической и кардиохирургической помощи в Республике Казахстан на 2007 – 2009 годы, «Здоровый образ жизни» на 2008 – 2016 годы;
- сформирована система санитарной охраны границы: на Государственной границе развернута сеть санитарно-карантинных пунктов, обеспечивающих защиту территории страны от завоза и распространения особо опасных инфекционных заболеваний;
- проведено реформирование службы первичной медико-санитарной помощи, действующей по принципу общей врачебной практики, проводятся профилактические осмотры детей, взрослого населения на предмет раннего выявления болезней системы кровообращения, скрининговые исследования женщин на предмет раннего выявления онкопатологии репродуктивной системы;
- внедрено бесплатное и льготное лекарственное обеспечение;
- проведена типизация и стандартизация сети государственных медицинских организаций, утвержден государственный норматив сети организаций здравоохранения;
- проведены мероприятия по укреплению материально-технической базы организаций здравоохранения;
- создана система независимой медицинской экспертизы;
- с 1 января 2010 года поэтапно внедряется Единая национальная система здравоохранения, предусматривающая обеспечение пациентам свободного выбора врача и медицинской организации, формирование конкурентной среды оказания медицинских услуг, работу медицинских организаций, направленную на достижение конечных результатов и оплату медицинских услуг по фактическим затратам;
- проведена консолидация бюджета на областном уровне, а с 2010 года – на республиканском уровне на оказание стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи, за исключением лечения туберкулезных, психических и инфекционных заболеваний;
- осуществляется подготовка менеджеров здравоохранения;
- реализуется совместный со Всемирным Банком проект «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан»;
- внедрена Единая система дистрибуции

- лекарственных средств;
- внедряются информационные технологии в здравоохранение: создан республиканский информационно-аналитический центр с филиалами во всех регионах;
- проведена реструктуризация санитарно-эпидемиологической службы, создана вертикаль управления;
- внедряется система оценки рисков в сфере контроля в области здравоохранения.

Вместе с тем в секторе здравоохранения сохраняется ряд проблем, которые необходимо решить: необходимость адекватного финансирования, особенно ПМСП. Существуют проблемы недостатка ресурсов, низкой эффективностью их использования. До конца не разработаны эффективные механизмы финансирования здравоохранения, сохраняется неравномерный доступ к медицинским услугам, низкое качество медицинских услуг, недостаточный уровень материально-технического обеспечения медицинских организаций, общеврачебная практика в первичном звене здравоохранения и здоровьесберегающие технологии в профилактической работе с населением не получили должного развития, недостаточный уровень информационно-коммуникационной инфраструктуры в здравоохранении, низкий уровень компьютерной грамотности среди медицинского персонала и отсутствие автоматизации лечебно-профилактического процесса, сфера науки в области здравоохранения существенно отстает от мировых стандартов, отмечаются неконкурентоспособность и невостребованность отечественной научной продукции, и другие проблемы. В целом необходимо отметить, что политика в области здравоохранения, проводимая в Казахстане, была следствием экономических и политических трансформаций, причем подходы к реформам в здравоохранении несколько раз кардинально менялись.

Для усиления и дальнейшего развития системы здравоохранения была разработана

и реализуется Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы, имеющая цель - улучшение здоровья граждан Казахстана для обеспечения устойчивого социально-демографического развития страны, две программные цели: укрепление здоровья казахстанцев путем достижения согласованности усилий всего общества в вопросах охраны здоровья и формирование конкурентоспособной системы здравоохранения.

В результате реализации Программы должны быть достигнуты следующие целевые индикаторы: увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения к 2013 году до 69,5 лет, к 2015 году – до 70 лет; снижение материнской смертности к 2013 году до 28,1, к 2015 году – до 24,5 на 100 тыс. родившихся живыми; снижение младенческой смертности к 2013 году до 14,1, к 2015 году – до 12,3 на 1000 родившихся живыми; снижение общей смертности к 2013 году до 8,14, к 2015 году – до 7,62 на 1000 населения; снижение заболеваемости туберкулезом к 2013 году до 98,1, к 2015 году – до 94,7 на 100 тыс. населения; удержание распространенности ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15-49 лет в пределах 0,2-0,6%.

Для достижения цели были разработаны задачи и направления государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы.

Задачи:

- усиление межсекторального и межведомственного взаимодействия по вопросам охраны здоровья граждан и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия;
- развитие и совершенствование Единой национальной системы здравоохранения;
- совершенствование медицинского и фармацевтического образования, развитие медицинской науки и фармацевтической деятельности.

Направления:

- повышение эффективности межсекторального и межведомственного взаимодействия по вопросам охраны общественного здоровья;
- усиление профилактических мероприятий, скрининговых исследований, совершенствование диагностики, лечения и реабилитации основных социально значимых заболеваний и травм;
- совершенствование санитарно-эпидемиологической службы;
- совершенствование организации, управления и финансирования медицинской помощи в Единой национальной системе здравоохранения;
- совершенствование медицинского, фармацевтического образования; развитие и внедрение инновационных технологий в медицине;
- повышение доступности и качества лекарственных средств для населения, улучшение оснащения организаций здравоохранения медицинской техникой.

На сегодняшний день здравоохранение Казахстана нуждается в дальнейшем совершенствовании его структуры с внедрением новых стратегий, основанных на четком видении перспективных целей, на интеграции со всеми секторами, а также на основе применения современных научных, социальных и институциональных технологий развития. Важно, чтобы одним из основополагающих принципов совершенствования здравоохранения должна быть интеграция системы здравоохранения Республики с системной модернизацией многоотраслевой экономики страны. То есть, здравоохранение должно стать частью национальной экономической доктрины государства. Составляющие системы здравоохранения и связанные с ней сферы, такие как фармацевтическая индустрия, биотехнологии, информационные технологии, медицинский сервис, медицинское страхование, социальная работа, коммуникативно-психологическая

деятельность являются органично взаимосвязанными элементами устойчивого экономического развития.

Для обеспечения эффективной реализации программы устойчивого развития здравоохранения необходимы такие компоненты, как стратегическое планирование и управление, эффективное и рациональное финансирование, качественная нормативная база, передовая научно-методологическая и современная институциональная базы развития.

В настоящее время необходимы национальные институты развития отрасли здравоохранения в рамках развития социальных секторов экономики, целью которых должно стать научное, организационно-методологическое, образовательное и финансовое обеспечение устойчивого развития системы здравоохранения Республики Казахстан.

Существует потребность в дальнейшей адаптации отрасли к рыночным отношениям: развитие многоукладности форм собственности, создание рынка медицинских услуг, конкурентных отношений среди медицинских организаций. Сегодня Министерство здравоохранения уже приступило к активизации процесса многоукладности форм собственности медицинских организаций. Одним из таких примеров можно привести программу перехода медицинских организаций на право хозяйственного ведения.

Если рассматривать сущность права хозяйственного ведения, то оно определенно имеет преимущества перед другими видами управления, связанные, во-первых, имущественным правом на переданную собственность, во-вторых, наличием уставного права на деятельность своих субъектов. Особенностью хозяйственного ведения является отношение собственности на присвоенное имущество, так как они имеют соответствующее право назвать их своей собственностью. Право хозяйственного ведения дает возможность для своих субъектов максимальный объем правомочий для выполнения своей полезной

функции для общества.

Несомненно, важным является вопрос усиления кадрового потенциала. На сегодняшний день в стране ощущается нехватка, как врачей, так и среднего медицинского персонала, особенно в сельских районах. Так в стране обеспеченность врачами составляет 37,4 на 10 000 населения, среднего медицинского персонала – 83,5 на 10 000 населения, соотношение врачей и среднего медицинского персонала составляет 1:2,2. Эти показатели далеки от международных стандартов и прогнозных показателей системы здравоохранения РК, по которым соотношение врачей и среднего медицинского персонала должен составлять 1:3.

Остаются актуальными проблемы качества подготовки медицинских кадров. С переходом на новые международные принципы, требования, стандарты. Реформирование медицинского образования наглядно прослеживается на примере КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова. В университете активно реализуются принципы Болонского процесса, трехуровневая система подготовки кадров: бакалавриат-магистратура-докторантура PhD, внедрение кредитной системы, академическая мобильность, компетентностно-ориентированный подход (знания, практические навыки, коммуникативные навыки, правовая грамотность, саморазвитие).

В связи с переходом медицинских организаций на право хозяйственного ведения возрастает потребность в кадрах, обладающих навыками менеджеров. С данной целью была разработана программа подготовки менеджеров здравоохранения «Эффективное управление государственным предприятием на праве хозяйственного ведения» - 6-дневный курс повышения квалификации для медицинских организаций (районного, городского, областного и республиканского уровней). Согласно плану мероприятий по организации подготовки менеджеров было подготовлено 774 специалиста больничных организаций (специалисты - по 3 человека

с каждой организации: руководитель/зам. руководителя, экономист, гл. бухгалтер) и 844 специалиста организаций ПМСП (всего – 1618 специалистов). На базе КазНМУ подготовлено 783 менеджера (таблица 1).

Таблица 1. Подготовка менеджеров на базе КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова

Показатели	Обучено на базе КазНМУ (человек)
План на год	783
Фактически обучено	783
в.т.ч. стационары	465
организации ПМСП	318

Анализируя развитие системы здравоохранения, основные ее этапы, проблемы, возможности можно сделать заключение, что казахстанская модель здравоохранения пережила и переживает сложный путь перманентного реформирования, о чем свидетельствуют количество разработанных и внедренных реформ в стране за годы независимости. Ни одна из реформ не достигла тех результатов, которые были заявлены при старте программы. Это связано со многими объективными и субъективными причинами, недостаточным финансированием, слабой материально-технической базой, не позволяющей освободить средства на развитие отрасли, менталитетом населения, основанном на потребительском отношении к своему здоровью, немотивированностью медицинских работников к улучшению качества оказания медицинской помощи и т.д.

ВОЗ, описывая службы здравоохранения в странах СНГ в прошлом и начатые в начале 1990 годов реформы, определив основные недостатки и препятствия на пути эффективной деятельности, установила шесть принципов будущих систем здравоохранения (2004):

1. Сохранение хорошего опыта (контроль за инфекционными заболеваниями и вакцинация);
2. Борьба с заболеваниями;
3. Реформа институтов;

4. Развитие переподготовки и обучения кадров здравоохранения;
5. Обеспечение бюджета здравоохранения;
6. Следование междисциплинарному и межотраслевому подходам.

Эти принципы сохраняют свою значимость при любых формах здравоохранения.

В нашем понимании, основными принципами современной модели здравоохранения должны стать:

1. Движение к общественному здравоохранению и достижение данной цели в истинном понимании (на основе удовлетворения нужд и потребностей);
2. Солидарная ответственность государства и гражданина за здоровье;
3. Сохранение государственных (конституционных) гарантий в области охраны здоровья населения и медицинской помощи;
4. Дифференциация существующей системы здравоохранения на две взаимосвязанные подсистемы: охраны здоровья и медицинской помощи;
5. Усовершенствование и переход на новые схемы-модели системы управления и управленческой деятельности, в основу которых должны быть положены разработки и достижения современного менеджмента: демократичность, сокращение ступеней и этапов управления, усиление управленческой самостоятельности руководителей всех уровней, перераспределение функций между субъектами управления отраслью;
6. Использование стратегического планирования, т.е. модель действий, необходимых для достижения поставленных целей путем координации и распределения ресурсов системы;
7. Переход на финансовое планирование в организации медицинской помощи и управлении ее ресурсами;
8. Рационализация инфраструктуры сети системы медицинской помощи и повышение эффективности использования ресурсов;

9. Упорядоченность налоговой политики по отношению к деятельности бюджетных организаций;
10. Согласование функции системы медицинской помощи с возможностями отрасли (технологическими, финансовыми, информационными и др.);
11. Реформирование медицинского образования с ориентацией на достижения мировых стандартов в подготовке врачей и других специалистов отрасли;
12. Реформирование науки, ее фундаментальный и прикладной характер, комплексирование научно-поисковых исследований;
13. Повышение уровня санитарной культуры населения, привлечение его к решению проблем охраны здоровья, формирования здорового образа жизни.

В целом модель развития здравоохранения должна представлять единую систему подготовки медицинских кадров, организации оказания качественной медицинской помощи и развития медицинской науки (рисунок 1).

Таким образом, реформирование существующей системы государственного здравоохранения и управления, деятельности ее подсистем следует осуществлять системно, комплексно и целенаправленно по научно-обоснованным законодательно установленным механизмам в интересах государства и населения, а также с учетом традиций народов Казахстана и имеющегося опыта.



Рисунок 1. Единство и взаимосвязь составляющих частей систем здравоохранения

Компетентное мнение

Министр здравоохранения Республики Казахстан
Каирбекова С.З.



1. В соответствии с Государственной программой развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы планируется внедрение института менеджеров в здравоохранении. На Ваш взгляд, каковы их роль и место в системе управления здравоохранением Республики Казахстан?

Внедрение института профессиональных менеджеров является одной из наиболее важных задач, стоящих на современном этапе развития системы здравоохранения Республики Казахстан. Наша страна унаследовала Советскую систему здравоохранения, которая несомненно отвечала требованиям своего времени, однако, в динамично развивающемся мире, где процессы изменений происходят бурно и стремительно, необходимо всегда соответствовать тем требованиям, которые

задает нам эпоха, если мы хотим быть конкурентоспособными.

Сейчас, менеджмент – это не просто модное слово, обозначающее управление, менеджмент в современном мире – это целая наука, которую необходимо изучать на профессиональном уровне. Активное реформирование сектора здравоохранения, в соответствии с Государственной программой развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, предполагает предоставление значительной автономии в принятии управленческих решений. Данная траектория развития здравоохранения предполагает наличие у топ-менеджмента медицинских организаций определенных знаний и навыков в сфере стратегического, финансового, операционного, проектного менеджмента, управления качеством, маркетингом, персоналом и т.д.

Теория управления применяет научные методы анализа с целью выработки определенных, доказанных методов и рекомендаций для практики управления. Однако эти методы и рекомендации — не рецепты, их нельзя абсолютизировать. Эффективное применение этих методов и рекомендаций зависит от сочетания конкретных обстоятельств и условий. Это и является основной прерогативой менеджмента. Таким образом, внедрение данной идеологии является важным в успешной реализации реформирования здравоохранения Республики Казахстан.

2. В какие сроки и какой осязаемый результат дадут проводимые преобразования в сфере управления здравоохранением и какие трудности могут возникнуть в процессе внедрения института менеджеров в систему здравоохранения Республики Казахстан?

Очевидно, что процесс внедрения института менеджеров в систему

здравоохранения не будет проходить легко и гладко, так как имеются вопросы системного характера. Необходимо учитывать различные факторы.

Если обязательным требованием для руководителей медицинских организаций станет наличие базового образования в области профессионального менеджмента, то возникает вопрос о переподготовке многих руководителей стационаров и поликлиник. В то же время, наличие диплома менеджера у людей, далеких от медицины, не всегда гарантирует эффективное управление медицинской организацией. Любое нововведение проходит испытание на прочность и встречает различные виды сопротивления.

Проблемами управления должны заниматься профессионалы, умеющие хорошо ориентироваться в условиях рыночной экономики, выполнять аналитическую работу, владеющие современными управленческими технологиями. Правильный подбор руководителя во многом определяет успех дела. Кадровая политика в здравоохранении Казахстана будет направлена на внедрение эффективных методов управления имеющимися ресурсами. В этой связи будет продолжена работа по обучению руководителей лечебно-профилактических организаций по вопросам экономики, финансов, права, менеджмента в здравоохранении.

Следует поэтапно внедрять требование для назначения на должность руководителя лиц, имеющих соответствующее образование по управлению здравоохранением, больничному менеджменту, а также

проводить стажировку руководящих работников в ведущих отечественных и зарубежных центрах.

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

Когда мы говорим о преобразованиях, происходящих в масштабах всей страны, необходимо учитывать то, что нельзя ожидать скорых результатов. Сейчас идет интенсивное развитие Единой национальной системы здравоохранения, а вместе с этим продолжается обучение руководителей медицинских организаций вопросам перехода на ПХВ, внедрения КЗГ, СКПН, дифференцированной оплаты труда, и другим аспектам менеджмента.

Системный подход реализации данной задачи позволит достичь поставленных Государственной программой развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы задач.

3. В настоящее время Центр менеджмента здравоохранения начал делать первые шаги, Ваши пожелания Центру.

Я хочу пожелать Центру менеджмента здравоохранения успехов в начинаниях. Сейчас важно занять свою нишу в системе здравоохранения, а для этого необходимо эффективно взаимодействовать с различными организациями, обучать руководителей современным методам и подходам управления, учитывая особенности отечественной практики и непрерывно совершенствоваться самим.

Генеральный директор АО «Национальный научный медицинский центр»
Байгенжин А. К.



1. В соответствии с Государственной программой развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы планируется внедрение института менеджеров в здравоохранении. На Ваш взгляд, каковы их роль и место в системе управления здравоохранением Республики Казахстан?

По внедрению института менеджеров здравоохранения: В принципе, институт менеджеров здравоохранения существовал, сколько существует здравоохранение. Но систематизация их деятельности, с целенаправленной подготовкой кадровых менеджеров по требованиям международных стандартов с приобретением ими последовательного многоуровневого образования с магистратурой и докторантурой (PhD) позволит повысить профессиональный уровень менеджера. Роль развития многоуровневого менеджмента на сегодня считаю актуальным.

2. Какие трудности могут возникнуть в процессе внедрения института менеджеров в систему

здравоохранения Республики Казахстан?

О трудностях при внедрении института менеджеров в систему здравоохранения РК: Менеджера можно обучить современным технологиям руководства организацией, но считаю, что менеджер здравоохранения должен иметь определенный практический опыт работы в организации здравоохранения. Трудности будут и в изменении психологии персонала которым будет руководить современный менеджер. Поэтому необходимо проводить параллельное обучение, тренинги персонала для ускорения данного процесса. Нам для изменения менталитета персонала при внедрении требований международных стандартов понадобилось 3 года. А также коренным образом должны измениться условия обеспечения здравоохранения ресурсами, должны измениться квалификационные требования к менеджерам различных уровней, их права.

3. В какие сроки и какой ощутимый результат дадут проводимые преобразования в сфере управления здравоохранением, внедрение менеджеров в руководство медицинских учреждений?

Относительно ощутимых результатов: Для этого понадобится не менее 5-6 лет

4. В настоящее время, Центр менеджмента здравоохранения начал делать первые шаги. Ваши пожелания центру.

Пожелания центру развития здравоохранения: Проектами, которыми Вы начали преобразования, мы заинтересовались. Мы участвуем в проекте «Сегодня лучше ты, завтра все мы!» Старт дан. Мы Вам желаем результативности во всех Ваших проектах!

Директор Центральной городской клинической больницы г. Алматы
победитель в номинации «Лучший менеджер в Казахстане»
республиканского конкурса «Алтын Адам - Человек года»

Тажиев Е. Б.

1. В соответствии с Государственной программой развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» планируется внедрение института менеджеров в здравоохранении. На Ваш взгляд, каковы их роль и место в системе управления здравоохранением Республики Казахстан?

На сегодняшний день многие руководители здравоохранения различного уровня не имеют специального образования по организации здравоохранения и еще больше не имеют профессиональной подготовки по подготовки у управляющих кадров, их многолетний опыт работы, построенный на

авторитарных, командно-административных принципах руководства, не позволяя таким руководителям быстро реагировать на происходящие перемены, тормозят внедрение новых методов управления сферой здравоохранения. Обычно на должность руководителя учреждения назначается практикующий врач, а не менеджер, который, в лучшем случае, проходит краткосрочные курсы по организации здравоохранения. В результате, медицинское учреждение часто теряет хорошего врача-клинициста, а приобретает малопрофессионального управленца, который, возможно, обучаясь на рабочем месте, со временем и станет профессионалом. А если не станет, то перед руководством возникнет задача поиска нового руководителя либо внутри, либо вне организации, и хорошо, если методом проб и ошибок такого руководителя все-таки найдут. Поэтому сейчас первоочередной задачей является подготовка менеджеров здравоохранения, владеющих современными технологиями управления. Например, сегодня не обладающие необходимыми профессиональными знаниями и навыками по ведению бизнеса вчерашние хирурги и терапевты, гинекологи и стоматологи с головой бросаются в пучину медицинского рынка и начинают «наращивать прибыль» своей организации - предлагать населению платные медицинские услуги. В итоге, есть отремонтированные комфортные палаты, есть дополнительные сервисные услуги, закуплено оборудование, даже напечатаны красочные буклеты, - нет лишь одного, - стабильного потока удовлетворенных пациентов, готовых оплачивать услуги конкретного медицинского учреждения или организации. Современный менеджер должен владеть основами маркетинга медицинских услуг, финансового менеджмента, бизнес-планирования для того, чтобы управлять финансовыми потоками и имуществом медицинской организации. Вместе с тем для эффективного управления лечебно-диагностическим процессом менеджер должен иметь базовую клиническую подготовку.

2. Какие трудности могут возникнуть в процессе внедрения института менеджеров в систему здравоохранения Республики Казахстан?



В первую очередь необходимо поднять качество подготовки специалистов. Несмотря на всеобщее понимание важности эффективного менеджмента, остается актуальным вопрос построения эффективной системы образования и качественного производства менеджеров. На кафедрах общественного здоровья и здравоохранения медицинских вузов традиционно ведется переподготовка руководящих кадров для здравоохранения. Однако, по моему мнению, качество этой подготовки и объем знаний недостаточны для эффективного управления современными медицинскими учреждениями и предприятиями. Внедрение новых медицинских и информационных технологий, переход здравоохранения на принципы хозяйственного ведения и развитие системы платных медицинских услуг требуют усовершенствования системы подготовки и переподготовки руководящих кадров для системы здравоохранения. Именно для того, чтобы врачи, наделенные предпринимательскими способностями, смогли получить необходимые навыки и знания, расширить свой потенциал и, тем самым, изменить статус медицинского учреждения в сфере медицинских услуг.

3. В какие сроки и какой ощутимый результат дадут проводимые преобразования в сфере управления здравоохранением, внедрение менеджеров в руководство медицинских учреждений?

Необходим поэтапный переход к

полной замене «старых» кадров новыми управленцами. Вызывает сомнение, что вчерашние студенты с дипломами менеджеров без опыта практической работы смогут сразу составить конкуренцию действующим кадрам. Хотя необходимость решительных перемен в сфере управления здравоохранением ни у кого не вызывает сомнений.

4. В настоящее время, Центр менеджмента здравоохранения начал делать первые

шаги, Ваши пожелания центру.

Центру менеджмента здравоохранения могу пожелать только успехов во всех начинаниях, и серьезно отнестись к такому важному вопросу как подготовка менеджеров отечественного здравоохранения, владеющими современными технологиями управления и знаниями в клинической, финансовой, правовой, кадровой сферах.

Председатель правления АО «Национальный медицинский холдинг»
Биртанов Е. А.



1. В соответствии с Государственной программой развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» планируется внедрение института менеджеров в здравоохранении. На Ваш взгляд, каковы их роль и место в системе управления здравоохранением Республики Казахстан?

Внедрение данного института является одним из ключевых звеньев программ развития и реформирования здравоохранения в Казахстане. Понимание о необходимости института менеджеров появилось не «вчера», оно всегда было. С учетом опыта Нацмедхолдинга, отмечу, что сегодня роль менеджера в здравоохранении велика. Перед ними стоит важная задача по стратегическому планированию, разработке программ по развитию здравоохранения. И, самое главное, менеджерам отводится роль реализации

программ, поскольку любая государственная программа представляет собой комплекс взаимосвязанных микропрограмм больших или малых проектов, где реализация каждого зависит от управления, от наличия управленческого опыта и управленческого навыка, будь то программы с финансированием в здравоохранении, с внедрением новых методов финансирования или связанное с программой по укреплению здоровья, профилактики заболеваний или инновационные проекты. Просто клинического навыка или научного опыта не достаточно, поэтому в системе управления здравоохранением роль менеджеров должна существенно повыситься, это обеспечит эффективную реализацию программы «Саламатты Қазақстан».

2. Какие трудности могут возникнуть в процессе внедрения института менеджеров в систему здравоохранения Республики Казахстан?

Прежде всего, для успешного внедрения института менеджеров нужно создать правильные мотивации в системе, чтобы все были заинтересованы в возникновении прослойки менеджеров, в рациональном и эффективном использовании финансовых средств. Это, прежде всего, поставщики медицинских услуг, пациенты, собственники клиник и органы власти, которые финансируют систему здравоохранения. Трудности возникают в нормативных планах. Видите ли, помимо мотивации, необходимо выработать квалификационные требования и должностные инструкции для различных

уровней менеджеров. К сожалению, их пока нет.

3. В какие сроки и какой осязаемый результат дадут проводимые преобразования в сфере управления здравоохранением, внедрение менеджеров в руководство медицинских учреждений?

Сложно назвать конечный срок. Осязаемый результат должен быть отражен в ключевых индикаторах развития отрасли (индикаторы конкурентоспособности, снижение материнской и младенческой смертности, снижение заболеваемости социально значимыми болезнями и их последствиями). На уровне операционных индикаторов – это эффективное

использование средств, достижение результатов от определенных проектов. Поэтому сроки зависят от нас, насколько мы внедрим профессиональный менеджмент в проектах здравоохранения.

4. В настоящее время, Центр менеджмента здравоохранения начал делать первые шаги. Ваши пожелания Центру.

Хочется пожелать центру быть успешными в реализации поставленных задач, найти баланс в интересах «игроков» в системе здравоохранения. Также иметь хорошую методологическую базу и финансово-политическую поддержку со стороны Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

Директор Департамента интегрированной академической системы здравоохранения
АОО «Назарбаев Университет»
Хамзина Н. К.

1. В соответствии с Государственной программой развития здравоохранения «Саламаты Казахстан» планируется внедрение института менеджеров в здравоохранении. На ваш взгляд, каковы их роль и место в системе управления здравоохранением Казахстана?

Считаю внедрение института менеджмента в здравоохранении чрезвычайно важным. С развитием рынка медицинских услуг, с внедрением автономизации организаций здравоохранения, роль менеджеров – современных управленцев, будет критически важной. В системе плановой советской экономики руководителю не было необходимости знать тонкие механизмы управления и финансирования, поскольку все определялось сметным финансированием. С каждым годом увеличивается финансирование отрасли, появляются новые технологии не только по предоставлению медицинских услуг, но и управленческие. Последние позволяют повысить эффективность функционирования предприятия, обеспечить его экономическую и финансовую устойчивость. В этой связи профессионалы – менеджеры должны занять руководящие должности в лечебных организациях. Менеджеры – это, пожалуй,



самая востребованная на сегодняшний день специальность. Менеджеры бывают высшего уровня (топ-менеджеры), которые призваны руководить предприятием, организацией, государственным органом. Ими будут становиться лица, имеющие менеджерское образование и соответствующий опыт работы на руководящих должностях. Менеджеры среднего звена – это руководители структурных подразделений как административного, хозяйственного блоков, так и лечебных отделений организаций здравоохранения. Выделяют также и младших менеджеров, призванных

руководить определенной группой людей по реализации тех или иных проектов в области здравоохранения. Любой человек, в подчинении которого находятся другие люди, должен обладать определенными компетенциями менеджера. Именно, поэтому, обучение всех руководителей от высшего до низшего уровней, является очень важным элементом в развитии современного отечественного здравоохранения.

2. Какие трудности могут возникнуть в процессе внедрения института менеджеров в систему здравоохранения Республики Казахстан?

Условно можно определить два уровня проблем. Первый – касается регулятивной базы. Сегодня специальность «менеджер здравоохранения» уже существует в перечне специальностей здравоохранения. Имеются программы подготовки менеджеров как на додипломном уровне, так и на последипломном уровне. Так, к примеру, можно получить степень бакалавра по специальности «менеджер» (по отраслям) в немедицинских ВУЗах страны, и есть руководители – медики, которые получили эту специальность, обучившись заочно или по сокращенной программе. Есть новая специальность (общественное здравоохранение), по которой обучаются в медицинских вузах студенты (первый выпуск в 2012 году), в рамках которой предусмотрена траектория по менеджменту здравоохранения. Кроме того, получить специализацию по менеджменту здравоохранения можно обучаясь по программе магистратуры по общественному здравоохранению, или по программе магистратуры МВА по больничному управлению. Квалификационные требования к административному персоналу являются общими для всех отраслей экономики и разрабатываются Министерством труда и соцзащиты. В то же время, на должности руководителей организаций здравоохранения пока нет обязательного требования наличия подготовки по менеджменту здравоохранения. Это требование станет обязательным, вероятно, для нового

поколения управленцев.

Вторая проблема, осознают ли сегодняшние руководители и работники системы здравоохранения необходимость данной категории специалистов? Нередко звучит вопрос, где будут работать выпускники медицинских ВУЗов, получив академическую степень бакалавр «общественного здравоохранения»? Хочу ответить на этот вопрос следующим образом. Начинать он может с менеджера низшего или среднего звена. К примеру – это все должности в органах управления здравоохранением, от министерства здравоохранения до управлений здравоохранения в областях. Хорошим началом карьеры менеджера может стать работа в административном или хозяйственном блоках организаций здравоохранения от первичной медицинской помощи до специализированных лечебных организаций. Однако, для того, чтобы стать топ-менеджером, ему необходимо будет получить степень магистра по управлению в сфере здравоохранения. Таким образом, магистратура становится важным элементом карьерного роста руководителя.

Опыт советской системы несет глубокий стереотип в мышлении. Подготовка врача занимает длительный период времени и очень затратна для государства. Вместе с тем, по данным ВОЗ, в здравоохранении трудятся около 60 млн человек, из которых две трети – провайдеры медицинских услуг (врачи, медицинские сестры и др.), а одна треть – административный и вспомогательный персонал. Именно поэтому обеспечение системы здравоохранения административным персоналом должно происходить не за счет дорогостоящей подготовки врача, а за счет подготовки специалистов общественного здравоохранения, в числе которых современные управленцы всех уровней. На мой взгляд, эти специалисты знают систему здравоохранения, имеют представление о специфике клинической медицины и в полной мере смогут управлять лечебными организациями.

3. В какие сроки и какой

ощутимый результат дадут проводимые преобразования в сфере управления здравоохранением, внедрением менеджеров в руководство медицинских учреждений?

Я думаю, что потребуется немало времени для решения этого вопроса. Но в одном я убеждена, что информирование медицинской общественности, информирование населения о необходимости внедрения института менеджмента в организации здравоохранения на всех уровнях должно происходить более эффективно и непрерывно. Обеспечение качества предоставляемых медицинских услуг во многом зависит от организации работы в лечебном учреждении. Умение стратегически мыслить, знать политику и экономику, знать законы и этику, обладать лидерскими качествами, уметь управлять качеством медицинской помощи – вот ключевые компетенции современного менеджера здравоохранения.

Не менее важным является качественное обучение названным компетенциям всех претендентов на руководящие позиции. Для этого, конечно, в первую очередь, надо быть уверенным,

что те, кто обучает, действительно обладают знаниями, навыками, а самое главное опытом управления. Бесспорно и то, что обучение должно идти постоянно и непрерывно. Очень важным должно стать обучение и подготовка резерва на руководящие должности. Важно широко использовать все существующие подходы, включая наставничество, менторство и др.

4. В настоящее время Центр менеджмента здравоохранения начал делать первые шаги. Ваши пожелания Центру.

Все, что было сказано ранее, думаю, будет полезным для работы нового Центра. Знаю, что у Центра очень важная миссия. Внедряя лучшую международную практику работы подобных центров, не следует забывать об особенностях отечественной системы здравоохранения, о ментальности людей и пр. Скрупулезная и последовательная работа, направленная на разработку и внедрение программ обучения работающих управленцев здравоохранения, мониторинг достижений и постоянное самосовершенствование сотрудников Центра – вот основные составляющие успеха и процветания!

**Главный врач Кокшетауской больницы, побетитель республиканского конкурса на звание «Лучший менеджер здравоохранения РК»
Какенов С. К.**

1. В соответствии с Государственной программой развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» планируется внедрение института менеджеров в здравоохранении. На Ваш взгляд, каковы их роль и место в системе управления здравоохранением Республики Казахстан?

Менеджмент – это деятельность, направленная на совершенствование форм управления, повышения эффективности производства с помощью совокупности принципов, методов и средств, активизирующих трудовую деятельность, интеллект и мотивы поведения, как отдельных сотрудников, так и всего коллектива. Основу управленческой деятельности составляют способы воздействия управляющих на



объекты управления. Анализ управления определяется принципами, методами, функциями и целями управления. Нет объектов управления. Анализ управления определяется принципами, методами, функциями и целями управления. Нет необходимости перечислять процесс управления. Отмечу лишь важную роль контроля в алгоритме управленческого решения и правильное определение целей и задач при стратегическом и тактическом планировании. Обязательным условием успешной деятельности предприятия является бизнес – планирование развития на срок от 3 до 5 лет. Однако, многие руководители предприятий выполняют только краткосрочные планы – освоение финансирования и объёмов медицинской помощи. И так повторяется из года в год без видения перспектив.

Здравоохранение вновь на пороге очередной реформы. Насколько она будет успешной, в немалой степени зависит от способности руководителя предприятия эффективно использовать новые возможности и проводить необходимые преобразования. Для успешного решения задач, рационального распоряжения финансовыми ресурсами, получения прибыли, создания собственной команды руководитель медицинской организации кроме медицинского образования должен овладеть навыками менеджмента и маркетинга. Для этого требуется специальная подготовка. Способность правления в рыночных условиях обязывает повышать компетентность руководителей.

Финансовый менеджмент, управление качеством и информацией, повышение конкурентоспособности в условиях жесткого лимита финансирования со стороны государства приобретают особенное значение для получения бизнес - образования. Вместе с тем, отрыв от производства руководителя предприятия на обучение по специальности «менеджер здравоохранения» негативно влияет на деятельность предприятия. Необходимо использовать обучение без отрыва от основной работы. Внедрение

института профессиональных менеджеров здравоохранения будет способствовать распространению передового опыта, совершенствованию финансирования и инвестиционной политики в здравоохранении. Особую значимость это приобретает при переходе предприятий на работу на ПХВ и движения к государственно – частному партнерству.

2. Какие трудности могут возникнуть в процессе внедрения института менеджеров в систему здравоохранения Республики Казахстан?

На мой взгляд, руководство «старыми» кадрами, а это в основном опытные руководители с богатым жизненным опытом, и новое назначение врачей на руководящие должности без получения знаний менеджмента и маркетинга не способствует продвижению реформирования. К сожалению, это явление распространено в повседневной практике. Некий консерватизм в данном вопросе будет препятствовать волне перемен в сфере управления здравоохранением.

3. В какие сроки и какой ощутимый результат, по Вашему мнению, дадут проводимые преобразования в сфере управления здравоохранением, внедрение менеджеров в руководство медицинских учреждений?

Все зависит от кадров и масштабов. Если говорить о менеджменте одного конкретного учреждения, то возможны видимые быстрые перемены, в пределах 3-5 лет. Если акцентировать внимание на результатах эффективного менеджмента во всем здравоохранении страны, то сроки, на мой взгляд, будут более отдаленные.

4. В настоящее время Центр менеджмента здравоохранения начал делать первые шаги, Ваши пожелания центру.

Для успешной реализации намеченных программ Центру менеджмента здравоохранения хочу пожелать последовательности, настойчивости, умению откликаться на нужды практического здравоохранения. Кто идёт с факелом, тот чаще спотыкается, чем тот, кто идёт за ним. Успехов Вам в достижении поставленных целей.

Менеджер в здравоохранении Республики Казахстан.

Настоящее и перспективы.

Департамент науки и человеческих ресурсов

Министерства здравоохранения РК

Сыздыкова А. А., Ергалиев К. А., Канатова А. С.

Менеджмент - это управление не вещами, а воздействие на людей. Это искусство получать нужные вещи посредством управления людьми.

Менеджмент - это также умение добиваться определённой цели, используя интеллект и мотивы.

Президент

Американской ассоциации управления - Экли

Актуальность. До недавнего времени отсутствие знаний, умений и навыков в так называемых «современных» методах управления не рассматривалось в числе приоритетных задач сектора здравоохранения Республики Казахстан. Жестко регулируемая система здравоохранения, которую страна унаследовала от Советского Союза, предполагала весьма ограниченные полномочия для менеджеров в отношении использования ресурсов и, следовательно, не требовала владения широким спектром управленческих навыков.

Однако, современный этап развития здравоохранения, с актуализацией рыночных отношений, расширением автономии организаций здравоохранения значительно повысил требования к управленцам, к их знаниям и навыкам в области современного менеджмента. Неслучайно, в принятой в ноябре 2010 года Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» 2011-2015 годы конкретная задача по совершенствованию системы управления и менеджмента в отрасли здравоохранения, включающая внедрение международных стандартов и принципов стратегического планирования, управления и бюджетирования, в т.ч. внедрение института профессиональных менеджеров, ресурсосберегающих технологий управления, повышение автономности

и самостоятельности организаций здравоохранения, совершенствование системы управления персоналом в организациях здравоохранения и т.д.

В ходе внедрения Единой национальной системы здравоохранения, в условиях работы медицинских организаций с повышенной самостоятельностью (ПХВ, АО), развития конкуренции в сфере здравоохранения возникла необходимость в дополнительных знаниях и навыках в области развития управленческого потенциала, операционного и финансового менеджмента, стратегического планирования, управления качеством и т.д.

Цель. Данное исследование проведено с целью анализа имеющегося управленческого потенциала в сфере здравоохранения Республики Казахстан.

Материалы и методы. В ноябре текущего года проведено анкетирование 866 руководителей и 924 заместителей руководителей организаций здравоохранения Республики Казахстан разного уровня. Основными показателями проведенного анализа результатов анкетирования были возраст, пол, образование и стаж работы (общий, управленческий, на последнем месте работы).

Результаты. Анализ показал, что средний возраст руководителей организаций здравоохранения (далее - руководители) составил 51,1 год, а возрастной размах составил от 28 лет до 73 лет. Средний возраст заместителей руководителей организаций здравоохранения (далее - заместители руководителей) составил 47 лет, возрастной размах составил от 24 лет до 73 лет. 61% руководителей составляют мужчины и 39% - женщины. В группе заместителей руководителей отмечено обратное

соотношение, т.е. 27% - мужского пола и 73% - женского.

99,3% руководителей имеют медицинское образование, в т. ч. «только медицинское образование» - 91,3%, «медицинское и второе экономическое образование» - 5,7%, «медицинское и второе юридическое образование» - 2,3% опрошенных. Следует отметить, что лица с немедицинским образованием составили менее одного процента (0,7%). В отношении заместителей руководителей 96,8% имеют медицинское образование, в т.ч. 94,5% - «только медицинское образование» и 2,3% «медицинское и второе экономическое образование». Вместе с тем, в группе заместителей руководителей 3,2% имеют немедицинское образование. Группу с немедицинским образованием составили лица, обладающие техническим, педагогическим, экономическим или гуманитарным базовым образованием.

Анализ трудового стажа показал, что, в среднем, первые руководители имеют 26,5 лет общего стажа, в том числе на руководящей должности - 13 лет и на последней занимаемой должности 5,9 лет. Средний общий стаж заместителей руководителей составил 23,1 года, из них на руководящей должности - 8,35 лет и на последней занимаемой должности 4,9 лет.

Обсуждение и выводы.

В соответствии с международным определением менеджмент здравоохранения - это деятельность, направленная на совершенствование форм управления, повышение эффективности, как организации, так и всей системы здравоохранения и приближение её к международным стандартам.

На протяжении последних 30 лет в большинстве развитых стран происходило усиление роли административных работников, экономистов и плановиков в сфере медицинского обслуживания. Сегодня во многих странах с эффективными системами здравоохранения клиниками обычно руководят профессиональные администраторы, не имеющие медицинского

образования.

Настоящей практикой, принятой в Казахстане, как в большинстве постсоветских системах, является назначение практикующих врачей руководителями медицинских организаций, прошедших незначительное обучение по управлению. Некоторые из них исполняют свои обязанности успешно, однако, большинство из них не имеет достаточных знаний и навыков в современных методах управления.

Менеджерами здравоохранения в Казахстане сегодня являются в основном специалисты с высшим медицинским образованием, обычно по клиническим специальностям, прошедшие 10-месячный курс обучения менеджменту в здравоохранении. Вместе с тем, несмотря на то, что у отдельных руководящих врачей есть второе высшее образование (экономическое и/или юридическое), уровень владения ими знаний и навыков не в полной мере отвечает современным требованиям к профессиональным менеджерам. Это стало особенно заметно в условиях Единой национальной системы здравоохранения, требующей от медицинских управленцев владения современными компетенциями в области больничного администрирования и менеджмента.

Современная кадровая политика в здравоохранении Казахстана направлена на внедрение эффективных методов управления с использованием имеющегося потенциала управленцев. В этой связи предпринимаются все меры по обучению действующих руководителей ЛПО по вопросам экономики, финансов, права, менеджмента в здравоохранении, организации стажировок руководящих работников в ведущих отечественных и зарубежных центрах. Планируется поэтапно внедрять требования ко вновь назначаемым на должность руководителей организациями здравоохранения лицам иметь соответствующее образование по управлению здравоохранением, больничному менеджменту.

В этой связи, укрепление потенциала

менеджеров здравоохранения на всех уровнях является важным компонентом проводимых преобразований в сфере здравоохранения Казахстана. Необходимо совершенствовать систему подготовки управленцев для здравоохранения и повышения профессорско-преподавательского потенциала медицинских организаций образования по вопросам менеджмента и управления здравоохранением.

Поло-возрастной состав опрошенных менеджеров свидетельствует о потребности в совершенствовании системы формирования кадрового резерва и широкого применения методов ротации менеджеров на центральном и региональном уровнях.

Следует отметить, что за последние два года, Министерство здравоохранения выполнило значительную работу по созданию правовой основы для повышения эффективности управления здравоохранением. Специальность «Менеджмент здравоохранения» была выделена в отдельную специальность, разработаны соответствующие нормативы, разработаны и утверждены квалификационные характеристики в соответствии с современными требованиями. Необходимо отметить, что с сентября 2007 года в Казахстане внедрена новая модель подготовки кадров здравоохранения, основанная на международных стандартах Всемирной федерации медицинского образования (ВФМО) и предусматривающая подготовку современных менеджеров

здравоохранения в рамках базового медицинского образования.

Сегодня осуществляется модернизация системы больничного управления, внедряются принципы корпоративного управления и модель безбумажной больницы в соответствии с международными стандартами. Адаптируются и внедряются в отечественное здравоохранение новейшие и эффективные мировые тренды в области управления и менеджмента в здравоохранении. Успешная реализация данных мероприятий, прежде всего, зависит от уровня подготовленности менеджеров здравоохранения в обеспечении эффективной, качественной и рациональной медицинской помощи в современных условиях.

Список литературы:

1. Указ Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года №1113 «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» 2011-2015 годы»;
2. The quality handbook for healthcare organizations: manager's guide to tools and programs./Yosef D. Dlugacz, Andrea Restigo, Alice Greenwood. 2004;
3. Managing health services organizations and systems. / Beaufort B. Longest, Jr., Jonathon S. Rakich, Kurt Darr. 2008
4. Здравоохранение России. Что надо делать. Г.Э. Улумбекова. 2010.

Развитие профессиональных навыков менеджера - основа личной и командной эффективности.

Каптагаева А. К.



«Знание того, чего у вас нет, является не менее важным ингредиентом успешной карьеры, чем знание того, что у вас есть».

*Орисон Свэтт Марден,
врач, успешный предприниматель*

Долгое время работы в условиях плановой экономики, ограниченности ресурсов здравоохранения, отсутствия конкурентной среды не требовало от руководителя лечебной организации развития менеджерских навыков, основанных на ключевом принципе рыночного управления – эффективности.

Сегодня развитие рыночной экономики в стране предполагает, что здравоохранение, являясь звеном общественного производстве, не может не развиваться под действием формирующихся рыночных условий и новых механизмов хозяйствования. Путь рыночных преобразований предполагает дальнейшее развитие новых административно-правовых форм управления организациями здравоохранения. Научно-технический прогресс, необходимость рационального распределения увеличивающихся ресурсов, управление ими, изменение потребности в

медицинской помощи, повышение требований к качеству медицинских услуг, переориентация от “оказания медицинской помощи” к “оказанию медицинских услуг” настоятельно диктуют необходимость внедрения принципов менеджмента в эту сферу.

Основные стратегические документы в сфере здравоохранения: Государственная Программа реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 гг., Государственная Программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» одной из ключевых задач провозглашают внедрение принципов эффективного управления.

Бытует мнение, что управлять можно, опираясь только на собственный опыт; при этом специальные знания и навыки не обязательны. Безусловно, есть немало примеров эффективного руководства, но, как правило, это люди, достигшие успеха благодаря врожденным лидерским качествам и накопленному опыту.

Каков же портрет сегодняшнего руководителя организации здравоохранения? Сегодняшний руководитель:

- Имеет высокую квалификацию в области клинической медицины;
- Длительный опыт работы в медицине;
- Обладает навыками хозяйственной и административной деятельности;
- Как правило, не имеет образования в сфере управления, экономики, маркетинга и финансирования здравоохранения;
- Повышает квалификацию на краткосрочных курсах для руководителей;
- Знания и навыки в области финансирования и экономики здравоохранения, как правило, приобретает уже в ходе работы руководителем.

Однако, все больше приходит понимание того, что в условиях придания лечебной организации статуса

самостоятельного хозяйствующего субъекта возрастает роль руководителя-главного врача и опыт работы, длительный стаж в сфере клинической медицины не могут автоматически трансформироваться в навыки коммуникации и эффективное управление персоналом, рациональное использование ресурсов, эффективное распределение бюджетных ресурсов на основе методов финансового менеджмента, определять политику организации и определять стратегические приоритеты.

Американский политолог Ральф Стогдилл сделал принципиально важный вывод, что человек не становится эффективным руководителем только благодаря особым личностным качествам. Никакая харизма, выдающийся ум или воля не могут однозначно стать гарантией успешной деятельности.

Общеизвестно, что менеджмент – это эффективное и рациональное достижение целей организации посредством планирования, организации, руководства (лидерства) и контроля организационных ресурсов. Выполнение основных функций управления предполагает использование менеджерами различных навыков и умений.

Одним из ключевых аспектов менеджмента является признание роли других людей и их значимости. Питер Друкер – известный теоретик науки управления, говорил, что менеджеры определяют направление развития своих организаций, выступают в роли лидеров и принимают решения об использовании имеющихся организационных ресурсов для достижения поставленных целей. Их основная задача - обеспечение выполнения работы другими людьми, использование имеющихся ресурсов и лидерство. Сегодня понятно, что без эффективного взаимодействия с другими людьми ни одному, даже самому гениальному менеджеру, не решить стоящих перед ним задач.

Говоря о профессионализме менеджера, все больше исследователей склоняются к тому, что основным навыком менеджера является навык руководства. Нередко приходится сталкиваться с ситуацией, когда грамотные, опытные

специалисты, заняв управленческую должность, продолжают действовать и мыслить как рядовые специалисты, выполняя самостоятельно все поставленные перед ним задачи. Как правило, они хорошо работают, но не могут сделать так, чтобы хорошо работали другие. Им не хватает умения руководить.

Современному менеджеру важно понимание того, что основа его успеха - наличие широкого спектра профессиональных навыков, которые можно объединить в три категории: концептуальные, человеческие и технические. Независимо от занимаемой должности, эффективный руководитель должен обладать этими тремя видами навыков.

Концептуальные навыки или как их принято называть когнитивные (познавательные) способности, необходимы для восприятия организации как единое целое, но при этом четко выделять взаимосвязь ее отдельных частей. В первую очередь, к числу таких навыков относят мышление менеджера, умение обрабатывать всю поступающую информацию и его способности к планированию и оценке долгосрочных перспектив организации, т.е. стратегическому мышлению.

Из перечисленных навыков, технические навыки играют неограниченную роль на более низких менеджерских позициях. Навыки использования методов, технологий, оборудования, необходимых для выполнения конкретных функций: исследования, производство, финансы, предполагают наличие профессиональных знаний, аналитических способностей для выполнения рабочих задач. Однако, по мере продвижения по карьерной лестнице, потребность в технических навыках уменьшается и на первый план выступают концептуальные навыки и навыки работы с персоналом.

Одним из главных навыков менеджера является способность его работать с людьми, умение налаживать эффективные коммуникации, эффективно взаимодействовать и выстраивать работу с другими людьми, создавать условия

для достижения ими необходимого результата (мотивировать, содействовать их профессиональному росту, деятельности и координировать ее, разрешать конфликты).

Президент всемирно известной компании «Sony» Акио Морита сказал следующее: *«Как бы вы ни были хороши или удачливы, как бы вы ни были умны и ловки, ваш бизнес и судьба находятся в руках тех людей, которых вы нанимаете. Никакая теория, программа или правительственная политика не могут сделать предприятие успешным: это могут сделать только люди».*

Менеджер, обладающий развитыми навыками работы с персоналом, добивается гораздо большего успеха, нежели руководитель, предпочитающий авторитарный стиль руководства (хотя в некоторых ситуациях это бывает оправданно и приносит свои плоды).

Правильная организация управления медицинскими кадрами заключается в:

- обеспечении достаточного количества медицинских кадров, способных качественно выполнять свои профессиональные обязанности;
- создании для медицинских работников

оптимальных условий труда, адекватной оплаты труда, системы стимулирования и социальной поддержки;

-контроле и оказании поддержки роста профессионального уровня.

В современном мире менеджерам нужен новый подход, который больше опирается на координацию и коммуникацию, нежели на команды и контроль. На смену традиционным представлениям о процессе управления (жесткий контроль, разделение труда и специализация, управление, основанное на объективных показателях и анализе) приходит осознание необходимости более гибкого реагирования на происходящие изменения, активного участия в процессе труда всех сотрудников организации и создание благоприятной корпоративной культуры, основанных на общечеловеческих качествах и эмоциональной вовлеченности работников в процесс труда.

В этой связи, сегодняшнее представление об успешной организации укладывается в следующие принципы:

- высокие ценности;
- четко определенные цели;
- адекватная стратегия;
- конкретный план;

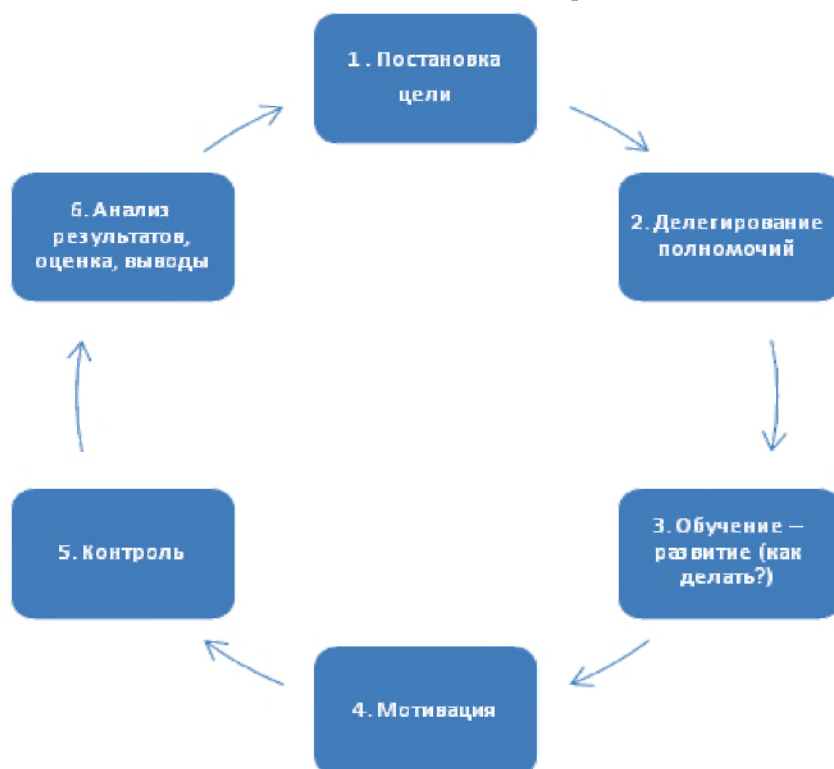


Рисунок 1. Управленческий цикл руководителя

- ориентированность на результат;
- оценка деятельности;
- постоянное развитие.№

Согласно этим принципам формируется управленческий цикл современного руководителя (рисунок 1).

Одно из главных условий достижения эффективного результата – четко определенная цель. Для этого используется технология SMART, которая отвечает на вопросы: что должно быть выполнено, как будет достигнуто, когда будет достигнуто и каковы должны быть индикаторы оценки и достижения цели. При этом важно умение формировать в коллективе общность целей, когда каждый сотрудник должен проникнуться общей целью.

Иногда приходится наблюдать ситуацию, когда первый руководитель пытается самостоятельно решать все задачи, стоящие перед предприятием, т.н. централизация управления. Зачастую причиной этому является заблуждение «я сам сделаю это лучше», либо боязнь риска или элементарное неумение руководить. Умение правильно делегировать полномочия является не только признаком эффективного тайм-менеджмента, но также подтверждением доверия своему персоналу и стимулирования его развития. Правильное делегирование подразумевает четкое разъяснение поставленных задач, предоставление необходимых инструкций, обучение тому, как это сделать правильно и какой результат хочет получить руководитель. Безусловно, важно установить реальные сроки исполнения поручений, постоянно поддерживать обратную связь «фидбек».

Каждый руководитель хотя бы раз в своей профессиональной деятельности задается вопросом: «Что нужно делать для того, чтобы добиться высоких результатов от своих работников и как этому способствовать?». Знание руководителем основных принципов мотивации, изучение основных потребностей членов своего коллектива может стать залогом достижения результатов, соответствующих его ожиданиям.

Важным элементом управленческого цикла является контроль. При этом контроль не может быть инструментом для выявления и наказания, а должен использоваться как обратная связь, необходимая для коррекции предпринимаемых действий и получения желаемых результатов. Контроль – это возможность менеджера высказать подчиненному свое мнение: покритиковать или похвалить. В свою очередь, это должны быть конструктивная критика и работающая похвала.

Управленческий цикл завершает процесс анализа и оценки полученных результатов. Этот этап необходим не только для менеджера, но и всей команды. Недопущение впредь тех же ошибок, их исправление и умение извлекать уроки являются залогом дальнейшего развития организации.

Один из постулатов менеджера гласит: «Прежде чем управлять другими – нужно научиться управлять собой!». Основу успешности менеджера составляют личные эффективные коммуникации. Умение налаживать деловые коммуникации, преодолевать коммуникативные барьеры, выбор эффективного стиля управления – половина успеха.

Очевидно, что для того чтобы работать в условиях изменений, происходящих во внешней среде, менеджеры должны идти в ногу с постоянно развивающимися технологиями и оставаться конкурентоспособными в условиях постоянно усиливающейся конкуренции. Это подразумевает необходимость постоянного развития управленческих знаний менеджера, создания для них специальных образовательных программ, направленных на формирование широкого спектра их профессиональных навыков.

«Чтобы стать лучше, надо измениться. Чтобы стать идеальным нужно меняться непрерывно».

Уинстон Черчилль

Опыт дифференцированной оплаты труда в условиях ПХВ на базе ГКП на ПХВ «Кокшетауская городская больница»

Какенов С. К.

В условиях перехода к системе рыночного хозяйствования в соответствии с изменениями в экономическом и социальном развитии страны существенно меняется и политика в области оплаты труда, социальной поддержки и защиты работников.

Принципиально меняется сущность таких важнейших экономических категорий и процессов, как оплата труда и формирование доходов. Если при централизованной системе единственным способом обеспечения трудящихся материально-жизненными благами являлось их распределение на основе провозглашенного принципа эквивалентности меры труда и меры потребления каждого члена общества, то при рыночной системе эти блага не распределяются из какого-то центра, а определяются в каждом конкретном случае на основе принципа прямого обмена квалификации и времени работника на заработную плату и доход от участия в прибыли.

При такой системе заработная плата – это не часть национального дохода, выделяемая государством для оплаты труда, а часть дохода предприятия, расходуемая им для оплаты труда работников в соответствии с трудовым договором и результатами труда.

Следовательно, оплата труда – это обязанность работодателя по выплате работнику заработанных им средств за выполнение работы в соответствии с условиями трудового договора.

Оплата труда каждого работника зависит от его личного трудового вклада и качества труда и максимальным размером не ограничивается. При оплате могут применяться тарифные ставки, оклады, а также бестарифная система, если предприятие считает такую систему наиболее целесообразной.

Вид, системы оплаты труда, размеры тарифных ставок, окладов, премий и иных поощрительных выплат, а

также соотношения в их размерах между отдельными категориями персонала предприятие определяет самостоятельно и фиксирует их в коллективном договоре, иных локальных нормативных актах.

С апреля 2010 года Городская больница переименована в ГКП на ПХВ «Кокшетауская городская больница». Работая в новых условиях хозяйствования появилась возможность выплат стимулирующего характера по конечному результату труда.

Основой для установления должностных окладов является ППРК от 23 декабря 2007 года №1400 «О системе оплаты труда гражданских служащих, работников организаций, содержащиеся за счет средств государственного бюджета, работников казенных предприятий».

На заседании тарификационной комиссии принято решение об увеличении должностных окладов до 25% заведующим, старшим сестрам, сестрам хозяйкам отделений в связи с увеличением обязанностей по улучшению качества, потребности экономии финансовых средств и получении прибыли.

С введением в действие приказа МЗ РК от 12 апреля 2010 года №249 «Об утверждении оплаты труда медицинских работников» создана комиссия, разработано Положение о деятельности комиссии по выплатам стимулирующего характера. В данном положении учтены не только медицинские работники, а весь работающий персонал. Внесены изменения и дополнения в оценочный лист, при котором учитывается количество отработанных часов по основной должности. Одним из преимуществ указанного приказа является источник экономии средств, широкий диапазон критериев качества труда, возможность оплаты за расширение зон обслуживания, отношение к выполнению должностных обязанностей и ответственности. На выплаты стимулирующего характера направлялось не более 50% средств, сформированных за счет

экономии расходования средств.

Такие источники, как получение прибыли за счет перераспределения объемов между медицинскими организациями, в целях реализации права граждан свободного выбора медицинской организации и средства за оказание платных медицинских услуг в положении не учитывались. До настоящего времени отсутствует механизм перераспределения финансовых потоков вслед за больным по выбору медицинской организации. Так, в 2010 году по выбору медицинской организации пролечено 552 больных на 37260,0 т.т., за 9 месяцев 2011 года 260 больных на 18746,0 т.т. Указанные суммы дополнительно не были профинансированы.

Снижается заинтересованность медицинских работников по оказанию платных медицинских услуг, так как деньги направляются в общий стимулирующий фонд, а не непосредственно исполнителю, уменьшая ему причитающиеся выплаты.

Размер дифференцированной платы за различные периоды зависит от сэкономленных средств. Также имеются различия по дифференцированной оплате работающих в разных бюджетных системах (республиканский, областной). Заработная плата в 2010 году составляла 230573,0 т.т. что составляет 50% от общей сметы расходов. На стимулирующие выплаты направлено 28123,0 т.т., в том числе премиальных 16805,0 т.т.

В 2011 году фонд заработной платы составлял 284935,0 т.т., что составляет 55% сметы расходов и на стимулирующие выплаты направлено 25737,0 т.т., в том числе на премиальные выплаты 18779,0 т.т.

В целом в 2011 году заработная плата медицинского персонала по бюджету выросла на 21,1% и стимулирующим выплатам и премиальным на 29,8% по сравнению с аналогичным периодом 2010 года.

Удельный вес стимулирующих выплат и премиальных составляет 7% от общей заработной платы.

Приказ МЗ РК от 20 мая 2010 года №310 «Об утверждении Правил оплаты труда медицинских работников» для организаций

на ПХВ носит рекомендательный характер. Организация фонда стимулирующих надбавок предусмотрена за счет экономии расходов в течение года не более 30% от общего объема сэкономленных средств по смете, а в декабре в полном объеме по спецификам 141,151 смета расходов. Рост платежей на коммунальные расходы не позволяет сформировать стимулирующий фонд и установление надбавок.

По сравнению с 2010 годом увеличилось потребление электроэнергии на 25,4%, увеличился объем тепловой энергии на 19,7 Гкал, уменьшился объем потребленной воды и канализации на 2017 кубов. В целом расходы уменьшились на 0,13% (16370,0 т.т.). На текущий год по указанным спецификам выделено на 9 месяцев 14028,0 т.т., кассовые расходы составили 14195,0 т.тенге.

Нами апробирован данный приказ с учетом приказа МЗ РК «О внесении изменений и дополнений в приказ МЗ РК № 238 от 07.04.2010 года «Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организации здравоохранения». Анализ показывает необходимость сокращения врачебных должностей или увеличение объема пролеченных больных.

Ввиду отсутствия возможности выплата стимулирующих надбавок временно приостановлена до разработки нового положения системы оплаты труда. При наличии экономии проводятся премиальные выплаты.

Платные медицинские услуги не входят в стимулирующий фонд и выплачиваются отдельно согласно коллективному договору.

Одной из форм повышения оплаты труда является доплата в размере 10% основного оклада отличникам здравоохранения за счет внебюджетных средств, закрепленная положением коллективного договора.

В настоящее время нами прорабатывается возможность повышения должностных окладов в зависимости от коэффициента инфляции, установленного

правительством.

В связи с переходом на ПХВ размеры должностных окладов руководителя предприятия и его заместителей, главного бухгалтера устанавливает уполномоченный орган. Методика определения размера заработной платы по указанным должностям не разработана.

Нами разработана примерная схема определения размеров окладов для административно-управленческого персонала. В ней учитывается уровень сложности оказания медицинской помощи по степеням риска медицинской организации, соответствие критериям аккредитации медицинских организаций как показатель качества оказания медицинских услуг.

Оплата АУП включает тарифную и надтарифную часть. Тарифная часть – за основу берется БДО и коэффициент для исчисления должностных окладов (приложение №2) ППРК №1400 от 29.12.2007 г. Надтарифная часть-определяется коэффициент сложности (степени риска) медицинской организаций (приказ МЗ РК

от 01.03.2010 года №142 «Критерии оценки степени риска в сфере оказания медицинских услуг»)

Приведенные расчеты позволяют в какой-то мере ориентироваться администратору бюджетных программ в установлении размеров должностных окладов для руководителей предприятия и их заместителей.

Проведенный Свод-анализ по дифференцированной оплате труда показывает, что сильной стороной является стимулирование качества медицинской помощи, престиж своей организации, работа в команде, экономический тип управления и развитие конкурентоспособности среди медицинской организации. В то же время слабой стороной, является отсутствие разработанной НПА, отсутствие прямой заинтересованности в оказании платных услуг, принятие стимулирующих выплат как должное и имеющие критерии не позволяет стимулировать отдельных работников и т.д.

Возможность при этом - выбор персонала, оплата по качеству, эффективность управления,

Оплата административно-управленческого персонала

Оплата АУП

Оплата АУП включает тарифную и надтарифную часть

Тарифная часть – за основу берется БДО и коэффициент для исчисления должностных окладов (приложение №2 ППРК №1400 от 29.12.2007г.

Надтарифная часть-определяется коэффициент сложности (степени риска) медицинской организации (приказ МЗ РК от 01.03.2010 года №142 «Критерии оценки степени риска в сфере оказания медицинских услуг»)

Степень риска	Субъекты здравоохранения	Критерий качества /индикаторы/	Коэффициент субъекта /сложности/
Высокая	Стационарная, стационарорзамещающая и амбулаторно-поликлиническая помощь по стратегическим направлениям		7-10
Средняя	Стационарная, стационарорзамещающая и амбулаторно-поликлиническая помощь за исключением стратегических направлений	60-80% = 4 коэф. 80-95% = 5 коэф. Свыше 95% = 6 коэф.	4-6
Незначительная	Восстановительно-лечебной медицинской реабилитации, паллиативная помощь и сестринский уход, косметологическая помощь, судебная медицина и патологическая анатомия		1-3

Расчет заработной платы главного врача (Г 4) БДО х коэффициент должностного оклада х коэффициент степени риска
Например: 13613 X 4,08 X 6 = 332,1. тенге

Расчет з/п зам. главного врача (Г 5)- 13613 тенге X 3,80 X 6 = 310,4.тенге

Расчет з/п гл. бухгалтера (Г 6) – 13613 X 3,58 X 6 = 292,4.тенге

Размеры должностного оклада устанавливает главный врач и утверждает на один год уполномоченный орган (адм. бюджетных программ)

развитие материальной базы медицинской организаций и повышение престижа профессии.

Конечно, нельзя не учесть угрозы при дифференцированной оплате труда, это изменение НПА в области здравоохранения, жесткое ограничение объемов и оплаты, наличие ужесточение штрафных санкции медицинским организациям и перенос акцента на получение прибыли.

Главными требованиями к организации заработной платы на предприятии и соответственно критерием ее эффективности являются обеспечение реального роста заработной платы при снижении ее затрат на медицинские услуги и гарантия повышения оплаты труда каждого работника по мере роста эффективности деятельности предприятия в целом.

Всевозможные премии, доплаты и надбавки утратили свое экономическое предназначение и превратились по их сути в механическую прибавку к тарифным

ставкам и должностным окладам, не связанную с результатами труда. Если работник не будет заинтересован в зарплате, не будет высокопроизводительного и высококачественного труда, не будет обеспечено стабильное и поступательное развитие предприятия.

Анализу затрат на оплату труда на всех, без исключения, предприятиях следует уделять первоочередное внимание. Это связано прежде всего с тем, что затраты на оплату труда занимают значительный удельный вес в себестоимости услуг, и поэтому являются одним из важнейших источников снижения себестоимости.

Главным фактором стабильного развития предприятия является усиление материальной заинтересованности работников в повышении результативности деятельности на основе обеспечения тесной взаимосвязи размеров доходов с количеством и качеством затраченного ими труда.

К вопросу о функциональных обязанностях менеджеров сестринского дела

Турдалиева Б. С., Кашафутдинова Г. Т., Байсузурова В. Ю., Аимбетова Г. Е.

В успешной реализации реформ здравоохранения, обеспечении высокого качества медицинской помощи населению, решении актуальных задач медико-социальной помощи существенная роль отводится специалистам со средним медицинским образованием [1, 2, 3, 4].

Трансформация медицинского ухода в научную дисциплину, внедрение в клиническую практику новых организационных форм сестринской деятельности определили необходимость подготовки специалистов в области управления сестринским делом - менеджера, который, с одной стороны, должен хорошо разбираться в вопросах сестринского дела, а с другой - уметь управлять сестринским персоналом, как автономной частью единого лечебно-диагностического процесса. Цель менеджмента в сестринском деле - оптимизировать использование кадровых ресурсов медицинских сестер для усиления эффективности лечения, ухода, обучении пациентов принципам самоухода, что в конечном итоге приведет к улучшению качества жизни пациентов. Перед руководителями медицинских организаций сегодня стоит проблема смены роли организаторов, которая была типична в условиях жесткой централизации управления, на роль менеджеров. Это связано, прежде всего, с тем, что значительно повысилась степень их ответственности за достижение поставленных целей в условиях конкуренции за высокое качество лечения. Особое внимание менеджера в учреждении здравоохранения сосредоточено на оптимизации взаимодействия между врачами, медицинским персоналом и пациентами с целью преобразования существующей системы и адаптации ее к современным социально-экономическим условиям и клинко-организационным технологиям.

В этой связи особую актуальность приобретают вопросы подготовки менеджеров сестринского дела. Несмотря на то, что зарубежное

здравоохранение располагает богатейшим опытом в области менеджмента сестринских служб и подготовки профессиональных сестер-менеджеров, очевидно, что конкретные разработки в области медицинского образования невозможны без учета региональных особенностей: экономических, социальных, культурных, этнических и пр. Возрастающие требования к профессионально-должностным характеристикам медицинских работников требуют соответствующей организации и совершенствования профессиональной подготовки специалистов со средним медицинским образованием. Улучшение качества медицинской помощи, внедрение инновационных технологий требуют наличия определенного теоретического уровня подготовки медицинских сестер, грамотного выполнения сестринских манипуляций, практического владения современными технологиями.

В настоящее время в нашей республике начата подготовка медицинских сестер с высшим образованием на базе КазНМУ им. С. Д. Асфендиярова по программам бакалавриата и магистратуры. Выпускаемый сегодня «магистр здравоохранения» по специальности сестринское дело должен владеть комплексными знаниями по медицинским и административно-управленческим дисциплинам, определяемым государственным стандартом образования. В частности, государственный стандарт образования предусматривает, что «Выпускники магистратуры по специальности 6М110300 – «Сестринское дело» могут выполнять следующие виды профессиональной деятельности [5]:

при профильной подготовке:

- административно-управленческая (специалисты органов управления здравоохранением и административно-управленческий персонал организаций здравоохранения);
- лечебно-профилактическая и диагностическая (ведущие специалисты сестринской службы по узкому

- профильному направлению);
- аналитическая (сотрудники информационно-аналитических центров);
 - экспертно-консультативная (эксперты, консультанты в организациях здравоохранения и социального обеспечения).
- при научной и педагогической подготовке:*
- педагогическая (преподаватели высших и средних профессиональных учебных заведений);
 - научно-исследовательская (научные сотрудники институтов, научных центров);
 - педагогическая (преподаватели организаций высшего и послевузовского образования);
 - научно-исследовательская (сотрудники организаций науки);
 - административно-управленческая (специалисты органов управления здравоохранением и административно-управленческий персонал организаций здравоохранения);
 - аналитическая (сотрудники информационно-аналитических центров);
 - экспертно-консультативная (эксперты, консультанты в организациях здравоохранения и социального обеспечения).

Таким образом, в государственном стандарте прописаны только задачи, которые должен решать такой специалист, а должностные инструкции и функциональные обязанности менеджеров сестринского дела в тех медицинских организациях, где эти должности внедрены, еще не совсем отработаны.

Проблема заключается в том, что по квалификации «менеджер», до сих пор не существует четкой формулировки и определения данного направления деятельности.

Какие же задачи, возможно решать с внедрением должности медицинской сестры-менеджера?

Во-первых, деятельность менеджеров

сестринского дела, имеющих теоретические знания в области инновационных технологий, педагогики, менеджмента, психологии и других дисциплин и применяющих их на практике, поможет изменить мировоззрение и роль медицинской сестры в практическом здравоохранении. Внедрение института медицинских сестер-менеджеров позволит создать новые рабочие места для медицинских сестер, имеющих высшее сестринское образование в целях рационального применения их знаний в практическом здравоохранении. Медицинские сестры-менеджеры смогут проводить комплексный анализ данных по качеству сестринского ухода, рациональному использованию материальных ресурсов. И, наконец, самое важное - возможность делегирования части врачебных полномочий, а также перераспределение функций между младшим медицинским персоналом и медицинскими сестрами с целью освобождения сестер от выполнения несвойственных им функций.

В этой связи полезным будет изучение зарубежного опыта деятельности медицинских сестер-менеджеров. Например, в Израиле существует несколько форм сестринского ухода:

1. *функциональный сестринский уход* основан на максимальном использовании опыта, профессиональных навыков и умений медицинской сестры для обеспечения качественного ухода за пациентом. При использовании этого метода делается акцент на эффективное разделение труда и контроль. Старшая медицинская сестра-менеджер распределяет задания или сферы деятельности медицинским сестрам и контролирует выполнение. Например, одна медсестра отвечает за раздачу лекарств, вторая - за процедуры, третья - за перевязки, младшая медсестра по уходу - за кормление и гигиенические процедуры.
2. *бригадная форма сестринского обслуживания* разработана с целью максимального повышения мастерства профессиональных медицинских

сестер и контроля над уходом, который осуществляют менее квалифицированные работники. В отделении организуется работа одной, двух или более бригад. Руководитель бригады назначает задания по обслуживанию пациентов членам бригады. Например, медсестры могут отвечать за обслуживание нескольких пациентов или за выполнение каких-либо заданий. Члены бригады сообщают информацию о пациентах руководителю бригады, а тот доводит ее до сведения врача. Руководитель бригады несет ответственность за качество обслуживания пациентов, коммуникации с врачами и руководителями.

3. *Модель полного обслуживания пациента* - медицинская сестра несет юридическую ответственность за пациента, находясь у постели больного, т.е. не только решает проблемы пациента (выявленные в процессе сестринского обследования), но и несет ответственность за оценку ситуации и результатов ухода, планирование вмешательства. Она ведет от одного до пяти пациентов - в зависимости от состояния больного. Медсестра передает информацию об изменениях в состоянии пациента врачу или членам междисциплинарной команды (социальному работнику, специалисту по реабилитации), которые не являются медицинскими работниками.

4. *С п е ц и а л и з и р о в а н н ы й (узкоспециализированный) уход* - это метод сестринского обслуживания пациентов в различных учреждениях (больницах, амбулаторных клиниках и поликлиниках, реабилитационных центрах), а также структурах, осуществляющих уход на дому.

Так в чем заключаются функциональные обязанности медсестры-менеджера?

Во-первых, эффективное планирование деятельности медицинских сестер и младшего медицинского персонала, т.е. планирование, распределение работы,

координация и мониторинг деятельности. Во-вторых, роль менеджеров сестринского дела в совершенствовании корпоративной культуры, создании единой организационной среды и улучшения имиджа организации. В третьих, достижение координации действий и согласованности принимаемых решений, направленных на обеспечение безопасности и совершенствование качества лечебно-диагностического процесса и ухода между всеми его участниками, что потребует делегирования части врачебных полномочий медицинским сестрам, особенно, в части ухода и реабилитации пациентов. В четвертых, роль менеджера сестринского дела в рациональном управлении материальными ресурсами в медицинской организации.

Таким образом, для определения функционала медицинской сестры-менеджера необходимо изучить международный опыт организации их деятельности, провести анализ функциональных обязанностей и должностных инструкций врачей, медицинских сестер и руководителей сестринских служб в нашей системе здравоохранения с целью определения тех сфер деятельности, в которых менеджеры сестринского дела займут свои позиции, т.е. менеджеры сестринского дела также становятся координаторами создания междисциплинарных команд - «врачи-медицинские сестры». Деятельность таких команд позволит: снизить вероятность того, что врачи и медсестры повторяются в действиях; применять совместные взаимодополняющие навыки во время отсутствия других специалистов; оптимизировать использование недостаточных ресурсов; применять доказательную практику; обеспечить соответствующий обмен информацией; улучшить качество лечения и ухода.

В настоящее время приоритетом является также непрерывное профессиональное обучение менеджменту работающих руководителей сестринских служб. Появление в структуре сестринских

кадров специалистов с различным уровнем образования требует создания системы последипломного образования, обеспечивающей профессиональное развитие специалистов всех уровней. Оптимальной является интеграция и рациональное сочетание различных образовательных программ: от обучения в учреждениях последипломного образования, до индивидуальных стажировок и самообразования.

Обучение в государственных образовательных учреждениях последипломного образования по программам сертификационного и тематического усовершенствования осуществляется не реже одного раза в 5 лет с целью обновления теоретических и практических знаний специалистов. В связи с высоким темпом развития медицинских технологий необходимо непрерывное совершенствование подготовки медицинских сестер. Проблема непрерывного повышения профессионального уровня руководителей сестринских служб, необходимость организации внутренней системы их обучения в условиях большой загруженности по основному месту работы определяет поиск новых образовательных форм - дистанционное обучение, проведение «мастер-классов», совместных клинично-образовательных сессий и пр.

Подготовка и последипломное обучение специалистов в высших и средних учебных заведениях всегда связаны с

растущими финансовыми затратами. Совершенствование системы планирования, учета, организации, оценки эффективности последипломного обучения ведет не только к улучшению функционирования системы здравоохранения, но и к значительной экономии средств, поскольку окупается в будущем высокой производительностью труда обученных специалистов.

Список литературы:

1. Двойников С.Р. Менеджмент в сестринском деле: Учебное пособие / С.И. Двойников. Ростов н/Д: Феникс, 2006 - 511 с.
2. Бордовская Н.О. Основы поддержания дисциплины в медицинском учреждении // Главная медицинская сестра, №12, 2006.
3. Двойников С.И., Лапик С.В., Павлов Ю.И. Менеджмент и лидерство в сестринском деле. Функции управления организацией: планирование (лекция 5) // Главная медицинская сестра, №10, 2006
4. Двойников С.И., Лапик С.В., Павлов Ю.И. Менеджмент и лидерство в сестринском деле. Функции управления организацией: делегирование полномочий (лекция 6) // Главная медицинская сестра, №11, 2006
5. Государственный общеобразовательный стандарт образования Республики Казахстан по специальности 6М110300-сестринское дело, 2009.

Обзор метода 6-sigma, как потенциального инструмента статистического контроля процессов в менеджменте здравоохранения

Ниткалиев К. У.

Двадцать лет назад качество товаров американской компании Motorola не отличалось стабильностью. Проданная техника то и дело выходила из строя, а число клиентских жалоб росло, как снежный ком. Одному богу известно, что бы могло случиться с репутацией производителя, не поспеши он с поиском решения проблемы. К счастью для Motorola, такое решение удалось найти: в недрах компании было разработано средство против дефектности со специфическим названием «Шесть сигм». Авторы нового метода сосредоточились на контроле критичных параметров в бизнес-процессах – причем критичных для конечного потребителя.

С точки зрения математической статистики речь шла о том, чтобы повысить индекс воспроизводимости процессов, удерживать каждый из них в пределах стандартного отклонения от нормы (греческой буквой «сигма» обозначается среднее квадратическое отклонение). Использование «Шести сигм» привело к значительному снижению вариативности процессов.

Достижение наивысшего уровня в рамках системы – «шесть сигм» – означает почти фантастический результат: 3,4 реальных дефекта на миллион потенциальных. В 1988 году компания получила престижную национальную премию Малкольма Болдриджа в области качества.

Но качество не является конечной целью всех усилий при работе по системе «Шести сигм». Это результат промежуточный. Главный критерий успеха – снижение потерь в виде брака и возможных рисков для репутации производителя товаров или услуг. Таким образом, «цену вопроса» можно выразить через прибыль, которую недополучают компании, предпочитающие

смотреть на дефекты сквозь пальцы. Американцы также говорят об акционерной стоимости фирмы, на повышение которой в конечном итоге и должна работать «Шесть сигм».

Программа действий

Будущизонтичной концепцией, «шесть сигм» объединяет традиционные и хорошо известные специалистам инструменты и методы. Но главной особенностью этой системы нужно считать жесткую пошаговую методику, основанную на следующей идее: «меньше эмоций, больше проверенных фактов и трезвого анализа». Это проявляется в ключевых понятиях цикла DMAIC: Define – постановка проблемы, Measure – измерение, Analyze – анализ, Improve – улучшение, Control – контроль или управление. Пять фаз, однако, не являются каноническими и иногда дополняются стадиями вроде Recognize – осознание (не всегда очевидно, что именно требует улучшений). На стадии «постановки проблемы» участники проекта формулируют его задачи. Это позволяет сосредоточить особое внимание на тех бизнес-процессах, которые этого требуют. Далее на этапе «измерение» по уже отобранным проблемам собирается детальная информация: составляются карты процесса, диаграммы. На следующей ступени («анализ») команды изучают эти данные, чтобы определить характер дефектов и степень их серьезности. Фаза «совершенствование», как явствует из названия, подразумевает действия по устранению недостатков. Спектр мероприятий – от генерации идей и проведения экспериментов до разработки плана действий и его реализации. Наконец, завершающий этап проекта, «контроль», – это проявление компанией стремления защитить стабилизированный процесс от дальнейших ошибок.

Практика использования концепции

- снижение себестоимости продукции и услуг на 30-60%;
- сокращение времени предоставления услуг до 50%;
- сокращение количества дефектной продукции примерно в 2 раза;
- повышение без дополнительных затрат объема выполненных работ до 20%;
- снижение стоимости проектных работ на 30-40%;
- сокращение времени выполнения проектов до 70%.

Статистические основы «Шесть Сигм»

Несмотря на то, что знание статистики не главный пункт концепции «Шесть сигм», название пришло именно из предмета статистика.

Любой процесс может быть представлен в виде математической модели, где основными параметрами результата процесса выступают *среднее значение и стандартное отклонение*. Параметр среднее значение отвечает на вопрос как работает процесс в среднем и обозначается символом μ (мю). Стандартное отклонение показывает степень вариабельности результата процесса и обозначается символом σ (сигма).

Исходной предпосылкой является полная случайность отклонений, т.е. отсутствие систематических причин, приводящих к смещению результата. В этом случае распределение отклонений около среднего значения процесса будет хорошо приближаться (в большинстве случаев) к

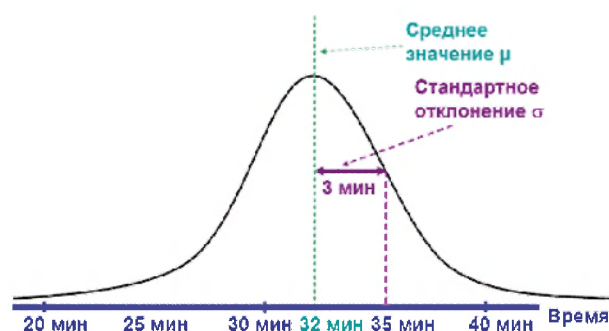


Рисунок 1. Среднее значение и стандартное отклонение

нормальному распределению. Геометрически, хорошая наглядная картина получается, рассматривая плотность нормального распределения, где среднее значение – это пик плотности распределения, а стандартное отклонение определяется как расстояние между средним значением и точкой перегиба кривой (рисунок 1).

Свойства нормального распределения: Если для процесса установлены некоторые контрольные пределы, выход за которые результатов процесса считается нежелательным событием, то чем больше сигм процесса уместается между средним значением и ближайшим контрольным пределом, тем меньше дефектов имеет процесс, что наглядно видно на картинке (рисунок 2). Уровень работы процесса определяется количеством сигм, укладываемых в заданный интервал. Чем меньше значение стандартного отклонения, тем стабильнее и лучше результат (при условии, что среднее значение близко к целевому значению).

Из статистического обоснования известно, что при уровне процесса 4,5 сигм, из миллиона единиц продукции, дефектов



Рисунок 2. Чем больше сигма процесса укладывается между средним значением и ближайшим контрольным пределом, тем меньше дефектов имеет процесс. Процесс работает на уровне 2,6 сигмы.

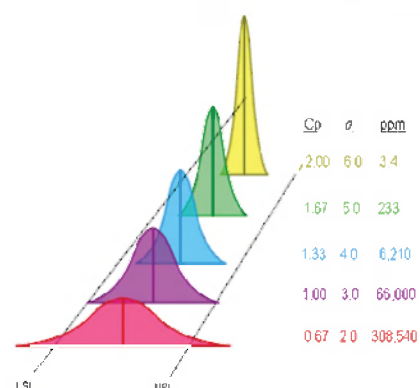


Рисунок 3. Изменение процесса с течением времени

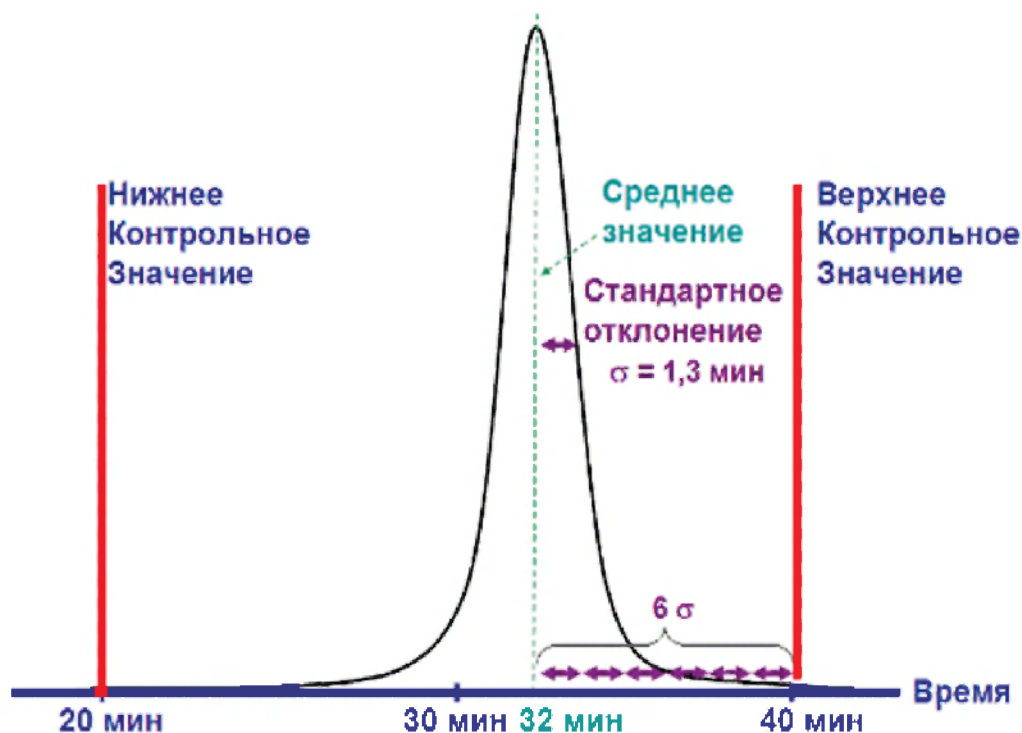


Рисунок 4. Уровень качества 6 Сигм.

будет не более **3,4**, и это условие выполняется для стабильных процессов. В настоящих же условиях, поведение процессов может меняться со временем года, временем суток и т.п. (рисунок 3).

Основываясь на эмпирических данных, исследователи пришли к выводу, что отклонения процесса, вызванные его естественной нестабильностью, дают отклонения качества на уровне 1,5 сигма. Таким образом, если целевой уровень качества составляет 4,5 сигма (3,4 дефекта на миллион возможностей), то с учетом перестраховки 1,5 сигма на отклонения, необходимо обеспечивать уровень качества 6 сигм (рисунок 4).

При реализации концепции Six Sigma используются различные ресурсы, к которым относятся оплаченное время персонала, затраты на его обучение и на приобретение средств, необходимых для подготовки и выполнения проектов. Руководство должно получить объем знаний, необходимый для контроля и управления этой деятельностью.

Калькуляцию необходимых часов обучения и затрат рабочего времени на реализацию проектов можно найти в любом учебнике по концепции «Шесть сигм». Лидер проекта должен иметь практический опыт участия в успешных проектах по улучшению. При всей важности обучения, опыт участия в одном успешном проекте стоит изучения десятков примеров из практики.

Приживутся ли в наших организациях Lean и Six Sigma или же будут оставаться заморской диковинкой? Успех порождает успех. Успех концепции «Шесть сигм» на американском рынке породил желание облачить в форму этой концепции и другие подходы, продолжая движение по пути постоянного совершенствования, или, проще говоря, чтобы опередить конкурентов.

В заключение мы пожелаем нашим организациям здравоохранения успехов в любых начинаниях по совершенствованию. Такие успехи должны пробудить желание изучать и апробировать новые концепции и методы повышения качества и снижения затрат.

К проблеме качества управления организациями здравоохранения в условиях рыночных отношений

Исмаилов Ж. К., Шайхыбекова Г. Т.

Одним из главных приоритетов Республики Казахстан с точки зрения устойчивого и стабильного роста благосостояния населения в условиях рыночных отношений является развитие отрасли здравоохранения, которая должна стать единой, развитой, социально ориентированной, управляемой системой менеджмента и маркетинга, призванной обеспечить доступность, своевременность, качество управления и преемственность оказания медицинской помощи.

В настоящее время, на основе Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан осуществляется подготовка менеджеров здравоохранения, комплексная модернизация и развитие качества управления системы здравоохранения, которая системно направлена на устранение политического, технологического, интеллектуального и инфраструктурного отставания отечественной системы здравоохранения и обеспечение его конкурентоспособности.

Стоит также отметить, что проблема обеспечения системы здравоохранения современными методами, технологиями и качеством управления, и поиск в целом эффективных путей решения вопросов развития менеджмента здравоохранения приобретает важное значение в условиях экономических преобразований, вызванных требованиями адекватного реагирования Республики Казахстан на мировой финансовый кризис.

“Дорога к повышению эффективности здравоохранения как системы проходит в первую очередь через улучшение качества менеджмента. Безусловно, реформы любой страны зависят от истории этой страны, от экономической и социальной инфраструктур, но даже первичное обдумывание реформ, не говоря уже о создании их и претворении в жизнь, следует

начинать с переосмысления роли и функций менеджмента. Конструктивный менеджмент, подкреплённый знанием экономики - центр любой реформы в здравоохранении, включающей в себя всё необходимое для улучшения здоровья населения без повышения стоимости услуг” /Evans, 1995/.

Деятельность организаций здравоохранения в условиях рыночных отношений существенно меняется. Она приобретает новые формы взаимодействия с окружающей средой. Становится необходимым работать на рынок. Рыночная среда будет выбраковывать нежизнеспособные медицинские организации, отбрасывать неэффективные формы и методы управления. В этих условиях нужны меры по постоянному поддержанию высокой конкурентоспособности, для чего медицинские организации должны иметь надежную систему менеджмента (качество отношений управляющей и управляемой системы), способную обеспечить целенаправленность, целостность и устойчивый рост эффективности, а также инновационного развития в условиях динамичности и непредсказуемости рынка (рисунок 1).

Значительным, эффективным механизмом инновационного развития является проектный менеджмент, включающий в себя структурный компонент (ресурсное обеспечение: материальных, трудовых, финансовых, информационных и других ресурсов) и процессный компонент (технологическое обеспечение), и содержание результата рационального планирования и эффективного использования этих ресурсов, характеризующийся качеством здоровья населения и качеством оказываемых медицинских услуг населению.

Таким образом, превращение медицинских организаций в условиях рынка из простых потребителей бюджетных ресурсов в самостоятельные хозяйствующие субъекты, развитие новых разнообразных форм собственности и их юридическое равноправие, преобразование элементов рыночного ценообразования на медицинские

услуги, функционирование предпринимательской и маркетинговой деятельности, введение обязательного и добровольного медицинского страхования и другие новшества требуют существенного реформирования методов и стиля руководства менеджмента.

Между тем, сегодня основными проблемами в области образования, науки и развития человеческих ресурсов здравоохранения Республики Казахстан остаются качество подготовки кадров, уровень квалификации работающих специалистов, дефицит персонала, оказывающего первичную медицинскую помощь, чрезмерная концентрация медицинского персонала в крупных городах, дисбаланс численности врачей и среднего медперсонала, отсутствие мотивационных стимулов к работе и недостаточная социальная защищенность работников здравоохранения, низкая конкурентоспособность научных исследований, отсутствие инновационных достижений.

В связи с этим, система управления в организациях сектора здравоохранения должна обладать организационной гибкостью, чертами самонастраивающейся системы, позволяющей и способной эффективно реагировать, приспосабливаться к переменам, происходящим во внешней среде, рынке и технологии для выживания и достижения поставленных целей (рисунок 1)

Практика показала, что в годы независимости, ни достигнутые масштабы организаций, ни накопленная финансовая мощь, не являются гарантией дальнейших успехов при отсутствии механизма, способствующего оптимальному приспособлению высокоорганизованных систем менеджмента в секторе здравоохранения.

Из вышеизложенного следует отметить, что менеджмент деятельности организаций в секторе здравоохранения, призван совершенствовать формы и структуры управления; целенаправленно повышать эффективность деятельности с помощью совокупных принципов, методов, технических средств и технологий управления сохранив целостность организаций; активизировать трудовую деятельность, развития интеллекта и мотивов поведения, как отдельных сотрудников, так и всего коллектива; а также обеспечить качество управления, управляемости и удовлетворения потребностей населения в качественных медицинских услугах и получения прибыли.

Основу и стимулирующие факторы управленческой деятельности составляют способы качественного воздействия

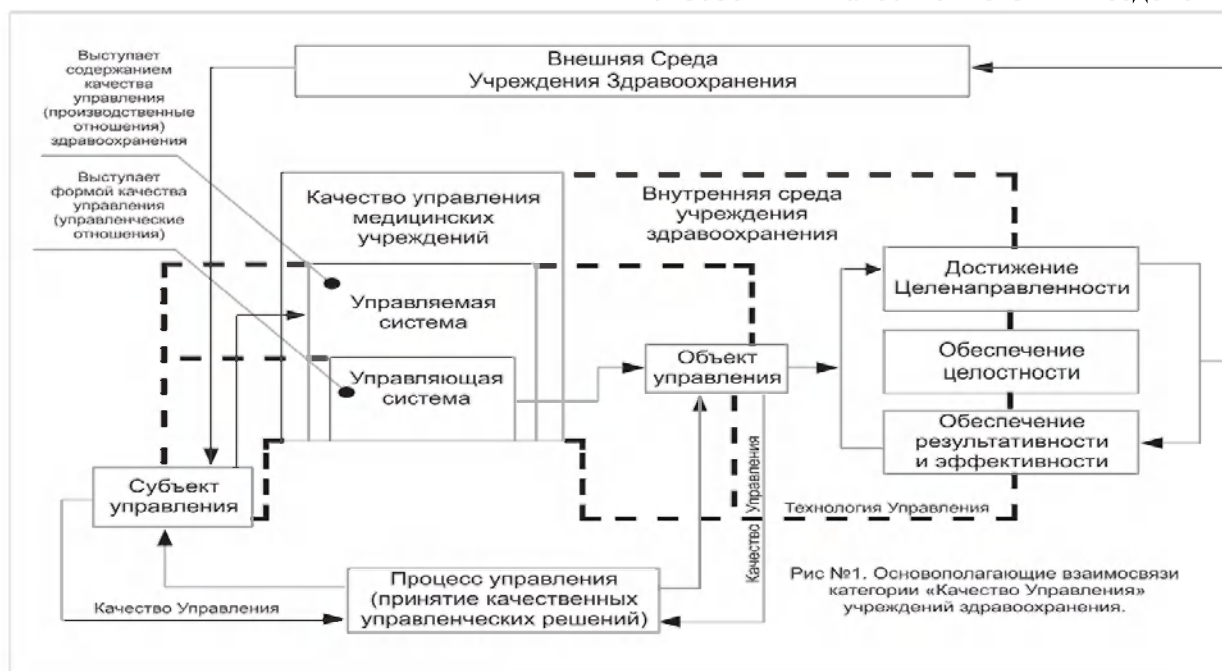


Рисунок 1. Основопологающие взаимосвязи категории «Качество Управления» учреждений здравоохранения



Рисунок 2. Зависимость «качества управления» от основных элементов управляющей и управляемой системы управления организациями здравоохранения

управляющей системы (субъект управления), на объекты управляемой системы (коллективы, отдельные работники и т.д.) медицинских организаций, в процессе, которого принимаются управленческие решения по достижению конечной цели деятельности организаций здравоохранения.

Субъект управления – тот, кто управляет, объект управления – тем, кем управляют. Субъект управления – люди и кадры управления, в функции которых входит осуществление процесса управления, охватывающего руководителей министерства, начальников управлений, главных врачей, заместителей главных врачей, заведующих отделениями, директоров и начальников клиники, руководителей предприятия, комитетов и т. д. Объекты управления – работники, коллективы, действующие согласно предписанию и любые социально-экономические, организационно-технические, хозяйственные, коммерческие, финансовые, учетные, страховые и другие объекты, подвергаемые определенной трансформации (по воле распоряжающегося этим объектом).

На рисунке 1 отражены объективные отношения, свойства и реалии (в результате абстрагирования) многосложной взаимозависимости и взаимовлияния управляющей и управляемой системы медицинских организаций. Анализ системы управления определяется целями, функциями, кадрами, методами и принципами и др. элементами управления.

На рисунке 2 отображены состав и взаимосвязь элементов управления деятельности управляющей системы нацеленной на обеспечение качества управления организациями здравоохранения.

Выделяют следующие принципы управления:

- Организационные, координационные и оперативные, которые направлены на активизацию и усиление мотивации деятельности каждого сотрудника и всего коллектива. Среди них: власть и

ответственность; единоначалие; единство руководства; централизация; линейное управление; порядок; стабильность; инициатива.

- Принципы развития, направленные на оптимизацию взаимоотношений и повышение эффективности коллективной деятельности. Это дисциплина, справедливость, подчинение индивидуальных интересов общим, кооперативный дух, постоянство персонала, вознаграждения и другие.
- Принципы повышения имиджа, авторитета, представительства организации.

Методы управления бывают организационно-распорядительные, экономико-хозяйственные, правовые и социально-психологические.

К методам управления относят:

- методы подкрепления и стимулирования;
- методы регулирования поведения;
- методы по оптимизации трудового процесса и роста ответственности сотрудников;
- развитие инициативы сотрудников и повышение индивидуального мастерства.

Функции управления определяются уровнем системы управления. Система управления любого объекта имеет три уровня – стратегический, тактический и оперативный. На стратегическом уровне определяются цели и возможные результаты в перспективе. Тактический уровень позволяет оптимально определить конкретные задачи, организацию, поэтапное выполнение и контроль результатов. Оперативный уровень обеспечивает эффективное выполнение производственных процессов с оптимальным использованием имеющихся ресурсов. К этому уровню можно отнести учет, контроль и анализ деятельности уже функционирующих структур.

Среди функций управления главными являются следующие:

- Технические операции – производство; для медицинских организаций к

производственным функциям относятся диагностика, экспертиза, реабилитация, меры профилактики и другие.

- Коммерческие операции - покупка, продажа, обмен; для медицинских организаций это продажа отдельных видов медицинских услуг.
- Финансовые операции - привлечение средств и распоряжение ими для осуществления деятельности.
- Страховые операции - страхование имущества и другое.
- Учетные операции - бухгалтерия, учет, статистика и другие.
- Административные - перспективное программно-целевое планирование, организация, координация, регулирование, распорядительные функции и контроль.

Целями управления могут быть: стратегия и тактика медицинской организации, новаторские решения проблемы, реализация конкретных обязанностей, самосовершенствование и другие.

Целям и функциям управления соответствует определенная установка (социально-экономическая, организационно-техническая, коммерческая, административная, финансовая, учетная, страховая и другие). Каждая установка ориентируется на группу качеств и знаний, определяемых такими параметрами, как физическое здоровье, умственные способности (рассудительность, гибкость ума, уровень кругозора), нравственные качества (энергия, сознание ответственности, чувство долга, чувство достоинства, доброта, тактичность, честность), специальные (профессиональные) знания и опыт работы.

Процесс управления включает планирование, организацию, распорядительность, координацию, контроль, анализ, оценку эффективности, принятие решения, подбор персонала, мотивацию и оптимизацию индивидуальной деятельности, представительство и ведение переговоров и сделок.

Алгоритм (последовательность) управленческих решений:

- Постановка цели и задач (программно-

целевое планирование).

- Сбор необходимой информации.
- Моделирование и предварительная экспертиза возможных решений.
- Принятие управленческого решения, в целом по системе здравоохранения.
- Организация, координация и регулирование исполнения.
- Контроль исполнения.
- Оценка эффективности и корректировка результатов.

Для эффективного управления важны мотивация (заинтересованная деятельность и приверженность персонала), сочетание производственных, физиологических и психологических ориентиров. Среди качественных способов воздействия на коллектив в менеджменте важную роль играет стиль руководства, лидерства (совокупность методов управления и психологии управления), обеспечивающий качество управления и управляемость организаций здравоохранения.

Следует при этом, внимательно присмотреться к тому, что в процессе своего развития в условиях независимости Республики Казахстан система управления организациями здравоохранения прошла ряд этапов. На каждом из них для управления организациями здравоохранения был характерен определенный, свойственный именно ему, качественный уровень, соответствующий полноте освоения в управлении сложности и разнообразию процессов управляющей и управляемой систем медицинских организаций. Это объективная зависимость, носящая закономерный характер.

При этом, чрезвычайно важно учитывать и обратить внимание на то, что любая социально-экономическая система и организация здравоохранения в своем закономерном развитии в определенное время достигает такого наивысшего уровня, при котором существующие формы и методы управления такой системой исчерпывают адекватные ресурсы интеллектуального и кадрового потенциала. При всем этом наступает момент, требующий поиска

новых форм и методов менеджмента. Причем не в рамках количественного изменения этих форм и методов управления - их интенсивного развития, а в форме качественного преобразования, как интеллектуальной составляющей функции принятия качественных решений, так и самих форм, приемов и методов менеджмента.

В силу этого, последствия представления специфики и особенностей управляемой системы медицинских организаций в структуре, содержании и механизмах осуществления управления ею, по-разному отражались на управляемости организаций здравоохранения. Это связано с качеством отношений управления. Чем оно выше, тем выше управляемость медицинских организаций. В свою очередь, рост качества управления есть многосложная функция большого числа переменных, состав, соотношение, уровень которых определяются влиянием субъекта на объект управления и характером воздействия со стороны внешней среды.

Итак, какие обобщения можно сделать, приступая к определению управляемости и качество управления организациями здравоохранения?

По мере научного познания объекта медицинских организаций, как целостной управляемой системы, становится таковой, и сохраняется с течением времени взаимосвязь и взаимодействие субъекта на объект, вследствие успешного управления ею. Поэтому сохранение целостности и организованности управляемой системы (организация здравоохранения) осуществляется на основе качественного воздействия на нее управляющей системы, в процессе которой вырабатываются существенные свойства («качественные отношения») управления ею, а значит, и ее управляемости. При таком сложном процессе менеджеры - управленцы медицинских организаций в своей деятельности должны постоянно совершенствоваться в практическом применении знаний, интеллекта и технологий. Чем активнее на профессиональном уровне осуществляется организующее воздействие на управляемую систему со стороны управляющей системы, тем выше ее управляемость.

Технология в этом процессе включает в себя глубокие знания, профессиональную культуру деловой активности менеджеров, а также утверждение популярности руководителей различных ранга медицинских организаций.

Следовательно, организующий тип управляемости означает, что управляющая система медицинских организаций своими действиями стремится к сохранению целостности управляемой системы здравоохранения, без чего она становится ограниченной в своих возможностях успешной реализацией стоящих перед ней целей и задач.

Чтобы в условиях рыночных отношений достичь своих целей, медицинские организации должны быть надежно и стабильно эффективными. Успешно управляемыми и результативными считаются организации системы здравоохранения с наименьшими затратами ресурсов при полном удовлетворении потребностей в качественных медицинских услугах. Характеристикой, таким образом, высокого качества управления организациями здравоохранения служит именно это обстоятельство, которое является следствием рационального и эффективного использования ресурсов.

Итак, можно констатировать, что управляемость медицинских организаций и системы здравоохранения подразумевает способность к целенаправленному функционированию при сохранении целостности, результативности и наименьших затратах ресурсов медицинских организаций для достижения целей системы здравоохранения.

Качество управления есть способность удовлетворять потребности управляемого объекта медицинских организаций за счет наличия у элементов субъекта управления определенных свойств, характеризующихся уровнем качественных отношений управления (рисунок 2). Отсюда, чем выше качество управления (уровень развития качественных свойств), тем в большей степени удовлетворяются потребности развития управляемого объекта в субъекте управления, то есть тем выше его управляемость.

Целесообразно на наш взгляд также

отметить, что согласно концепции ВОЗ различают три аспекта качества: качество структуры (оснащенность, обеспеченность), качество процесса (медицинской помощи), качество результатов (исходов медицинской помощи по оценкам компетентности специалистов, инфраструктуры организации), которое требует, в свою очередь, отдельного исследования.

Таким образом, эффективный путь и механизмы формирования новых качественных отношений в управлении медицинских организаций, способствующие активизации потенциала менеджмента в системе здравоохранения в условиях рыночных отношений, включают следующие положения и направления:

- формирование и использование в управлении отраслю в современных условиях приоритета экономических отношений в медицине, качественно нового кадрового ресурса менеджеров здравоохранения; внедряющее новые перспективные направления развития системы здравоохранения, вырабатывающее гибкие и качественные управленческие решения, способствующие совершенствованию и развитию максимальной активности потенциала кадров менеджеров в достижении поставленных целей на всех уровнях управления здравоохранения;
- переход к новым управленческим и организационным методам моделирования, т.е. ситуационно-имитационным компьютерным технологиям в системе менеджмента организаций здравоохранения, к действительно научно-обоснованным методам и формам казахского классического менеджмента;
- развитие интерактивного стратегического менеджмента в здравоохранении, который постоянно в состоянии неопределенности умеет разрабатывать стратегию, опираясь на творческий потенциал высшего звена управления, максимально задействованного в формировании дальнейших проектов,

программ и прогнозов, и изыскании путей достижения его целей, осуществляющегося через интеграцию различных гуманитарных знаний и адаптирование к нуждам управленческой деятельности здравоохранения;

- изыскание наилучших возможностей коррекции своей деятельности в связи с ускоряющимися изменениями, возрастающей организационной сложностью и турбулентностью (непредсказуемой изменчивостью) окружающей внешней среды;
- разработка комплекса качественных стратегических управленческих решений, определяющих долговременное и поэтапное развитие системы управления здравоохранения и медицинских организаций;
- использование инновационных диагностических, лечебных и реабилитационных, а также других медицинских технологий управления здравоохранения;
- изменения в структуре организации производства медицинских организаций и развитие ее материально-технической базы и т.д.

Вышеотмеченные ориентации повышают индивидуальный, организационный и общественный уровни развития, охватывает процесс модернизации и повышения качества системы управления медицинских организаций.

В заключение необходимо отметить, что реализация приоритетных решений в управляемой системе здравоохранения должна определить и закрепить стратегические принципы и новые технологии в конструктивном менеджменте. Далее предусматривается совершенствование системы управления, направленное на сохранение и укрепление здоровья населения, формирование и эффективное функционирование системы предоставления доступных и качественных медицинских услуг, а также разработку и внедрение новых проектов менеджмента медицинской помощи и качественного управления в целом в системе здравоохранения.

Государственно-частное партнерство в секторе здравоохранения

Абуова Х. Ж., Абдраимов С. Б.

Введение. Международный обзор ГЧП в здравоохранении. Политическая популярность привлечения частного капитала в выполнении общественно значимых задач в последние 30 лет значительно набирает вес в международной практике. В развитых странах мира государственно-частное партнерство (ГЧП) является основным инструментом привлечения частного инвестиционного капитала в сектор здравоохранения, что значительно улучшает инфраструктуру лечебных учреждений.

Так, Великобритания, безусловно, является самым развитым рынком ГЧП, в том числе в социальной сфере. Министерством здравоохранения специально для строительства больниц посредством ГЧП разработаны шаблонные процедуры тендерного отбора, а также стандартный типовый контракт. Наиболее часто применимой моделью финансирования ГЧП проектов является проектное финансирование, которое, по мнению многих экспертов в Великобритании, обеспечивает лучшее соотношение цены и качества (Value for money). На сегодняшний день в Великобритании успешно реализовано строительство более 70 больниц посредством ГЧП, одной из такой клиник является госпиталь Королевы Александры в г. Портсмут.

Во Франции также существует наряду со стандартизированным типовым контрактом (Contrat de Partenariat) реализации ГЧП – проектов его наиболее часто применяемая разновидность – это контракт, дающий право на аренду больницы (Bail Emphyteotique Hospitalier), построенную в рамках ГЧП. Широкий спектр реализованных в сфере здравоохранения ГЧП-проектов показал, что данное партнерство применимо не только лишь для строительства новых больниц, но также для реструктуризации стационаров, домов престарелых, автономных электростанций (энергоснабжение больниц), строительства прачечных и других логистических центров,

обслуживающих больницу. Кроме того, анализ реализованных проектов ГЧП во Франции показал, что услуги, связанные с непосредственным контактом с пациентом (стерилизация, клининг процедурных, операционных и реанимационных блоков, обеспечение питанием) остаются в руках государственного сектора, тогда как услуги сопутствующего характера (клининг общих площадей, окон, паркинг, телекоммуникационные системы) переданы в руки частного сектора [1].

Что касается финансирования ГЧП проектов во Франции, то 80% из них осуществляются посредством форфейтинга [при форфейтинге продавец переуступает свои требования к покупателю конкретному кредитному учреждению; продавец покупает сразу всю сумму за вычетом процентов, при этом все риски по долговому обязательству переходят к его покупателю – форфейтеру] с поручительством государственного сектора в выплате кредитной организации/банку заемных средств, 10-15% посредством проектного финансирования, 5-10% за счет средств собственного капитала.

В Германии не существует ни стандартизированного типового контракта, ни четкой матрицы распределения рисков для реализации проектов посредством ГЧП в области здравоохранения. Для каждого отдельного проекта разрабатываются индивидуальные соглашения. Проекты включают в себя, как правило, планирование и строительство под ключ (включая оснащение медицинским оборудованием, приборами и специализированной больничной мебелью), а также эксплуатация здания и техническое обслуживание медицинской техники. Передача других видов предоставления услуг возможна, но пока не применяется в практике. Услуги по оказанию непосредственной медицинской помощи остаются в руках заказчика (государственного сектора). Финансирование ГЧП проектов в Германии осуществляется главным образом через проектное финансирование. При этом

	Проекты прошедшие тендерный отбор (распределенные)	Проекты в процессе тендерного отбора	Проекты, находящиеся в подготовительной стадии	Итого общий объем
	Инвестиции в миллионах евро	Ожидаемые объемы инвестиций в миллионах евро		
Школы/образовательные учреждения	1,772	729	963	1,691
Административные здания	714	372	366	738
Исправительные учреждения	268	0	50	50
Здравоохранение	798	450	1,750	2,200
Спорт/Культура	743	136	271	406
Прочее (Парки, логистические центры)	153	48	63	111
Федеральные административные здания	427	25	25	50
Сумма	4,873	1,759	3,488	5,247

обязательным условием финансирования является гарантийное обязательство собственника клиники (местных исполнительных органов) перед банком о поддержании данного предприятия на время действия контракта ГЧП проекта.

Ниже приводятся данные экономического объединения ФРГ «Die Deutsche Bauindustrie», отражающие объем инвестиций в проекты строительства зданий общественного значения посредством ГЧП по состоянию на ноябрь 2011 года в Германии:

Понятие ГЧП и его разновидности. Около 15-25 лет назад под привлечением частного сектора для реализации общественно значимых задач подразумевались понятия «функциональной приватизации» и «аутсорсинга». Между тем сегодня широкое распространение получило понятие государственного-частного партнерства. Под данным термином подразумевается реализация задач, в частности осуществление инвестиций в государственном секторе посредством привлечения частного сектора.

ГЧП направлено на более эффективное и качественное предоставление государственных услуг с минимальными затратами. Главным масштабом при этом является экономическая эффективность ГЧП по сравнению, например

с традиционным методом закупок/ договором об оказании услуг.

Аргументами в пользу ГЧП можно назвать среднесрочный и долгосрочный характер взаимоотношений сторон, взаимовыгодное распределение рисков, выгод, прав и обязанностей между партнерами, использование квалификации и опыта частного сектора (ноу-хау и менеджмент), определение критериев достижения результативности проекта государственным сектором.

Также необходимо отметить, что ГЧП нельзя воспринимать лишь как инструмент для инвестиций во времена ограниченности государственного бюджета, скорее это эффективное предоставление качественных услуг как для государства, так и для его граждан [2].

Таким образом, при планировании и реализации того или иного проекта посредством ГЧП государственный сектор устанавливает объемы, критерии и параметры успешного завершения проекта, частный сектор же берет на себя обязательства по разработке, строительству, финансированию и управлению проектом. Взамен частный сектор получает от государства/ потребителей оплату, размер которой зависит от достигнутых результатов [3].

Традиционно на Западе выделяют

5 основных моделей ГЧП, где существуют разные схемы привлечения частного капитала:

- Модель управления, когда частная компания управляет объектом, неся при этом ответственность перед государством за управление и получая вознаграждение по результатам своей работы;
- Модель передачи в эксплуатацию, когда частной компании сдается в аренду какие-либо сооружения или площади, которые могут использоваться частным инвестором для инфраструктурного обеспечения больницы (парковка, кафе, аптека и т.д.);
- Кооперационная модель, когда организуется компания (АО, ТОО), где 51% акций или уставного капитала принадлежит государству. Эта компания полностью берет на себя выполнение всех задач. Преимуществом этой модели является тот факт, что передавая реализацию услуг, которые не обязательно должны оказываться больницей, в руки частного инвестора, больница из соображений контроля качества не полностью отходит от выполнения этих задач;
- Концессионная модель, когда для

строительства (реконструкции, пристройки) объекта привлекается частный партнер и вместо ежемесячной оплаты заказчиком, частной компании предоставляется право экономического использования объекта. Преимуществом этой модели является полная гарантия и ответственность частного партнера за строительство и сдачу объекта в сроки;

- Операционная (эксплуатационная) модель, когда государственный сектор поручает частному партнеру строительство, планирование, финансирование и эксплуатацию объекта, при этом частный инвестор получает определенную контрактом плату. Посредством этой модели больница получает возможность улучшить инфраструктуру (кафе, парковка и т.д.) в интересах пациентов без экономического риска государственного сектора [4].

Кроме того, многие авторы выделяют также лизинговую модель, которая предполагает, что частная компания берет в лизинг принадлежащий государству объект, несет ответственность за его содержание, получает прибыль и выплачивает лизинговые платежи. Важным отличием всего многообразия этих моделей является



Рисунок 1. Спектр услуг, оказываемых больницей, с разделением на основные, медицинские и административные задачи



Рисунок 2. Модели ГЧП исходя из спектра оказываемых больничным учреждением услуг

обладание правом собственности строящихся объектов, а также схемой финансирования.

На рисунках 1 и 2 ниже проиллюстрированы спектр услуг, оказываемых больницей, с разделением на основные, медицинские и административные задачи, а также модели ГЧП исходя из спектра оказываемых больничным учреждением услуг [5]:

Текущая ситуация в Казахстане, преимущества и препятствия в реализации ГЧП проектов в здравоохранении. Система здравоохранения Казахстана сегодня находится в стадии активного реформирования, необходимость которого

связана с ростом ценности здоровья в системе приоритетов общества, с изменениями в демографической структуре населения, а также с развитием медицинских технологий, значительно повышающих возможности медицинских служб реально влиять на показатели здоровья населения. Кроме того, реализация стратегии вхождения Казахстана в число 50 конкурентоспособных стран мира диктует новые требования к системе здравоохранения, в том числе необходимость развития предпринимательской культуры, создания конкурентной основы для участия частного капитала в реализации общественно значимых задач.

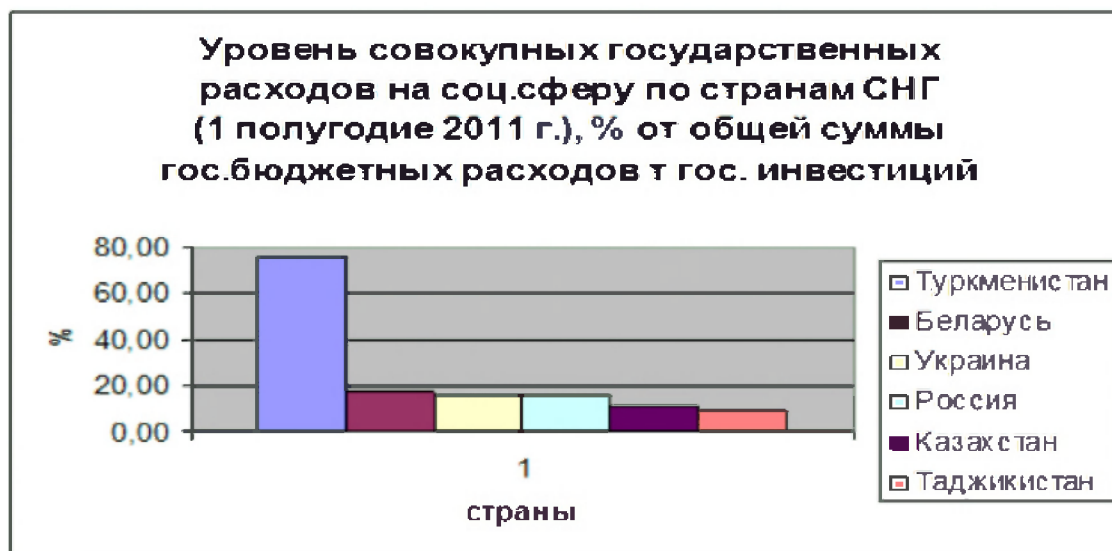


Рисунок 3. Уровень совокупных государственных расходов на социальную сферу по странам СНГ. Источник: ЕАБР, Итар-Тасс, Туркмениформ, Trend (Азербайджан)

Социальная сфера в Казахстане испытывает значительные потребности в финансовых ресурсах, внедрении современных методов управления, передовых технологиях оказания услуг и обслуживания.

Средства, выделяемые государством, не покрывают полностью потребности социальной сферы (рисунок 3), что вызывает необходимость прямого привлечения компетенций и инвестиций частного сектора, в первую очередь для осуществления модернизации объектов (больниц, школ, детских садов, домов престарелых и т.д.), строительстве новых объектов, а также передаче управления имущественным комплексом [6].

Реформирование системы здравоохранения через использование государственного ресурса без участия частного партнера позволяет сохранить существующие институты в собственности государства, а также обеспечивает высокий уровень контроля над сектором. Но при этом сохраняется отсутствие мотивации к оптимизации рынка, низкая вероятность достижения необходимых результатов, сохранение теневых платежей населения.

Использование же механизмов государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения будет означать появление экономически заинтересованных партнеров, дополнительного источника инвестиций, высокой мотивации к оптимизации расходов и возможность технологического прорыва в социальной сфере [7]. В свою очередь, внедрение ГЧП в отечественном секторе здравоохранения повлечет необходимость изменения нынешних институтов управления в области здравоохранения, разработки специальных механизмов реализации государством своей регулятивной функции.

Так, в 2006 году в Казахстане был принят второй закон «О концессиях», позволивший запуск первых концессионных объектов преимущественно в транспортной и энергетических сферах (на момент написания статьи в Карагандинской области

подписан концессионный договор, общей стоимостью 6 млрд. тенге. Результатом его реализации станет строительство 11 детских садов в 2012 г., до 2025 г. частный инвестор будет обеспечивать техническое содержание зданий. Возврат инвестиций будет осуществляться в рассрочку из местного бюджета и за счет платы родителей). Кроме того, сегодня в Казахстане создана институциональная основа для внедрения и развития принципов ГЧП – АО «Казахстанский центр государственно-частного партнерства». Для реализации ГЧП проектов в секторе здравоохранения необходимо внесение поправок в казахстанское законодательство. В частности, в соответствии со ст. 4 Закона РК «О концессиях» в концессию могут передаваться объекты во всех отраслях экономики, за исключением объектов, перечень которых определяется Президентом Республики Казахстан. Согласно Перечню утвержденного Указом Президента РК от 5 марта 2007 года не подлежат передаче в концессию следующие объекты: медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь на селе, специализированную помощь (центры крови, по охране матери и ребенка, радиационной медицины, объекты по лечению онкологических, туберкулезных, инфекционных, кожно-венерологических, психических, инфицированных ВИЧ больных и больных СПИДом), а также являющиеся единственными государственными медицинскими организациями на обслуживаемой территории области, города, района входят в перечень объектов, не подлежащих к передаче в концессию.

Также к основным препятствиям развития ГЧП, кроме несовершенства законодательства в Казахстане, можно отнести сохраняющееся недоверие частного инвестора к государству, а также высокий уровень коррупции в Казахстане. Решение данных проблем АО «Казахстанский центр государственно-частного партнерства» видит в «проведении эффективных реформ

по формированию институциональной базы ГЧП в Казахстане и дальнейшее ее совершенствование с учетом потребностей частного бизнеса», а также в выработке «строгих правил тендерного отбора и строгом следовании данным правилам» [8] при реализации ГЧП проектов.

Вместе с тем опыт реализации первых концессионных проектов показал положительный эффект применения механизмов ГЧП, в частности:

- привлечение негосударственного финансирования для инвестирования в объекты государственного значения;
- разделение рисков по реализации проекта между государством и частными инвесторами;
- обеспечение экономически эффективного управления реализацией проекта путем передачи управленческих функций частному инвестору;
- привлечение современных, высокоэффективных технологий в развитие инфраструктуры [9].

Таким образом, использование ГЧП в социальной сфере, в том числе секторе здравоохранения, может стать эффективным инструментом реализации программ социально-экономической модернизации с наименьшими издержками и потерями для общественного сектора, а также станет альтернативой приватизации объектов государственной собственности, которые имеют общественное и стратегическое значение. Кроме того, ГЧП позволит избежать «монополизации социальной сферы государством или бизнесом, которая показывает в том и другом случае низкую эффективность в экономиках различных стран» [10].

Список литературы:

1. Якоб, Дитер, Заключительный отчет к исследовательскому проекту «ГЧП и больницы: Качественное и количественное разделение рисков и решение постановка проблем при реструктуризации клиник», Технический университет Фрайбург, 20.05.2009. - С.150-153.

2. Информация Министерства финансов ФРГ, http://www.bundesfinanzministerium.de/nn_39840/DE/BMF__Startseite/Service/Glossar/O/004__oeffentlich__Private__Partnerschaft.html, 03.11.2011.
3. АО «Казахстанский центр государственно-частного партнерства», http://www.ppp-center.kz/uploads/files/osn_ponqtiq.pdf, 03.11.2011.
4. Бауэр, Гюнтер. Модели ГЧП в больнице// Австрийская Больничная газета, 45, 2004, 10.- С. 30-31.
5. Подробнее о моделях в разрезе объема работ, права собственности и вознаграждения см. на сайте ГЧП-платформа экономического объединения ФРГ «Die Deutsche Bauindustrie», <http://www.oepplattform.de/home/>, а также на сайте АО «Казахстанский центр государственно-частного партнерства», http://www.ppp-center.kz/uploads/files/osn_ponqtiq.pdf.
6. См. также интервью с председателем правления Центра развития ГЧП РФ Селезневом П., Российская бизнес-газета, № 811 от 23.08.2011.
7. Черепов В., Государственно-частное партнерство в области здравоохранения// Экономическая политика, 2008 - № 5. - С. 46-49.
8. Из интервью директора департамента развития ГЧП АО «Казахстанский центр ГЧП» Назгуль Нуркеновой, «О текущей ситуации с ГЧП в Казахстане и планах его развития», Деловой Казахстан, 09.01.2011.
9. Ivestrae terestilnem, siliis ius horecturo, nos pon aderivi vivilicus C. Satrunt esentiam etri in tabitea averum. It.
10. Mae re, videm. Satus conulibus hus, Ti. Porit.
11. Oltoris etimori squiusc ritroximei consus in nem hiciendici perfertium Rommo hos et furemorta Sera venti, sidiu esse corbisqui conem alem tus cuper horebatumus. Multo cla me manum convern ihilis. Do, noste

Программа оценки использования лекарственных средств – важнейший инструмент фармацевтического менеджмента*Макалкина Л. Г., Уралов С. К., Ахимова А. Д., Авдеев А. В.*

Одной из важнейших проблем общественного здравоохранения любой страны, независимо от уровня экономического развития и политического устройства, является необходимость сдерживания расходов на медицинское обслуживание населения, в особенности, на лекарственное обеспечение при обеспечении надлежащего качества оказываемых услуг.

На повышение уровня расходов влияют социально-демографические, экономические и, конечно, медицинские факторы. Так, медицинские факторы отражают интенсивное развитие науки, появление новых технологий и оригинальных лекарств, которые зачастую отличаются высокой стоимостью, что в условиях ограниченного финансирования здравоохранения и недостаточной платежеспособности основной массы населения не способствует внедрению новшеств в клиническую практику. И, конечно, в этой ситуации основными становятся вопросы: насколько новый препарат эффективнее используемого? Является ли повышение затрат на новую фармакотерапевтическую технологию клинически и экономически обоснованным? Какое лекарственное средство выбрать из достаточно обширного перечня препаратов, присутствующих на рынке?

Политика внедрения формулярной системы должна способствовать рациональному использованию лекарственных средств и выявлению неэффективных затрат на лекарственное обеспечение, а соответственно повышению доступности лекарственных средств для пациентов. Однако, даже наличие в медицинской организации формулярного списка лекарств, утвержденного для применения и закупок, не гарантирует их правильного назначения и использования. Успех терапии зависит от слаженной работы всех звеньев медицинской организации, включая аптечный и медсестринский

персонал.

Механизмом обеспечения правильного назначения и использования лекарств является программа оценки использования лекарственных средств (ОИЛС). Такая программа является составной частью формулярной системы. Оценка использования лекарственных средств должна быть тщательно спланирована для работы с наиболее проблемными лекарствами и аспектами их применения. Программа ОИЛС должна стать составной частью больничных программ и проводиться постоянно.

Основанная на объективных и актуальных критериях, принятых конкретной медицинской организацией (МО), ОИЛС обеспечивает затратнo-эффективное рациональное назначение и использование лекарственных препаратов. Программа разрабатывается как для анализа применения отдельных препаратов, так и рациональности терапии конкретных заболеваний. При выявлении проблем с использованием лекарственных препаратов, программа позволяет найти подходы к их решению и принять соответствующие меры для улучшения использования лекарственных средств, включая проведение усовершенствования врачей, предоставление необходимой медицинской информации, изменение в лечебной практике или больничном формуляре лекарственных средств.

Как показывает опыт, зачастую бывает очень трудно исправить проблемы с назначением лекарств врачами (полипрагмазия, назначение плохо взаимодействующих лекарств), отпускem лекарственных средств провизорами (неправильные замены, отсутствие связи с врачами) и приемом лекарств пациентами (несоблюдение схем приема, отсутствие информации для пациентов). Для рационализации использования лекарств необходимо принимать целый комплекс

законодательных, управленческих и образовательных мер. Законодательные меры могут включать в себя deregистрацию лекарств сомнительной эффективности или опасных своими побочными эффектами; управленческие меры могут заключаться в изъятии лекарства из формуляра или ограничение его применения только определенными группами специалистов; образовательные меры подразумевают обучение специалистов использованию специфических лекарств, а также создание программ обучения и информирования пациентов.

Для успешного внедрения Программы оценки использования лекарственных средств необходимо соблюдение определенной технологии, включающей в себя 4 основных этапа:

ЭТАП 1. Организация и планирование

ЭТАП 2. Сбор и оценка данных

ЭТАП 3. Принятие мер

ЭТАП 4. Оценка проведения программы ОИЛС

Пошаговая методология проведения программы ОИЛС представлено в методическом пособии: «Оценка использования лекарственных средств в медицинской организации», которая распространяется Лекарственным информационным центром. Основными инструментами программы ОИЛС является ABC-VEN, частотный и совокупный анализы.

Оцениваемые аспекты использования лекарств зависят от выбора конкретных препаратов и задач медицинской организации (МО). Необходимо определить приоритетные аспекты использования препаратов при разработке критериев оценки ЛС в больнице и включить их в свою политику. Выбор критериев зависит от конкретных условий работы МО (профиль МО, наличие лабораторного и бактериологического оборудования, наличие специалистов, бюджет лекарственных закупок). Наиболее важные критерии могут включать:

1. Обоснование использования:

- Показания соответственно уровню

доказательности

- Противопоказания
2. Аспекты процесса использования:
- Побочные эффекты
 - Мероприятия при передозировке
 - Дозировка
 - Приготовление
 - Пути введения
 - Взаимодействие с другими лекарствами/пищевыми продуктами
 - Мониторинг/лабораторные анализы
 - Обучение пациентов
3. Результаты лечения:
- Ожидаемый терапевтический эффект
 - Стоимость курса лечения

Политикой разработки критериев и индикаторов оценки использования лекарственных средств должна стать опора на непредвзятую лекарственную информацию, публикации в авторитетных медицинских научных журналах, собственный врачебный опыт сотрудников МО; требования к критериям и индикаторам должны быть доведены до сведения медицинского персонала МО.

Наибольшего эффекта Программа ОИЛС достигает в том случае, когда результаты мониторинга и оценки доводятся до всех заинтересованных работников МО. Открытое распространение информации должно стать утвержденной политикой МО; это покажет медицинскому персоналу объективность данных оценки и необходимость принятия мер по изменению существующей практики использования лекарственных средств.

В политику МО включается перечень возможных мероприятий по итогам проведения оценки использования лекарств для решения проблем, например:

- Подготовка программ усовершенствования персонала
- Разработка письменных рекомендаций по использованию лекарств
- Разработка новых форм назначений и заказов лекарств
- Изменения в политике и регулировании использования лекарств в МО
- Пересмотр формулярного списка

лекарственных средств

- Введение ограничений на назначение определенных препаратов
- Проведение консультаций для медицинского персонала.

Анализ эффективности Программы ОИЛС: политикой МО должен стать ежегодный анализ результатов программы по улучшению использования лекарственных средств в МО и экономическому эффекту от ее проведения.

При анализе более 3000 врачебных назначений проведенных сотрудниками Лекарственного информационного центра были выявлены следующие наиболее частые проблемы использования лекарственных средств:

1. Полипрагмазия, причем нередко имеет место дублирование и необоснованное назначение лекарств.
2. Выписывание лекарственных препаратов под торговыми названиями, что приводит в ряде случаев к назначению одного и того же лекарственного средства под различными торговыми названиями.
3. Избыточное использование парентеральных путей введения, особенно внутривенных.

Между тем, для преодоления этих и других проблем нерационального использования лекарственных средств большинство МО не имеют кадрового потенциала, в особенности клинических фармакологов и структур, которые бы обеспечивали внедрение программы ОИЛС. В связи с чем, необходим ряд политических и организационных мероприятий по развитию службы клинических фармакологов и постоянному постдипломному обучению врачей клинической фармакологии и рациональному использованию лекарственных средств.

Список литературы:

1. Managing Drug Supply. The United States of America by Kumarian Press, Inc; 1997; 318 P.
2. П.А. Воробьев Клинико-экономический анализ в медицинской организации (практическое руководство для лиц, принимающих решения) // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2004. - № 7.- С. 82-114.
3. Формулярный справочник лекарственных средств (Национальный формуляр Республики Казахстан), Астана, 2008, 1066 с.
4. Т.С. Нургожин, О.О. Ведерникова, А.В. Кунаева. К вопросу об использовании ABC и VEN анализа в научных исследованиях и практическом здравоохранении // Клинич. фармакология и терапия. - 2004.- Т. 13, № 5.- С. 88-90.
5. В.Д. Пермяков, Г.Х. Емасова, Л.В. Цикина. Лекарственное обеспечение в системе обязательного медицинского страхования: медико-социальное исследование // Здравоохранение. - 2004. - № 8.- С. 62-66.
6. Л.А. Бокерия, И.Н. Ступаков, И.В. Самородинская и др. Современные информационные ресурсы в медицине // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2001. - № 1 . – С. 19-22.
7. Р.А. Хальфин, Е.П. Какорина, П.А. Воробьев. Клинико-экономические матрицы планов ведения больных как основа расчета затрат на обеспечение медицинской помощи // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2004. -№9.- С. 3-11.
8. П.Ф. Хвешук, А.В. Рудакова. Основы доказательной фармакотерапии // СПб.: Изд-во ВМА, 2000. – 235 с.
9. Затраты, качество и результаты в здравоохранении. Книга терминов ISPOR. Перевод с английского. 2009, 468 с.

Проводимые в отечественном здравоохранении реформы направлены на улучшение здоровья людей, более эффективное использование всего потенциала медицины. Несомненно, создание конкурентной среды является одной из задач Единой национальной системы здравоохранения. Увеличение количества поставщиков, в том числе с частной формой собственности, рост числа поставщиков высокоспециализированной медицинской помощи в регионах обеспечат конкурентную среду не только между региональными медицинскими организациями и республиканскими клиниками, но и между поставщиками услуг одного профиля.

Целью инновационной политики организаций здравоохранения является повышение конкурентоспособности медицинских услуг и эффективное использование инновационного потенциала медицинских организаций, направленного на повышение качества и доступности медицинской помощи, сохранение и укрепление здоровья населения.

Обеспечение предоставления высококачественной медицинской помощи требует интеграции знаний доказательной медицины и научно-обоснованного управления.

На протяжении более двух веков врачи утверждают, что медицинская практика обязательно должна быть основана на использовании научных знаний, знании человеческого тела и заболеваний. Действительно, престиж современной медицины и ее статус в значительной степени основывается на ее требовании успешно применять научные знания для снижения смертности и заболеваемости. В англоязычных странах врачи высказываются за то, что если речь идет о доказательной медицине, то они должны иметь клиническую независимость. Доказательная медицина, по их мнению, это такой предмет, который понятен только высококвалифицированным врачам. И, в связи с этим, только врачи могут определять и оценивать, насколько компетентен врач,

насколько грамотно он выполняет свою работу и организует врачебную практику, а не менеджеры, пациенты или политики. Исходя из профессиональных и этических знаний врачей в целом, следует верить в то, что в большинстве своем они будут организовывать работу своей практики компетентно, безопасно и этично. В тех редких случаях, когда наблюдается некомпетентность, небезопасность или неэтичность в работе врача, вопрос о прекращении работы или корректировке деятельности должен приниматься профессиональными врачебными организациями. В основном в 20-м веке политики Западной Европы и Северной Америки приняли данные аргументы и отдали решение вопроса по организации клинической практики на усмотрение врачей [1].

К началу 80-х годов, однако, этот взгляд на медицину стал подвергаться критике. В первой половине 20 века медицина достигла большого прогресса в профилактике и лечении инфекционных заболеваний и детских болезней, в хирургической безопасности и в фармакологии. В то время как хирургия продолжала разрабатывать все новые более эффективные технологии (в частности в области трансплантологии), многие заболевания, например врожденные пороки, еще не находили эффективных методов лечения. Случаи смерти от ряда хронических заболеваний (например, сахарного диабета), теперь могут быть предотвращены, но это создало новую проблему – сформировались большие группы людей с заболеванием в крайне тяжелой форме, которые нуждались в помощи на протяжении всей жизни.

Специалисты в сфере общественного здравоохранения утверждают, что снижение показателей смертности, которое несомненно наблюдается, обусловлено улучшением в области общественной гигиены, улучшением качества питьевой воды, улучшением условий жизни и питания людей, а также распространением принципа контроля за рождаемостью. Медицина как таковая внесла определенный вклад в некоторых

сферах – безопасные роды, снижение уровня инфекций и детских заболеваний и т.д. – но вклад медицины в другие сферы не столь очевиден. И действительно, во многих случаях преимущества новых методов лечения не были исследованы, и уж тем более доказаны. Самыми разнообразными способами критики существующего положения дел утверждают, что научный вклад современной медицины был преувеличен и порой является только выражением собственнических интересов профессионалов.

Однако самое серьезное изменение последовало с другой стороны. Начиная с 80-х годов, правительства западных стран ощутили серьезную необходимость в более тщательном контроле за все возрастающими расходами на общественные нужды. Здравоохранение, естественно, было одним из основных компонентов в ряду общественных расходов в большинстве стран и, к тому же, весьма популярным. Многие правительства и политики-управленцы попытались еще увеличить эффективность здравоохранения и извлечь больше из уже сложившихся бюджетов. Центральным элементом этой стратегии стали попытки пересмотреть работу врачебных практик, с намерением снизить расходы и сконцентрировать ресурсы на тех видах лечения и медицинских услуг, которые соответствовали сформулированным задачам здравоохранения. Политики и менеджеры также посчитали, что большая экономия может быть достигнута при уменьшении разнообразия стандартов медицинских услуг по тем направлениям, которые являются эффективными. С 70-х годов политики и менеджеры пересмотрели решения относительно клинической независимости, исходя из того, что медицина должна быть доказательной и научной. И если медицина действительно является наукой, то не только врачи, но и любой образованный человек может оценить факты и данные, подтверждающие, какой именно вид лечения или работа какой практики является наиболее эффективной для конкретного пациента. Политики, исследователи и менеджеры здравоохранения в разных странах со своих точек зрения и в своей терминологии

сейчас обсуждают вопрос о том, насколько научна работа большинства медицинских практик.

Однажды высказанная, эта идея предоставляет возможность пользоваться данными, которые становятся объективными, научными руководствами для определения наиболее эффективной (часто с экономической точки зрения) медицинской практики. На протяжении последних двадцати лет движение за «доказательную медицину» (ДМ) распространилось в Европе и Северной Америке, объединив ведущих клиницистов, исследователей и менеджеров в вопросе отбора данных, обработки их и распространения [2].

Доказательная медицина

Для того, чтобы упростить сложный и противоречивый процесс, этот научный метод может быть подразделен на следующие этапы работы:

- определение этиологии заболевания по признакам распространения заболевания и его развития по результатам наблюдений населения (различных популяций), с помощью клинических наблюдений и лабораторных исследований;
- формулирование теорий, описывающих, как протекает нормальный «здоровый» жизненный цикл и как происходит возникновение и развитие заболевания;
- выделение из теории возможного «зерна» для внедрения с целью предотвращения, замедления или обратного развития заболевания или процесса деградации. Затем необходимо изобрести или разработать виды «вмешательства» для достижения этих целей (например, путем снижения уровня курения);
- внедрение мер «вмешательства» и оценка их эффекта, либо в сфере общественного здравоохранения, либо в клинической практике, отмечая как терапевтический, так и ятрогенный эффекты этих мер в сравнении с существующими в настоящее время стандартными альтернативными методами лечения, или плацебо, или невмешательством.

Во многих странах новые исследовательские организации были созданы для этой цели. Они объединяют три основных источника доказательств клинической эффективности:

1. Систематические обзоры, включая мета-анализ, оценку и сравнение эффективности лечения конкретных заболеваний.
2. Собственные первичные исследования клинической эффективности. В Англии Национальный Институт Клинического Совершенства (NICE) был организован для этой цели. Подобное исследование имеет наибольший практический эффект, если оно концентрируется на наиболее распространенных и излечимых заболеваниях, в отличие от того, на что было направлено большинство клинических исследований ранее. Британские данные демонстрируют обратно пропорциональную зависимость между уровнями заболеваемости и уровнями исследовательского интереса к ним. В отношении некоторых редких вирусных заболеваний центральной нервной системы каждый год публикуется в 40 раз больше работ, чем существует пациентов. В отношении таких болезней как артрит - соотношение в тысячу раз меньше.
3. Клинический аудит. Некоторые Британские Королевские Колледжи совместно проводят ежегодное Конфиденциальное Расследование Пери-оперативной Смертности, и этот отчет распространяется среди анестезиологов и хирургов [3].

Для того, чтобы оценить эффективность любых мероприятий здравоохранения, в первую очередь нужно определить цели лечения и указать параметры или показатели, на основании наблюдения которых можно будет судить об успешности или неуспехе лечения. Венцом движения ДМ стало распространение различных видов исследовательских работ для получения более надежных и обоснованных показателей состояния здоровья, стадий развития болезни, сложности и опасности заболевания и результатов лечебных мероприятий.

Три основных результата этого вида деятельности:

1. Руководства или протоколы, указывающие, какой из видов лечения более всего подходит данному типу пациентов, основанные на систематических обзорах,

рандомизированных контрольных исследований и первичных исследованиях. Эти руководства существуют в различных формах. Наиболее детальными являются разработанные карты ухода, алгоритмы, демонстрирующие каждый этап в лечении определенного заболевания, включая те этапы, на которых различные клиницисты или другие организации должны привлекаться. Руководства хороших практик, занимающихся лечением определенных заболеваний, таких как астма, более просты, и состоят, как правило, из списка рекомендаций. Наиболее сложные руководства – у хирургических специальностей, таких как кардиохирургия и нейрохирургия, которые в наибольшей степени основываются на доказательной медицине и имеют развитые базы данных. Доказательные руководства менее распространены в тех областях и специальностях, где система сбора обработки и оценки знаний менее разработана (психиатрия, ПМСП). В казахстанском здравоохранении хорошим примером подобных нормативных руководств могут быть протоколы диагностики и лечения.

2. Базы данных, собирающие, оценивающие и суммирующие текущие данные по клинической эффективности, такие как база данных Кохрейна.
3. Руководства и рекомендации в отношении того, как найти и оценить опубликованную клиническую исследовательскую работу. Например, один учебник советует клиницистам проверять, задавали ли исследователи правильные вопросы о лечении; использовали ли они основные методы исследования (метод рандомизированного контрольного исследования или систематический обзор - предпочтительные методы); и отметили ли они возможные вредные побочные эффекты лечения.

Насколько сильны доказательства клинической эффективности?

I = сильные доказательства на основе по крайней мере одного систематического

обзора множественных хорошо смоделированных РКИ;

II = сильные доказательства, полученные по крайней мере от одного, соответствующим образом смоделированного РКИ соответствующего размера;

III = Доказательства/данные, полученные из хорошо смоделированного не-рандомизированного исследования на основе одной узкой группы или когорты, или из выравненного по небольшому количеству признаков когортного исследования;

IV = Данные из хорошо смоделированных не-экспериментальных исследований из более, чем одного центра или нескольких групп исследователей;

V = Мнения уважаемых официальных лиц, основанные на клинических данных, описательные исследования или отчеты экспертных комиссий.

Уровень I – наилучшие доказательства; уровень V – наиболее слабые [4].

Эти методы в значительной степени подвергают сомнению ежедневную практическую работу индивидуальных врачей. К тому же, политика продвижения медицинской практики, основанной на принципах доказательной медицины, имеет также большое значение во внедрении новых видов лечения и новых технологий. Представители других профессий, особенно медсестры и парамедики, также довольно широко пользуются принципами доказательной медицины. Например, в Казахстане существует реальная возможность внедрения принципов доказательной медицины в парамедицинской практике в связи с современным расширением использования этой профессии. Уже практически повсеместно признано, что новые виды лечения и технологии не должны свободно и широко применяться до тех пор, пока испытания, предпочтительно широкомасштабные РКИ, не предоставят подтверждение не только того, что этот новый вид лечения более эффективен, чем плацебо или не лечение, но и более эффективен, чем существующие виды лечения. То же самое относится к новым диагностическим тестам, скрининговым

программам и оборудованию, также это относится и к новым фармацевтическим препаратам в большинстве западных стран. До тех пор новая технология или методика должна быть доступна только с целью проведения подобного испытания. Во-вторых, любой менеджер или клиницист должен всегда пытаться найти достоверные контраргументы, когда сталкивается с «адвокатом» (клиническим энтузиастом или продавцом), предлагающим внедрить новый вид лечения. В-третьих, также необходимо проверять любые имеющиеся данные, касающиеся того, насколько эффективность новой технологии зависит от места, в котором она используется (специальное оборудование, навыки, медицинский персонал, использующий эту методику). Малотравматичная лапароскопическая хирургия, например, требует специальной подготовки в плане специфических мануальных навыков. Что касается методик, которые действительно зависят от помещений и ресурсов, менеджеры должны разрешать клиницистам работать в сходных условиях и при сходном ресурсном обеспечении, применять эти методики.

Подобным образом методы доказательной медицины применяются к рассмотрению вопроса о закупке медицинских услуг («доказательная закупка»). Методы лечения, которые не были перечислены, являлись менее эффективными и в меньшей степени стоили того, чтобы их закупать. Таким образом, можно говорить, что такое практическое применение доказательной медицины может иногда быть названо «доказательным менеджментом».

Все эти знания не будут достаточно полезны, если они не достигнут практических врачей. Европейская и Североамериканская системы здравоохранения используют некоторые комбинации следующих ниже перечисленных методов распространения знаний:

1. Медицинское образование, обучение и периодические курсы постдипломной подготовки, включающие навыки, необходимые для практического применения ДМ.
2. Клинический аудит, использующий как

обычные данные, такие как произвольно выбранные записи историй болезни пациентов, так и «исключительные сообщения», например, анализ неудачных или неожиданно сложных случаев, таких как неожиданные случаи смерти в госпитале.

3. Бенчмаркинг, то есть распространение данных, позволяющих индивидуальному врачу сравнить свою практику с подобными практиками. В международной практике это, чаще всего, сравнение относительно несложных, непрямых данных по качеству предоставляемой помощи (например, продолжительность пребывания в госпитале), а не данные по результатам, которые не всегда широко доступны.
4. Элементраспространениязнаний/данных путем включения их в разнообразные исследовательские программы на национальном уровне.

Было бы слишком наивным ожидать, что врачи будут внедрять клинические руководства только потому, что такие руководства были разработаны и опубликованы. Предполагается, что врачи обычно читают клинические руководства, а прочтя их, начинают практически их применять. Инициатива, навыки, время, ресурсы и другие условия согласия работников здравоохранения также необходимы для их внедрения. Сколько из них будет практически использоваться, будет отличаться в разных системах здравоохранения, но возможно определить некоторые сходства и различия между Казахстанской системой и международным опытом. При одних условиях врачей можно с помощью приказов обязать пользоваться только теми медицинскими технологиями, которые основаны на принципах доказательной медицины. В других врачи имеют большую самостоятельность и независимость в принятии решений, даже работая в государственных медицинских организациях. Но даже там, где врачи являются государственными служащими, не обязательно может означать, что можно будет легко внедрить доказательную медицину.

Казахстанские врачи, например,

уже привыкли к внешнему контролю за их деятельностью. Теоретически это должно способствовать распространению доказательной медицины. Структура обеих систем допускает двойственную стратегию. Сервисные контакты между заказчиками (закупщиками) медицинских услуг, могут оговаривать, что поставщики медицинских услуг должны пользоваться принципами доказательной медицины или специальными руководствами, в основе которых лежит доказательная медицина.

В Англии деятельность, имеющая место в таких сетях, обычно осуществляется исходя из предположения, что большинство врачей обычно являются опытными практиками, а доказательная медицина – средством заставить меньшинство «на окраинах» работать в равной степени компетентно.

Политики, исследователи в области здравоохранения и менеджеры здравоохранения в большинстве стран Европы и Северной Америки сейчас задаются вопросом о научности большинства современных медицинских практик (технологий) со своей точки зрения. Как врачи, так и менеджеры знают, что движение в направлении ДМ сместит границу контроля между врачами и менеджерами.

Требование к доказательному управлению предполагает, что имеются существенные параллели между медициной и управлением. В общих чертах цель клинической практики обычно относительно ясна, то есть – сохранять здоровье пациента, если невозможно это, то исправить его, если невозможно это, то смягчить наихудшие воздействия болезни. В самых общих чертах, цель управления в организации состоит в том, чтобы заставить многих людей сотрудничать, действовать под управлением менеджера, как если бы они были одним действующим лицом. Главные практические проблемы поэтому – как заставить всех этих людей исполнять то, что менеджер требует, и как определить, какие свои дополнительные задачи каждый из них должен исполнить, то есть как эти задачи должны быть распределены и скоординированы. Выражение «научное управление» имело

плохой смысл в течение большей части двадцатого столетия, и связывалось на западе с именем Форда и с практикой монотонной автоматической работы, чтобы получить максимум производительности от рабочего. Однако, управленческая работа требует объема знаний, полученных в результате научных исследований.

В целом, как отмечалось, цель клинической практики (технологии) в общих чертах относительно ясна. Непосредственная цель почти всегда неоспорима и применяется эта технология во благо пациентов, для которых она существует. В большинстве случаев противоречия возникают относительно того, как решать критические, трудные случаи (постоянные дебаты в медицинской этике относительно таких вопросов как когда предписывать «не оживлять» или «только сестринская помощь»). В медицине, идея относительно сбора данных/доказательств об «эффективности» – относительно проста, потому что все стороны пытаются произвести сходное воздействие на здоровье пациента. Политика здравоохранения и управление отличаются. Часто их цели неясны или касаются участников с различными или даже противоречивыми интересами (например, когда больница перепрофилируется).

Чем больше изменения, которые внедряются в систему здравоохранения, и чем больше ограниченность финансовых ресурсов, тем чаще встречаются такие противоречия, причем обстоятельства, которые формируют практические препятствия для внедрения доказательного менеджмента достаточно часто оказываются довольно серьезными.

Еще одним относительно благоприятным случаем является то, что когда менеджеры сталкиваются с проблемой, которая, как считают они или их руководители, требует решения (например, длинные листы ожидания), но они не знают, из-за чего возникает проблема, как ее решить и что для этого следует предпринять. В этом случае цели руководящей деятельности будут формироваться «по ходу дела». Только в ходе проведения политики, спущенной сверху или избранной наугад, или путем эксперимента относительно, скажем,

внедрения новой формы услуги, становится ясно, какие цели реально достижимы. Цели управленческой деятельности пересматриваются на основании опыта или вновь согласовываются (иногда клиническая практика имеет такой же характер). В начале менеджерам может даже и не быть ясно, какие данные относятся к возникшей проблеме или ее решению [5].

Политики или менеджеры формулируют свои цели в преднамеренно широких, неопределенных или двойственных терминах, чтобы маскировать конфликты между интерпретациями различных сторон или запросами относительно того, какая политика должна быть осуществлена.

Становится немного труднее применять принципы доказательной медицины и ее методики там, где менеджеры следуют политике, исходя из внешних мотивов, т.е. по причинам, о которых они не хотят говорить открыто. Имеются три основных варианта такого положения дел:

1. Попытки делать продажи. Продавцы в коммерческих фирмах имеют сильные стимулы игнорировать или маскировать дефекты в изделии или услуге, которую они продают, особенно в том случае, когда клиент может быть вообще не нуждается в их изделии или услуге. Многие фирмы выполняют исследования, чтобы представлять свои собственные изделия в благоприятном свете. Некоторые из этих исследований очень высокого качества (например, исследования Офиса Экономики Здоровья в Лондоне, финансируемого фармацевтическими фирмами), но часто фирмы (например табачные компании), сознательно вводят в заблуждение политиков и потребителей.
2. Те случаи, когда менеджер оплачивает «криминальный проект», или то, что англичане называют «дешевка» («убожество»), то есть ту деятельность, которая не является незаконной, но абсолютно точно не отвечает интересам медицинской службы или, когда менеджеры присваивают себе огромные платежи или предоставляют дорогостоящие контракты своим друзьям

или сообщникам, не на основе честной конкуренции («дружба»).

3. Политика некоторых систем здравоохранения, особенно там, где она касается вопросов пола, репродукции и ВИЧ/СПИДа, часто включает в себя трудно искоренимые, даже иррациональные соображения, которые мало связаны со здоровьем, но тесно связаны с понятиями, скажем религии, морали и эмоциями.

В таких случаях, политика консультаций с общественностью может носить «символический характер». Соответственно, у менеджеров и политиков нет никакой причины искать доказательств того, как осуществлять символическую политику эффективно.

Хотя условия, препятствующие осуществлению доказательного менеджмента, не редки, но и не всеобщие. Попытка сделать более сильный акцент на доказательности в руководстве системой здравоохранения не всегда безуспешна.

Как отмечалось, сутью менеджмента является организация большого числа индивидуумов на решение общих задач путем коллективного действия. Это означает, что заставить всех этих индивидуумов принять то, что хочет достичь руководитель и определить какие задачи должен выполнить каждый из них, т.е. как такие отдельные задачи распределяются и координируются. Многие из таких управленческих задач являются также сравнительно рутинными и простыми, требующими незначительного обоснования эффективности для успешного подбора средств и исполнения, хотя то же самое верно и для многих клинических задач, таких, как мытье рук или ведение медицинских карточек. В более сложных случаях руководящая работа все же требует доказательного знания по следующим моментам:

1. Воздействия на различные организационные структуры и модели финансирования для достижения необходимых задач, типа сокращения продолжительности госпитализации, показатели выживаемости пациентов в отделениях интенсивной терапии

и так далее. Эти действия могут использоваться для оценки как существующих практик (технологий), так и в работе на экспериментальных пилотных проектах, хотя модели построения пилотного исследования в основном должны быть отличны от клинических исследований, потому что часто невозможно использовать РКИ - метод в условиях организации.

2. Воздействия на изменения в условиях труда и как это отражается на рабочих действиях людей. Это относится не только к физической среде работника, но и к социальной среде - микро-социологии рабочего места (то есть взаимоотношениям между работниками, как организованы процессы коммуникации и т.д.)
3. Мотивации к работе, познания, восприятия и отношения людей на работе. Следовательно, возможно сделать по крайней мере некоторые утверждения, основанные на доказательствах, относительно того, какие стимулы являются наиболее, а какие наименее эффективными.
4. Использование прогностических методов, включающих статистические оценки и прогнозы и такие методы как «анализ сценария»
5. Какие требования к информатизации вытекают из вышесказанного и как выполнять их.

Некоторые методики принятия решений и решения проблем, такие как «дерево решений», линейное программирование, анализ эффективности инвестиций и статистические методики, основываются не на доказательствах. А на математике или формальной логике. Однако остальная часть вышеуказанных знаний является доказательной. Эффект различных форм организации, управленческого вмешательства, информационных систем и т.д., может оцениваться как на существующей практике, так и на результатах экспериментальных пилотных проектов.

Несколько параллелей, однако, проводят между медициной, основанной на доказательствах (МОД) и управлением,

основанным на доказательствах (УОД). Как и в медицине, предварительно необходимо подготовить и обучить менеджеров тому, что фактически предлагают результаты текущих исследований, в плане наиболее эффективных путей работы, и относительно того, какие методы прикладных исследований могут соответствовать поставленным задачам. Менеджеры поэтому нуждаются в современном знании в соответствующих разделах психологии, социологии рабочего места, теории организации и сопредельных социальных наук, перечисленных выше как те области науки, в которых – знания, основанные на доказательствах, являются доступными.

Большие базы данных, вероятно, дадут более надежные результаты. При всех прочих равных условиях, предпочтительными будут доказательства, основанные на больших выборках, более масштабных группах пациентов, множественных, а не одиночных исследованиях случаев, более длительных периодах времени, более широком диапазоне организаций.

Для основных решений или проектов, принятие решения, основанного на доказательствах, требует в управлении (как и в медицине), чтобы:

Менеджеры формулировали ясно и определенно, каких результатов они намерены достичь, например, «удвоить соотношение амбулаторных пациентов в течение следующих 24 месяцев», или «уменьшить трудовые затраты на десять процентов на каждый койко-день в течение 2011 года».

1. Менеджеры четко формулировали предположения (обоснования), лежащие в основе их выбора метода выполнения, так, чтобы они могли быть проверены после выполнения задачи, если необходимо. Например, «теория мотивации Маслоу» (1954) подразумевает, что если мы позволяем руководителям отделений вкладывать половину средств, полученных от экономии фонда оплаты труда на приобретение нового оборудования или мебели, это будет мотивировать руководителей отделений к тому, чтобы сокращать затраты на

оплату труда персонала; и руководители отделений могут сокращать оплату труда персонала на определенный процент.

2. Имелись доказательства проверки того, являются ли эти предположения допустимыми, используя базы данных или экспертный совет. Однако количество доказательств эффективности, доступных менеджерам – меньше, чем доказательств, доступных клиницистам. В плане объема, большинство исследований в области здравоохранения состоит из фармацевтических испытаний, сопровождаемых (в намного меньшем масштабе) испытаниями медицинскими (терапевтическими) и хирургическими. Для многих очень важных групп заболеваний, число опубликованных исследовательских данных/доказательств эффективности организационных вмешательств (например, преимущество длительной перед краткосрочной госпитализацией для людей с серьезными умственно-психическими заболеваниями) может быть очень небольшое, только несколько десятков.
3. Следовательно, менеджер должен также заметить то, какое доказательство просто отсутствует. До тех пор его решения основываются на предположениях а не на доказательствах.
4. Существовала внешняя оценка наиболее важных проектов, позволяющая определить, достигли ли они поставленных целей, позволяющая заметить какие-либо неожиданные или неблагоприятные (побочные) эффекты, и как результаты были фактически внедрены; так называемая «суммарная» оценка.

Принципы сбора, оценки и использования полученных данных, касающихся эффективности достаточно близки как в медицине так и в менеджменте.

В управлении как в медицине, необходимо создать механизмы для распространения доказательств об эффективности среди практикующих врачей; создать способы и стимулы для них, чтобы они могли соответственно изменить свою

организаторскую практику и технологию. В обоих случаях, системы информации в здравоохранении - наиболее важные ресурсы для сбора доказательств/данных об эффективности службы здравоохранения. (Здесь «информационные системы» означают не только компьютерные системы, но и «рукописные» системы, создаваемые по принципу «документ и карандаш» и имеющиеся почти всюду.) Многие из данных об эффективности систем здравоохранения уже существуют в большинстве систем здравоохранения (например, основная информация о том, сколько людей пользуется услугами з/о, их возраст, пол и социальные характеристики, какое лечение они получают, и так далее). Предварительное условие для управления, основанного на доказательствах, заключается в гарантии того, что менеджеры собирают эти данные, классифицируют и анализируют их постоянно.

Структурные и юридические условия также влияют на то, насколько менеджмент может стать основанным на доказательствах. Несмотря на препятствия и возникающие конфликты, отмеченные выше, менеджмент и принятие политических решений, основанные на доказательствах, требует, чтобы лица, принимающие политические решения, а в действительности и общественность, имели доступ к информации относительно того, как в действительности работают организации здравоохранения и их менеджеры. Наиболее серьезные требования касаются прав доступа к информации и свободы критики. Эти условия по крайней мере уменьшают препятствия и риски для менеджеров и других работников здравоохранения, обладающих критическим мышлением, относительно того, что происходит и существуют ли доказательства, чтобы поддержать используемые ими методы или поставленные ими цели. Чтобы защитить «информаторов», необходим кодекс организаторской этики, но этого не достаточно. Требуются также юридические рамки, и направление национальной политики относительно того, как это осуществлять.

Тем не менее, следует найти пути, чтобы дать возможность провайдером медицинских услуг сохранить конкурентоспособное преимущество, разрабатывая новые методы оказания медицинской помощи; преимущество, которое они потеряли бы, если все научные исследования были свободно доступны. Но при этом пациенты, напротив, заинтересованы в том, чтобы новые методы распространялись как можно скорее, в дополнение к доступности данных относительно управленческих и организационных решений, как обсуждалось выше. Единственное очевидное решение этой дилеммы – это предложить, чтобы научные исследования и информация по развитию провайдеров медицинских услуг оставались конфиденциальными только в течение установленного периода прежде, чем стали доступны широкой общественности.

Таким образом, управление, основанное на доказательствах - вполне выполнимая задача, хотя и в тех пределах, которые отмечены выше. Расширение этих пределов или устранение подобных ограничений требует и нормативных-правовых изменений в дополнение к изменениям в структуре системы здравоохранения и менеджменте, и (что является более тонкой проблемой) изменений во взаимоотношениях между различными профессиями в здравоохранении, а также между менеджерами и персоналом, в пределах различных организаций здравоохранения.

Практические, политические рекомендации и мероприятия необходимы для объединения двух компонентов – доказательной медицины и научно-обоснованного управления, содержания и контекста – с целью предоставления более качественной медицинской помощи пациентам. Только интегрированный научно-обоснованный подход может сократить пробелы качества и внушить больше доверия к системе здравоохранения в РК.

Актуальные вопросы обучения менеджеров здравоохранения

Калиева М. А., Турумбетова Т. Б., Кокжалова У. К., Темирбеков А. А.

В настоящее время здоровье человека в качестве научной и социальной проблемы входит в число приоритетных вопросов, которые принято называть глобальными. Здоровье человека учитывается при обсуждении вопросов о национальном богатстве, трудовом потенциале и трудовых ресурсах. В итоге здоровье человека является интегральным показателем, который характеризует эффективность всей системы производственных отношений, в том числе и системы здравоохранения.

Решение задач достижения эффективности системы здравоохранения породило спрос на новые методологические и методические разработки в области инновационных подходов по обучению профессиональных менеджеров, управлению и развитию отрасли, рациональному использованию ресурсов, формированию рынка медицинских услуг, повышению ответственности производителей медицинских товаров и услуг перед потребителями (1).

Повышение эффективности менеджмента в сфере здравоохранения признано на международном уровне одним из самых решающих факторов в ликвидации разрыва, который существует между политикой министерства и её реализацией на местах (ВОЗ, 1990).

В Республике Казахстан согласно Государственной программе «Саламатты Қазақстан» одной из важнейших задач совершенствования организации, управления и финансирования медицинской помощи в Единой национальной системе здравоохранения является совершенствование системы управления и менеджмента в здравоохранении.

Подготовка менеджеров новой формации, профессионально подготовленных, инициативных, не боящихся идти на оправданный риск,

обладающих способностями перспективного видения проблем и способов их решения соответствующая новым требованиям это ключевой фактор успеха реализации задач поставленных перед медицинскими организациями Республики Казахстан.

На сегодняшний день в рамках реформ, проводимых в секторе здравоохранения Республики Казахстан, и Концепции создания Единой национальной системы здравоохранения актуальным вопросом является обучение менеджменту в системе здравоохранения и внедрение института профессиональных менеджеров, которые станут основой национальной системы подготовки управленческих кадров для системы здравоохранения, отвечающей международным стандартам.

В соответствии с реализацией Концепции реформирования медицинского и фармацевтического образования в области подготовки управленческих кадров существуют следующие формы обучения:

- додипломный уровень – ГОСО РК 011200 – «Общественное здравоохранение»;
- постдипломный уровень:
- магистратура - ГОСО РК 6M110100 – «Общественное здравоохранение», включающая профильную (1г, 1,5г.) и научно-педагогическую магистратуру (2г.)
- PhD-докторантура - ГОСО РК 6D110100 – «Общественное здравоохранение» (3 г.);
- переподготовка и повышение квалификации по специальности «Менеджмент в здравоохранении».

Как видно для подготовки и последующего повышения квалификации в области менеджмента имеются все ступени обучающей траектории, соответствующие международным требованиям, которые охватывают как базовую подготовку, так и последующее непрерывное

профессиональное обучение в зависимости от достижения целей по приобретению тех или иных знаний и навыков.

Вместе с тем важным на сегодняшний день с целью более качественной подготовки управленческого потенциала является повышение качества обучающих программ в части содержания, заключающееся в гибкой адаптации этих программ к тем изменениям, которые реализуются в соответствии с утвержденными государственными программами в системе здравоохранения.

Министерством здравоохранения РК в рамках проекта Всемирного банка по передаче технологий и проведению институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан в рамках Компонента А2.1 «Установление двустороннего сотрудничества для укрепления организационного потенциала системы здравоохранения» привлечена консалтинговая компания EPOS с целью разработки рекомендаций по созданию постоянной, устойчивой и эффективной системы обучения менеджеров в сфере здравоохранения на всех уровнях с учетом международного опыта и специфических особенностей Республики Казахстан. По условиям данного двустороннего соглашения 3000 специалистов должны пройти обучение менеджменту здравоохранения с привлечением преподавательского потенциала медицинских ВУЗов, из которых в 2011 г. уже обучено на циклах «Эффективное управление государственным предприятием на ПХВ» и «Современные подходы к управлению системой здравоохранения в РК».

Консалтинговой компанией EPOS на основе анализа существующего обучения предложены методики и методологии обучения и подготовки менеджеров, которые включают компетентностный подход. Анализ текущей ситуации потенциала менеджеров, проведенный консалтинговой компанией EPOS, показал, что основным пробелом в национальном управлении медицинскими организациями является отсутствие знаний по стратегическому планированию,

операционному менеджменту, финансовому менеджменту, управлению персоналом, инновациям в менеджменте.

Использование компетенций в качестве основы для разработки программы по обучению менеджменту является общепринятым подходом во всем мире. Таким образом, сегодняшним руководителям необходимо специальное послевузовское и непрерывное образование, основанное на модели компетенций, на базе четких должностных инструкций предъявляемым к сегодняшним менеджерам. При этом предлагают в модель компетенций включить следующие компетенции:

- закон и этика здравоохранения;
- стратегия и политика здравоохранения;
- управление предоставлением услуг;
- управление людьми и собой;
- экономика здравоохранения и управление финансами;
- управление информацией и статистикой здравоохранения.

Инновационным подходом являются рекомендации консалтинговой компании о том, что содержание будущих программ должно базироваться на стандартах менеджмента и компетенциях (знания, навыки и поведение) и содержать следующие принципы:

- принцип инновационных форм обучения – PBL-обучение, работа в малых группах, кейс-обучение и др.;
- принцип модульного обучения – при этом программа должна быть построена в режиме неполного дня, что очень удобно для руководителей организаций;
- внедрение дистанционного обучения – по двум формам:
 - на полный рабочий день;
 - на неполный рабочий день.

Важной задачей является изучение эффективности обучения и оценки программ, которая может включать следующие основные методы сбора информации: анкетирование, проведение интервью, проверка качества выполняемых самостоятельных работ, проведение наблюдений на рабочем месте, анализ

статистических данных. При этом некоторые из них применяются для постоянного контроля и оценки качества преподавания и эффективности обучения. Оценка программ дает возможность гибко реагировать на требования слушателей с целью их быстрой адаптации к обучающейся аудитории, что положительно скажется на эффективности обучения и ожиданиях слушателей.

По рекомендациям консалтинговой компании EPOS Центром менеджмента здравоохранения для оценки обучения была использована модель Киркпатрика, которая предусматривает проведение оценки образовательных программ на четырех уровнях: «реакция», «обучение», «поведение» и «результат». Для оценки программ обучения на первом уровне «реакции» были использованы две анкеты:

- по оценке преподавателей;
- по оценке эффективности программы.

Так анализ анкет по оценке эффективности программы слушателями цикла «Современные подходы к управлению здравоохранением», на котором обучались участники Проекта «Сегодня лучший – ты, завтра – все», включающих в себя 11 вопросов, показал следующее: на вопрос «важности программы обучения» 91% слушателей ответили положительно; по оценке новизны программы около 84% слушателей отметили, что такие вопросы, как переход на КЗГ, лизинг проект, государственно-частное партнерство, аутсорсинг, фармацевтический менеджмент: лекарственный формуляр, ABC/VEN анализ. Большинство слушателей насыщенность программы новой информацией посчитали «высокой». Последовательность и логичность изложенного материала, оцениваемая по шкале от 0 до 10, 66% отметили в среднем на 10 баллов, 9% - 9 баллов, 17% - 8 баллов, и 7% - 7 баллов. Объем изложенного материала слушатели посчитали «достаточным», на вопрос «Насколько сложно Вам было воспринимать материал?» большинство ответили «нормально». На вопрос об удовлетворенности работой преподавателей оцениваемой на шкале от 0 до 10, 73 %

оценили в 10 баллов, 16% - 9 баллов, 7% - 8 баллов, 4% - 7 баллов. На вопрос «Что Вам особенно понравилось в программе» отметили следующие темы: финансовый и кадровый менеджмент, внедрение КЗГ, дифоплата, система менеджмента качества в медицинских организациях, экспертная оценка качества услуг организаций ПМСП, лизинг медицинской техники, стратегический менеджмент, бизнес планирование. Вышеуказанные темы отметили наиболее значимыми и полезными, а также предложили дополнительно в будущем включить следующие темы с увеличением количества часов в модуле: экономика здравоохранения и управление финансами, управление и мотивация персонала, деятельность медицинских организаций в условиях ПХВ, практические занятия по составлению бизнес плана, вопросы государственных закупок.

Второй уровень модели Киркпатрика – уровень «обучения» - определяет изменение знаний участников в процессе обучения. С этой целью для контроля знаний слушателей применялись пре- и посттесты и выполнение в форме самостоятельной работы проекта по составлению бизнес-плана, SWOT-анализа медицинской организации. Анализ итогов тестирования показал, что в среднем на входе он составлял - 61%, а на выходе - 85%. При защите бизнес-проектов слушателями на основе полученных знаний, проходило конструктивное обсуждение бизнес-проектов с участием руководства РЦРЗ, представителей консалтинговой компании EPOS, преподавательского состава, самих слушателей.

Третий уровень модели Киркпатрика – уровень «применения» - показывает применение полученных навыков и знаний на рабочем месте. С этой целью Центром менеджмента здравоохранения была разработана анкета обратной связи «feed-back», которая была применена для опроса слушателей цикла «Эффективное управление государственными предприятиями при переходе на ПХВ». Анализ применения анкет обратной связи

показал их эффективность применения. Было опрошено 20 организаций прошедших обучение, количество опрошенного контингента - 60 слушателей. Контингент опрошенных слушателей состоял из главных врачей медицинских организаций – 26 чел. (43%), главных бухгалтеров – 22 чел. (36%), экономистов – 12 чел. (21%).

100% слушателей по окончании цикла выступили на собраниях в своих организациях, ознакомили сотрудников с материалами, представленными им во время обучения.

Из опрошенных 20 организаций:

- 2 организации (10%) - перешли и работают в условиях ПХВ;
- 17 организаций (85%) планируют перейти на ПХВ;
- 1 организация (5%) незаинтересована в переходе на ПХВ в связи со слабой материально-технической базой.

Из 60 опрошенных человек 22 (42%) ответили, что в их организации уже разработан и утвержден на общем собрании коллектива план перехода на ПХВ. В 58% на вопрос о том, разработан ли в организации план перехода на ПХВ, слушатели ответили отрицательно. По плану реорганизации предприятий на ПХВ участие слушателей заключалось в следующем:

- создание рабочих групп по вопросам реорганизации предприятий по переходу на ПХВ;
- разработка и утверждение на общем собрании коллектива Устава предприятия;
- выявление сильных, слабых сторон, возможностей и рисков перехода предприятия на ПХВ;
- проведение кадрового мониторинга;
- проведение инвентаризации материально-технической базы;
- разработка учетной политики;
- пересмотр должностных инструкций работников.

Все слушатели цикла вошли в состав рабочих групп по переходу организаций на ПХВ. В зависимости от должности в составе рабочей группы они выполняют следующие

функции:

- координация работы членов рабочей группы;
- анализ прошлой и будущей деятельности организации;
- анализ эпидобстановки региона;
- анализ и разработка финансовой части плана перехода на ПХВ.

Анализ уровня использования полученных навыков показал, что 100% слушателей применили полученные знания и навыки на практике в своих организациях. 42% слушателей участвовали в разработке Устава предприятия. Знания полученные по внедрению и разработке дифференцированной оплаты труда, в частности, разработка положений об оказании платных услуг, тарифов на товары и услуги, разработке стимулирующих надбавок, расчета критериев финансовой устойчивости предприятия, эффективного определения рыночной стоимости основных средств и активов, а также редактирование коллективных договоров и корректировка трудовых договоров с работниками, применены курсантами при составлении плана перехода организаций на ПХВ.

На предприятиях перешедших на ПХВ фонд оплаты и система оплаты труда в настоящее время по данным анкетирования слушателей разработаны и постоянно совершенствуются. В организациях внедряются инновационные технологии, в частности, в некоторых городских больницах устанавливаются камеры видеонаблюдения, внедряется электронная запись к специалистам в поликлинике.

Анализ факторов, влияющие на процесс реорганизации при переходе на ПХВ

по мнению слушателей:

- слабая материально-техническая база;
- неукomплектованность медицинских организаций врачебными кадрами;
- недостаточность уставного капитала;
- недостаточность менеджерского образования управленческого аппарата.

В анкетах слушателями были представлены предложения по дальнейшему

вопросу подготовки менеджеров для медицинских организаций при переходе на ПХВ:

- проведение обучения несколькими короткими циклами:

а) в подготовительный период (за 2-3 года до перехода),

б) непосредственно в переходный период после выхода решения местных органов управления (техническая помощь материалами, презентации юридических фирм, имеющих опыт по оказанию консультативной помощи и сопровождения с привлечением регионов),

г) через год после перехода в государственное предприятие на праве хозяйственного ведения для подведения первых итогов, анализа ошибок и упущений;

- увеличение количества часов в цикле, т.к. считают, что одной недели недостаточно для такой сложной темы, как реорганизация предприятия по переходу на ПХВ;
- развитие обратной связи с курсантами после проведения цикла, мониторинг процесса перехода на ПХВ, анализ ошибок и упущений;
- подготовка кадров менеджеров здравоохранения путем выездных циклов.

Таким образом, результаты изучения обратной связи показали актуальность проведения данного цикла, активную позицию слушателей при внедрении полученных знаний и практических навыков в процесс реорганизации своего предприятия в государственное предприятие на праве хозяйственного ведения и предложения по дальнейшему обучению менеджеров.

Четвертый уровень – «результаты» и пятый уровень - «возврат на инвестиции»

расширенной модели Киркпатрика являются наиболее сложными и наиболее значимыми для исследования и требуют разработки количественных и качественных индикаторов оценки.

Данная расширенная модель Киркпатрика дает возможность измерить отдачу от обучения и построить качественную систему обучения для удовлетворения потребителей образовательных услуг.

Также важным для успешной подготовки менеджеров, кроме оценки процесса обучения с использованием расширенной модели Киркпатрика, является проведение предварительного анализа потребности в обучении, в основе которой лежит потребность системы здравоохранения, требования должности, необходимость в получении конкретных знаний на определенном этапе деятельности.

Таким образом, применение адекватной методики и методологии обучения с предварительной оценкой потребности и последующего анализа применения полученных знаний и навыков на практике является ключевым фактором в подготовке компетентных менеджеров с учетом реальных запросов системы здравоохранения.

Список литературы:

1. Кораблев Владимир Николаевич. Инновационный подход к управлению ресурсами здравоохранения/автореф. на соиск. степ. к.м.н. – 2006, Новосибирск, 154 с.
2. EPOS Health management, Kazakhstan Health Sector Technology Transfer and Institutional Reform Project, отчет A2, A4, A5, C6.

Образовательный компонент формирования института менеджеров здравоохранения Республики Казахстан

Ергалиев К. А., Ниткалиев К. У., Абуова Х. Ж., Уразалинова К. Т.

Результаты международных исследований, проведенных в 1100 больницах семи стран мира, показали, что эффективность больничного менеджмента влияет на качество медицинской помощи, результаты проведенного лечения и финансовые показатели медицинских организаций. Тесная взаимосвязь была обнаружена между следующими пятью факторами и эффективными методами управления:

- больницы, в которых работают квалифицированные менеджеры, показывают лучшие управленческие результаты;
- больницы, которые предоставляют управленцам более высокий уровень автономии, функционируют лучше;
- конкуренция содействует улучшению управленческих показателей;
- масштаб и размер имеют значение: более крупные больницы лучше управляются;
- право собственности: частные больницы (включая некоммерческие) во всех странах достигают лучших управленческих результатов, чем общественные больницы [1].

Значимость формирования института менеджеров здравоохранения обозначена в Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы. Согласно данному программному документу в стране будет продолжена стратегия децентрализации исполнительных функций органов управления здравоохранением с поэтапной передачей их государственным, негосударственным и общественным организациям, с повышением автономии государственных поставщиков медицинских услуг. Продолжится поэтапное внедрение транспарентных форм управления организациями здравоохранения, включая современные управленческие технологии. Большое внимание будет уделено современным и эффективным методикам

использования ресурсов здравоохранения, включающим обязательное обучение служащих государственных органов управления здравоохранением вопросам государственного управления, стратегического планирования, менеджмента и общественного здравоохранения [2].

В соответствии с данной стратегией нашего государства Департаментом науки и человеческих ресурсов Министерства здравоохранения Республики Казахстан было проведено обучение менеджеров здравоохранения на цикле «Эффективное управление государственным предприятием на праве хозяйственного ведения» в рамках 014 бюджетной программы на 3 учебных базах: РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения», РГП «Казахский государственный медицинский университет им. С. Д. Асфендиярова», РГП «Высшая школа общественного здравоохранения».

Рабочие учебные программы обучения менеджеров здравоохранения, разработанные Центром менеджмента здравоохранения РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» совместно с вышеперечисленными ВУЗами, с участием Департамента науки и человеческих ресурсов и Комитета оплаты медицинских услуг МЗ РК, включали следующие компетенции: «Законодательство и этика здравоохранения», «Стратегия и политика здравоохранения», «Управление предоставлением услуг», «Управление людьми и собой», «Экономика здравоохранения и управление финансами», «Управление информацией и статистикой здравоохранения».

Всего было обучено 1669 управленцев, в том числе, 35 – на платной основе. В соответствии с планом-графиком, утвержденным Министерством здравоохранения, прошли обучение 872 менеджера из учреждений, оказывающих стационарную помощь; 746 менеджеров – из

учреждений ПМСП. Обучено 534 управленца районных учреждений здравоохранения, 791 менеджеров - из городских, из областных медицинских организаций обучено 233 управленца, из республиканских – 60 менеджеров (таблица 1).

Всего по республике на цикле «Эффективное управление государственным предприятием на праве хозяйственного ведения» прошли обучение 332 главных

врача, 235 заместителей главного врача, 376 главных экономистов, 450 главных бухгалтеров, 45 специалистов по внутреннему аудиту, 180 специалистов из категории «другие».

Анализ проведенного обучения показал неравномерность распределения медицинских организаций, охваченных обучением, в разрезе регионов: наибольшее количество обучено

Таблица 1 Контингент обученных на цикле «Эффективное управление государственным предприятием на праве хозяйственного ведения»

Обучено		КазНМУ	РЦРЗ	ВШОЗ	Всего по РК
План на год		783	574	261	1618
Фактически обучено на 01.08.2011		783	574	261	1669
в т.ч. стационары		465	258	149	872
организации ПМСП		318	316	112	746
Дополнительно обучили вне графика		16	5	30	51
Учреждения районного уровня	Стационар	232	84	50	366
	ПМСП	117	36	15	168
Учреждения городского уровня	Стационар	92	90	55	237
	ПМСП	201	272	81	554
Учреждения областного уровня	Стационар	102	63	44	209
	ПМСП	-	8	16	24
Учреждения республиканского уровня		39	21	-	60

Таблица 2: «Сведения по медицинским организациям, охваченных обучением (в разрезе регионов)»

Показатели	Итого	Астана	Алматы	Атырауская область	Мангистауская область	Актюбинская область	Карагандинская область	Акмолинская область	Костанайская область	Кызылординская область	Жамбылская область	Алматинская область	ВКО	СКО	ЗКО	ЮКО	Павлодарская область
Общее количество обученных организаций	532	17	57	24	20	20	35	32	34	24	33	30	52	20	26	73	35
Количество стационаров	327	8	26	13	14	14	19	25	26	9	21	21	36	14	21	35	25
Количество организаций ПМСП	205	9	31	11	6	6	16	7	8	15	12	9	16	6	5	38	10

менеджеров, представляющих учреждения здравоохранения Южно – Казахстанской области (73), г. Алматы (57), Восточно – Казахстанской (52), наименьшее количество обученных – с Астаны (17), с Северо – Казахстанской, Актюбинской, Мангистауской области по 20 организаций.

Для установления «обратной связи» с обучившимися менеджерами здравоохранения с целью изучения их мнения о проведенном обучении, рассмотрения их предложений и отзывов, проводилось анкетирование при прохождении ими обучения на цикле. После его завершения, в течение последующей работы менеджеров на своих рабочих местах, проводилось их интервьюирование по телефону. Оценка эффективности обучения на данном этапе проводится по степени внедрения в медицинских организациях обученными менеджерами таких механизмов повышения эффективности работы медицинской службы, как внедрение дифференцированной оплаты труда, совершенствование службы внутреннего аудита, переход на ПХВ.

Анализ информации, полученной при интервьюировании обученных менеджеров здравоохранения, позволил оценить ситуацию в стране по внедрению эффективных форм и технологий управления учреждениями здравоохранения. Из числа обученных организаций на ПХВ перешли 82 организации, из них 50 стационаров и 32 организации ПМСП. 46 медицинских организаций планируют перейти на ПХВ до конца 2011 года, 246 учреждений здравоохранения - в 2012 году. Из числа опрошенных организаций 80 планируют перейти на ПХВ в 2013 г. Дифференцированная оплата труда внедрена в 133 медицинских организациях, в том числе, в 51 организации, оказывающей стационарную помощь и 82 организациях ПМСП.

Вторым масштабным мероприятием по подготовке менеджеров здравоохранения является обучение в рамках реализации Проекта «Передача технологий и проведение

институциональной реформы в секторе здравоохранения и Плана мероприятий (дорожной карты) по реализации Проекта «Сегодня лучший – ты, завтра – все». На первом этапе реализации данного Проекта было проведено обучение 372 управленцев, в число которых вошли: главные врачи, их заместители по экономической, медицинской частям и сестринскому делу 115 лучших медицинских организаций – участниц Проекта, на базе РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения», РГП «Карагандинский государственный медицинский университет», РГП «Алматинский институт усовершенствования врачей», РГП «Казахский национальный медицинский университет», РГП «Высшая школа общественного здравоохранения». В дальнейшем, для распространения передового опыта внедрения менеджмента обучение будет проведено обученными менеджерами в своих медицинских организациях и далее, согласно плану – графику, на базах этих медицинских учреждений будет проведено обучение менеджеров медицинских организаций своего региона.

Консалтинговой компанией «EPOS Health Management», в соответствии с условиями Договора с Министерством здравоохранения РК, даны рекомендации по Проекту Национальной стратегии по укреплению потенциала менеджеров здравоохранения Республики Казахстан, целью которой является создание постоянной, устойчивой и эффективной системы по обучению менеджеров в сфере управления здравоохранением на всех уровнях, с учетом международного опыта и характерных особенностей Республики Казахстан.

Результатом достижения этой цели, должно стать:

1. Наличие у администраторов здравоохранения (директоров департаментов здравоохранения, руководящего состава медицинских организаций) и у основного

вспомогательного состава медицинских организаций (финансовые, бухгалтерские, кадровые и юридические отделы) базовых знаний о целях, содержании и результатах проводимых реформ и навыков управления изменениями, для их использования в организациях, за которые они несут ответственность.

2. Владение менеджерами среднего звена необходимыми навыками и умениями для улучшения результатов изменений в подразделениях, за которые они ответственны.
3. Анализ программ основного и непрерывного обучения менеджменту здравоохранения на предмет их сосредоточенности на полном спектре компетенций, необходимых для эффективного управления в секторе здравоохранения, необходимость в которых появилась вследствие реформ.
4. Создание потенциала преподавателей для реализации программ базового и непрерывного обучения менеджменту здравоохранения.
5. Разработка предварительных рекомендаций, необходимых для дальнейшего развития менеджмента здравоохранения, разработанных на основе опыта, полученного в результате реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы, и, таким образом, они будут вкладом в разработку новой Государственной программы развития здравоохранения на 2016 -2020 гг.

В дальнейшие планы мероприятий по обучению менеджеров здравоохранения Департамента науки и человеческих ресурсов Министерства здравоохранения Республики Казахстан и Центра менеджмента здравоохранения РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» входят организация

и проведение краткосрочных курсов повышения квалификации и кустовых семинар – совещаний по вопросам менеджмента здравоохранения для специалистов Управлений здравоохранения; разработка и внедрение программ по магистратуре и переподготовке менеджеров здравоохранения, программы по менеджменту здравоохранения; бакалавриата по «Общественному здравоохранению»; внедрение дистанционного обучения в сфере менеджмента здравоохранения (краткосрочные модули); разработка краткосрочных учебно-методических модулей по инновационным управленческим технологиям таким как TPS/LEAN, KAIZEN, SIX SIGMA и т.д.

Формирующийся в стране институт менеджмента здравоохранения должен профессионально и эффективно решать стоящие сегодня перед отечественным здравоохранением задачи, целью которых является улучшение здоровья граждан через повышение качества и безопасности медицинской помощи, предоставление свободного выбора медицинской организации и врача, внедрение новых финансовых моделей и экономических стимулов для поставщиков медицинских услуг .

Список литературы

1. Компоненты А4, А6, С7. Установление двустороннего сотрудничества для укрепления организационного потенциала системы здравоохранения. Проект по передаче технологий и проведению институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан. EPOS Health Menegment. Лайош Ковач [1,2]
2. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы, стр. 34[3]

Об итогах рабочего совещания по обсуждению проекта обновленных стандартов аккредитации медицинских организаций, оказывающих стационарную, амбулаторно-поликлиническую и скорую медицинскую помощь.

Каунбаева Б. Т.

В целях реализации Государственной программы «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы по совершенствованию процедуры аккредитации, в рамках партнерского взаимодействия по подкомпоненту В1 Проекта Всемирного Банка «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан» проводятся мероприятия по созданию институциональных основ системы аккредитации организаций здравоохранения.

В текущем году консультантами консалтинговой компании «Canadian society for international health» была проведена оценка соответствия действующих национальных стандартов аккредитации на соответствие их международным принципам. По итогам работы консультантов проект обновленных стандартов аккредитации стационаров и поликлиник прошел стадию широкого обсуждения среди медицинской общественности в регионах (письмо Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 8 февраля 2011 года №15-5/164).

Кроме того, одним из необходимых требований является апробация проекта обновленных стандартов, которая была проведена на базе пяти медицинских организаций г. Астаны и Акмолинской области в сентябре-октябре 2011 г. Информация о данном мероприятии будет представлена дополнительно.

В результате обсуждения и апробации (тестирования) были получены замечания и дополнения в проект стандартов, значимость и ценность которых должны быть оценены непосредственно разработчиками и потенциальными пользователями данного документа. Для чего в соответствии с приказом

МЗ РК №599 от 27 октября 2011 года «О проведении рабочего совещания по внесению изменений и дополнений в обновленные стандарты аккредитации медицинских организаций, оказывающих стационарную, амбулаторно-поликлиническую и скорую медицинскую помощь» 10-11 ноября 2011 года Центром аккредитации совместно с Комитетом контроля медицинской и фармацевтической деятельности МЗ РК было проведено рабочее совещание.

На совещании принимали участие представители ККМФД МЗ РК и канадской консалтинговой компании «Canadian society for international health», сотрудники Центра аккредитации и профильные специалисты из медицинских организаций:

1. Есимов Д. С. – заместитель Председателя Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения Республики Казахстан (далее - Комитет);
2. Алпысбекова Г. М. – начальник управления аттестации, аккредитации и лицензирования Комитета;
3. Бейсенбекова Г. К. – руководитель Центра аккредитации РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК (далее – Центр аккредитации);
4. Эльма Хайдеман – консультант канадской консалтинговой компании «Canadian society for international health»;
5. Шаренов Н. - специалист странового офиса канадской консалтинговой компании «Canadian society for international health»;
6. Кожаметова Ш. Б. - заместитель главного врача ГККП «Городской родильный дом №3» г.Астана (по согласованию);
7. Кенжебаева С. К. - заместитель главного врача ГККП «Детская инфекционная

- больница» г.Астана (по согласованию);
8. Смагулова С. К. - заместитель главного врача по лечебной работе ГККП «Городская поликлиника №4» г.Астана (по согласованию);
 9. Мухитдинова К. А. - заместитель главного врача по лечебной работе ГККП «Городская поликлиника №5» г.Астана (по согласованию);
 10. Жабыкова С. Х. - заместитель директора по лечебной работе ГУ «Центральный клинический госпиталь для инвалидов отечественной войны» г.Астаны;
 11. Есембаева С. С. - ректор Алматинского стоматологического института последипломного обучения, вице-президент ОО «Национальная Ассоциация стоматологических организаций»;
 12. Ырымбаева Н. Ж. - главный специалист, АО «Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи»;
 13. Исмаилова Ж. С. - заместитель главного врача по медицинской части ГККП «Городская станция скорой медицинской помощи», г.Астана;
 14. Исакова Н. Д. - начальник экспертного отдела медицинского центра Управления делами президента Республики Казахстан, г.Астана;
 15. Журунова М. М. – начальник отдела аттестации, аккредитации и лицензирования Департамента Комитета по г.Астана;
 16. Жумабаева К. А. – заведующая отделением №4 ГКП Учебно-клинический центр «Стоматология», главный внештатный детский стоматолог Управления здравоохранения г.Астана;
 17. Кумисбекова Г. С. – начальник отдела методологического сопровождения Центра аккредитации;
 18. Каупбаева Б. Т. - начальник отдела информационного сопровождения Центра аккредитации;
 19. Масимов А. Б. - ведущий специалист отдела информационного сопровождения Центра аккредитации;
 20. Мукушева М. М. - ведущий специалист отдела методологического сопровождения Центра аккредитации;
 21. Шаймерденова А. А. – специалист отдела методологического сопровождения Центра аккредитации.
- На обсуждение участникам рабочего совещания в раздаточном материале были предложены обновленные стандарты аккредитации медицинских организаций, оказывающих стационарную, амбулаторно-поликлиническую и скорую медицинскую помощь с дополнениями и предложениями из медицинских организаций со всех регионов Республики Казахстан (фото 1).



Фото 1. Участники рабочего совещания.

Совещание проводилось согласно утвержденной в приказе МЗ РК №599 от 27 октября 2011 года «О проведении рабочего совещания по внесению изменений и дополнений в обновленные стандарты аккредитации медицинских организаций, оказывающих стационарную, амбулаторно-

поликлиническую и скорую медицинскую помощь» программе.

С приветственным словом на открытии совещания выступили начальник Управления аттестации, аккредитации и лицензирования ККМФД МЗ РК Алпысбекова Г.М. и консультант CSIH Эльма Хайдеман (фото 2).



Фото 2. Открытие рабочего совещания



Фото 3. Обсуждение обновленных стандартов аккредитации.

Выступающими было отмечено, что данное совещание является одним из важных компонентов совершенствования системы аккредитации и внедрения обновленных стандартов аккредитации медицинских организаций в Республике Казахстан.

Консультантом консалтинговой компании «Canadian society for international health» Эльмой Хайдеман были предоставлены разъяснения по требованиям, предъявляемым в соответствии с международными принципами, и даны ответы на все интересующие вопросы (фото 4).



Фото 4. Консультант консалтинговой компании «Canadian society for international health» Эльма Хайдеманн.

В ходе плодотворного обсуждения каждого критерия стандартов приняты редакции, которые соответствуют действующим нормативно-правовым актам Республики Казахстан.

Особую дискуссию среди участников рабочего совещания вызвали некоторые критерии стандартов, которые имеют неоднозначное понимание среди специалистов практического здравоохранения.

Например:

1. Критерий 1.2.: У организации имеется определенный комплекс ценностей, который служит направлением для принятия решений и образа действий персонала.

Разъяснение: Медицинская организация определяет для себя ценности, которыми руководствуется весь персонал, для достижения поставленных целей. Примеры: «Мы являемся организацией, ориентированной на интересы пациента», «Мы уважаем друг друга», «Мы - честны».

2. Критерий 2.1.: Обязанности руководящего органа четко определены в письменной документации и включают следующее:

а) установление и рассмотрение миссии, ценностей и кодекса этических норм.

Разъяснение: Миссия и цель это равнозначные понятия. Этический кодекс

должен быть утвержден руководящим органом или руководством медицинской организации. В нем должны быть отражены вопросы взаимоотношений пациента и медперсонала, отношений внутри коллектива, между врачами и средним медицинским персоналом и др.

3. Критерий 5.1.: План управления риском для организации основан на информации, полученной из стратегического и оперативного планов, результатов, отзывов пациентов, клинических показателей, неблагоприятных событий, инфекционного контроля, укомплектования персоналом и обеспечения ресурсами, и экологических данных.

Разъяснение: Профилактика неблагоприятных событий - это событие, которое не должно произойти (падение пациентов, операция сделана не по показаниям, введено не то лекарство).

Экологические данные - среда, окружающая пациента, например, состояние воздуха, состояние здания, неправильная вентиляция и пр.

Пример: если не очистить своевременно тротуар или не высушить насухо пол, есть вероятность риска падения пациента.

4. Критерий 6.6.: Внешний финансовый аудит проводится в соответствии с НПА.

Разъяснение: кратность внешнего финансового аудита следует отработать с финансистами.

5. Критерий 19.9.: Все лекарственные препараты, выданные из аптеки должны, по меньшей мере, иметь следующую маркировку:

- а) фамилия, имя, отчество пациента;
- б) наименование лекарственного препарата и указание его концентрации/силы;
- с) срок годности;
- д) принимаемая доза и частота и прочие письменные инструкции по использованию, в случае необходимости.

Разъяснение: Данный критерий требует согласования с заинтересованными сторонами, так как существующая практика отличается от рекомендуемой в проекте

стандарта.

В ходе рабочего совещания консультантами CSH были предложены для рассмотрения критерии аккредитации по трансфузиологии и лабораторной службе, которые также обсуждены с участниками совещания. Окончательное решение будет принято после консультации с соответствующими специалистами в данной области и после пилотного тестирования обновленных стандартов аккредитации в медицинских организациях.

В соответствии с программой рабочего совещания подлежал обсуждению и проект стандартов аккредитации организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь.

Отчет консультантов В-10 «Стандарты аккредитации для скорой и неотложной медицинской помощи» был представлен ККМФД МЗ РК и Центру аккредитации в июле 2011 года. Письмом заместителя председателя ККМФД МЗ РК от 8 августа 2011 года №15-5/1424 проект стандартов был направлен в организации служб скорой и неотложной медицинской помощи, а также в АО «Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи», на базе которой функционирует отделение санитарной авиации.

Полученные дополнения и замечания были сведены и проанализированы специалистами Центра аккредитации. Наиболее активно участвовали в обсуждении организации скорой медицинской помощи из городов Астаны, Алматы, Кокшетау и Тараза.

В соответствии с программой рабочего совещания участникам предложены в раздаточном материале дополнения и замечания, полученные из медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь.

В ходе обсуждения дополнения и замечания в разделе А, В, С, D были приняты во внимание при рассмотрении стандартов аккредитации медицинских организаций, оказывающих стационарную и амбулаторно-поликлиническую помощь. Участники

рабочего совещания провели дискуссию по каждому критерию стандартов в разделе, специфичному для службы скорой помощи (Е, F).

Особо бурная дискуссия проведена по некоторым критериям стандартов аккредитации скорой и неотложной медицинской помощи:

Критерий 14.7.: После представления информации в соответствии с правовыми нормами получается согласие пациента, заверенное его подписью или другими способами:

Примечание участников: разработать документ для получения согласия, где имеется пункт, что больной согласен на лечение и транспортировку. При отсутствии сознания у больного согласие должно быть получено от родственников пациента.

Критерий 14.8.: Персонал руководствуется политикой и процедурами в сфере здравоохранения в случаях, имеющих критические сроки, что включает:

- a) когда инициировать и останавливать меры реанимации;
- b) пациенты отказываются от реанимации или вмешательств по жизнеобеспечению;
- c) обращение с умершими пациентами;
- d) транспортировка потенциальных доноров органов с отсутствием признаков жизни и поддержка выбора пациента и семьи по донорству органов или других тканей.

Примечание ККМФД МЗ РК: в связи с развитием трансплантологии в Республике Казахстан на стадии разработки нормативные правовые акты в данном направлении. Поэтому окончательное решение можно принять после согласования с ДОМП МЗ РК и предложено принять редакцию критерия, представленную консультантами.

Подводя итоги совещания, Эльма Хайдеманн поблагодарила всех участников за совместную плодотворную работу и пожелала успешного внедрения обновленных стандартов в Республике Казахстан.



Анонс

12 - 13 декабря 2011 года в г.Астана планируется проведение I-Международной конференции «Повышение потенциала системы здравоохранения в области менеджмента: настоящее и перспективы», посвященной проблемам управления и менеджмента в системе здравоохранения и их решениям посредством применения инновационных технологий менеджмента.

Информация о предстоящей конференции вызвала значительный интерес среди представителей здравоохранения стран СНГ и дальнего зарубежья, о чем свидетельствуют количество полученных заявок на участие в ней.

Принять участие в конференции планируют представители Министерства здравоохранения РК, представители более чем 200 организаций здравоохранения, в том числе участники проекта «Сегодня лучше – ты, завтра – все», представители медицинских учебных заведений, а также представители организаций здравоохранения стран Литвы, Венгрии, Австрии, Великобритании.

На протяжении 2-х дней представителям медицинской общественности будет представлена возможность общаться и обмениваться опытом по актуальным вопросам, касающимся менеджмента в сфере здравоохранения.

В ходе конференции планируется проведение 3 секций по следующим темам: «Инновационные технологии в менеджменте здравоохранения РК», «Актуальные проблемы развития кадровых ресурсов системы здравоохранения в области менеджмента» и «Информационные технологии в здравоохранении», 2 мастер-классов «Перспективы развития менеджмента здравоохранения в Республике Казахстан», «Современные подходы к повышению эффективности финансирования и управления в сфере здравоохранения», а также семинара «Практические вопросы оптимизации управления лечебно-профилактической организацией».

Символичным является то, что конференция проводится в преддверии празднования Дня независимости Республики Казахстан.

По итогам работы конференции ожидается принятие резолюции конференции с предложениями по совершенствованию системы здравоохранения, которая будет представлена в Министерство здравоохранения РК.

Таким образом предполагается, что Конференция станет не только площадкой для обмена опытом между менеджерами медицинских организаций, но и представит собой эффективный инструмент обратной связи между Государственным органом и представителями практического здравоохранения.

Қазақстан Республикасы,
010000, Астана қ.
Иманов к-сі 13, 709 каб.

Республика Казахстан,
010000, г. Астана
ул.Иманова 13, каб. 709

